

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัย ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย ซึ่งจะได้นำเสนอโดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงลำดับ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการบริจาคโลหิต
2. แนวคิดปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิต
  - 2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต
  - 2.2 ทักษะคติ
  - 2.3 แรงจูงใจ
  - 2.4 การสนับสนุนทางสังคม
  - 2.5 การรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิตและข่าวสารเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต
  - 2.6 ปัญหาและอุปสรรคในการบริจาคโลหิต
  - 2.7 พฤติกรรมตั้งใจบริจาคโลหิต
  - 2.8 จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
  - 3.1 ความหมายของรูปแบบ
  - 3.2 ความหมายของการพัฒนา
  - 3.3 วิธีการสร้างรูปแบบ
  - 3.4 แนวคิดการสร้างรูปแบบการส่งเสริมการบริจาคโลหิต
  - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. บริบทของจังหวัดร้อยเอ็ด
  - 5.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดร้อยเอ็ด
  - 5.2 ข้อมูลด้านสาธารณสุขและการรับบริจาคโลหิตของจังหวัดร้อยเอ็ด

### 5.3 ข้อมูลอำเภอเมืองสระวง

#### 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการเรียงลำดับข้อทบทวนเอกสารเบื้องต้น ผู้วิจัยจะได้กล่าวถึง รายละเอียดในแต่ละประเด็นที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น ดังนี้

#### 1. แนวคิดการบริจาคโลหิต

##### 1.1 ความหมายของการบริจาค

ความหมายของ คำว่า “บริจาค” ได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้ พระธรรมปิฎก (2538 : 42) ได้ให้ความหมาย “บริจาค หรือ จาคะ” หมายถึง การสละการให้ปัน การเสียสละ การสละสิ่งที่เป็นข้าศึกแก่ความจริงใจ การสละกิเลส เป็นต้น จากความหมายของ สุชีพ ปุญญาภภาพ (2541 : 49) ได้ให้ความหมายของคำว่า “จาคะ” หมายถึง การสละการให้ทานและการเสียสละ จาก ความหมายของพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 138) ได้ให้ความหมาย “การบริจาค” ไว้ว่า การบริจาค หมายถึง การสละ การให้ปัน จาก พุทธทาสภิกขุ (2549 : 12) ได้ให้ความหมาย คำว่า “จาคะ” แปลว่า สละ คำว่า “บริจาค” ให้ออกไปเสียให้หมด ให้ไปเสียให้หมด บริจาคะ แปลว่า สละสลัดออกไปเสียให้หมด จาก พุทธธรรม (2552 : 421) ได้ให้ความหมายของคำว่า “จาคะ” แปลว่า การสละ หรือสละให้ หมายถึง การให้ที่แท้จริง ซึ่งเป็นการสละออกไป สละทั้งข้างนอกและข้างใน ข้างนอกสละวัตถุ ข้างในสละกิเลสความโลภ ไม่มีความรู้สึกระหึ่มหวงแหน ไม่ปรารถนาผลได้ตอบแทน จาก อภิญญา ทองสุข โชติ (2554 : 14) บริจาค ความหมายว่า การเสียสละ การให้ การแบ่งปัน มิให้มีความเห็นแก่ตัว โดยมุ่งถึงประโยชน์โดยส่วนรวม เพื่อความเจริญก้าวหน้าทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น จาก พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช ป.ธ.9) (From <http://www.stock2morrow.com/showthread.php?t=26469&andpage=1>) บริจาค หรือ ทาน เป็นวิธีการบุญอย่างหนึ่ง เรียกว่า ทานมัย คือ บุญที่เกิดจากการให้ จากการบริจาค เป็นเหตุให้ผู้ทำอิมใจ เมื่อให้ มีความสุขใจเมื่อคิดถึงได้รับความรักความนับถือจากผู้อื่น และอำนวยให้มี โภคสมบัติมากมุลในทุกภพทุกชาติที่เกิด

สรุป การบริจาค หมายความว่า การให้ เสียสละ การแบ่งปัน มิให้มีความเห็นแก่ตัว มุ่งประโยชน์โดยส่วนรวม ในทางพุทธศาสนานั้นถือว่าเป็นการให้ทาน ซึ่ง เป็นการทำบุญวิธีหนึ่ง

## 1.2 ความหมายของการบริจาคลอहित

ความหมายของการบริจาคลอहित ตามรายงานของ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545 : 12) ให้ความหมายของ การบริจาคลอहित คือ การบริจาคลอहितที่ ร่างกายสำรองไว้เท่านั้น ไม่ใช่บริจาคลอहितที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้ ตามปกติร่างกายมีโลหิตสำรองเก็บไว้ประมาณ 4 ใน 12 ส่วน ของโลหิตที่มีอยู่ในร่างกาย แต่ในการบริจาคลอहितครั้งหนึ่งนั้น ผู้บริจาคลอहितได้เพียง 1 ส่วนของจำนวนโลหิตที่มีสำรองไว้เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายการบริจาคลอहित อาทิ เช่น พรลินี เต็งพานิชกุล (2548 : 5) ให้คำนิยามศัพท์ของการบริจาคลอहितว่า หมายถึง การเอาโลหิตออกจากร่างกายโดยการเจาะออกจากเส้นโลหิตดำบริเวณข้อพับแขน ครั้งหนึ่ง ๆ ประมาณ 350 – 450 ซี ซี. จาก โสภิตา เพชรสารกุล (2552 : 3) ให้ความหมาย การบริจาคลอहित หมายถึง กระบวนการในการเก็บโลหิตจากผู้ประสงค์จะบริจาคลอहित ผ่านกระบวนการคัดกรอง จัดเก็บที่ถูกต้องในธนาคารโลหิต หรือจัดส่งไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ยามฉุกเฉิน ซึ่งมีหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาค หรือบริจาคลอहितที่ศูนย์ประจำจังหวัด ของสภากาชาดไทย และจาก เขาวศัลป์ ยูชัย (2554 : 9) ให้ความหมายการบริจาคลอहित หมายถึง การนำโลหิตจากบุคคลที่แข็งแรงมาให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับโลหิตทดแทน โดยให้ทางเส้นโลหิตดำซึ่งการให้โลหิตรวมถึงส่วนประกอบทั้งหมดของโลหิตหรือเฉพาะส่วนที่เป็นเม็ดโลหิตแดง พลาสมา และเกล็ดโลหิตเข้มข้น

สรุปการบริจาคลอहितหมายถึง การสละโลหิตประมาณ 350 - 450 ซีซี ต่อครั้ง โดยเจาะจากหลอดเลือดดำบริเวณข้อพับแขน ลงใส่ในถุงที่มีน้ำยาป้องกันการแข็งตัวของโลหิตเพื่อให้กับผู้ป่วย ผ่านหน่วยรับบริจาคลอहितเคลื่อนที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ธนาคารเลือด หรือคลังเลือด ของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยสมัครใจ

## 1.3 ประวัติการให้โลหิตและการดำเนินงานธนาคารเลือดในประเทศไทย

ประวัติการให้โลหิต และการดำเนินงานธนาคารเลือดในประเทศไทยนั้น ทศนัยานี จันทนยิ่งยง (ออนไลน์ : 2544) แสดงให้เห็นว่า ศาสตราจารย์นายแพทย์สุด แสงวิเชียร เป็นบุคคลหนึ่งที่สนใจค้นคว้าเกี่ยวกับประวัติการแพทย์ไทยไว้มากมายหลายสาขา รวมทั้งประวัติการให้เลือดและการดำเนินงานธนาคารเลือด ท่านเชื่อว่า การให้เลือดครั้งแรกในประเทศไทยนั้น กระทำที่โรงพยาบาลศิริราช ในราวปี พ.ศ. 2470 แต่จะเป็นผู้ใดเป็นผู้ทำนั้นไม่ปรากฏหลักฐานแน่ชัด จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2475 นายแพทย์แบ็กแมน (Carl Bachman, 1963) ได้ใช้เลือดของผู้ป่วยให้แก่ผู้ป่วยเอง ในรายผู้ป่วยมีครรภ์นอกมดลูก และมีการตกเลือดในช่องท้องมากจนอาการเป็นที่น่าวิตก ได้ใช้ฟองน้ำซับเลือดที่อยู่ในช่องท้องและช่องเชิง

กราน บีบผ่านผ้ากรองที่เป็นผ้าขั้วโลหิตลงในขวดน้ำเกลือซึ่งให้น้ำเกลืออยู่ผ่านเข้าสู่หลอดเลือดดำของผู้ป่วย ส่วนการดำเนินงานธนาคารเลือดในประเทศไทยนั้นศาสตราจารย์ นายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ ได้ตั้งหน่วยโลหิตที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อ 1 กันยายน พ.ศ. 2489 ส่วนการดำเนินงานธนาคารเลือดในต่างจังหวัด ตามหลักฐานปรากฏในหนังสือคำแนะนำ การจัดตั้งธนาคารเลือด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเขียนโดยนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว และประภา สุขอุดม ได้กล่าวไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2492 ได้ปรากฏมีธนาคารเลือดเปิดขึ้นที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในต่างจังหวัดเป็นแห่งแรก ต่อมาปี พ.ศ. 2494 โรงพยาบาลหญิงจึงได้จัดตั้งธนาคารเลือดขึ้นในจังหวัดพระนคร จากหลักฐานอ้างอิงดังกล่าวข้างต้น ทำให้เชื่อได้ว่าการให้เลือดในประเทศไทย เริ่มมานานกว่า 20 ปี ก่อนที่จะมีการดำเนินงานจัดตั้งธนาคารเลือดขึ้น และธนาคารเลือดได้จัดตั้งเป็นแห่งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช การดำเนินการของธนาคารเลือดได้แพร่หลายไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ สถาบันการแพทย์ทั้งทหาร และพลเรือนทั่วประเทศ

สรุป ประวัติการบริจาคโลหิตในประเทศไทยมีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2470 แต่ประวัติการจัดตั้งธนาคารเลือดประมาณ พ.ศ. 2489 ที่โรงพยาบาลศิริราช ในส่วนภูมิภาคเริ่มที่จังหวัดเชียงรายในปี พ.ศ. 2492 และเริ่มจัดตั้งให้มีการดำเนินการไปที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วประเทศ สถาบันการแพทย์ทั้งทหาร และพลเรือนทั่วประเทศ

#### 1.4 ขบวนการบริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545 : 12) กล่าวถึง การบริจาคโลหิตแต่ละครั้ง จำนวน 350 - 450 ซี.ซี. หรือ ประมาณ ร้อยละ 10 - 12 ของโลหิตทั้งหมดในร่างกาย เนื่องจากการบริจาคโลหิตครั้งหนึ่ง ๆ นั้น จะเสียสละโลหิตส่วนสำรองเพียงบางส่วนเท่านั้น นอกจากนี้แล้วการบริจาคโลหิตเท่ากับการกระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดโลหิตใหม่ ๆ ออกมาชดเชยให้มีระดับเท่าเดิม ภายใน 7 - 14 วัน สามารถบริจาคโลหิตได้ทุก ๆ 3 เดือน ไม่ควรบริจาคก่อนครบกำหนด เพราะจะทำให้ร่างกายขาดเหล็กซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ผู้บริจาคโลหิตจึงควรบริจาคโลหิต ในขณะที่รู้สึกว่าร่างกายตนเองสมบูรณ์เท่านั้น ไม่ควรบริจาคโลหิตในขณะที่รู้สึกว่าตนไม่ปกติ ในการบริจาคโลหิตแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณไม่เกิน 10 - 15 นาที แต่ถ้ารวมเวลาที่เสียไปในการลงทะเบียน ตรวจร่างกายนั่งพักผ่อน คืมเครื่องคืมภายหลังบริจาคโลหิตด้วยแล้ว จะใช้เวลารวมทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที ตามปกติเม็ดเลือดแดงเม็ดหนึ่ง ๆ มีอายุอยู่ในกระแสโลหิต ประมาณ 120 วัน ส่วนการบริจาคโลหิตนั้นโลหิตจะถูกผสมกับน้ำยากันเลือดแข็งในสัดส่วนที่พอเหมาะก่อน น้ำยากันเลือดแข็งที่นิยมใช้

ในปัจจุบัน ได้แก่ น้ำยา เอซีดี และน้ำยา ซีพีดี ทำให้สามารถเก็บเลือดไว้ใช้นานถึง 21 วัน และ 28 วัน ตามลำดับ เมื่อเก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 องศา ถึง +4 องศาเซลเซียส เมื่อได้รับโลหิตจากผู้บริจาคแล้วก่อนนำไปจ่ายให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องผ่านการตรวจตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก คือ ตรวจตรวจหาหมู่โลหิตทุกระบบ ตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสตับอักเสบดี เชื้อเอชไอวี เชื้อซิฟิลิส นอกจากนั้นจึงนำโลหิตไปแยกส่วนประกอบ เพื่อนำไปใช้ในทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป ขบวนการบริจาคโลหิตแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15 นาที แต่ถ้ารวมเวลาการเตรียมตัวและพักหลังบริจาคแล้ว ประมาณ 45 นาที การบริจาคโลหิตจะเจาะโลหิตใส่ในถุงที่มีน้ำยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด อายุของโลหิตในอุณหภูมิที่เหมาะสมประมาณ +2 ถึง +4 องศาเซลเซียส เม็ดโลหิตแดงเก็บไว้ได้นาน ประมาณ 21-28 วันแล้วแต่ชนิดของน้ำยาที่ผสม

### 1.5 ผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545 : 14) ได้แบ่งผู้บริจาคโลหิตออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) ผู้บริจาคโลหิตทดแทน หมายถึง การบริจาคโลหิตเพื่อทดแทนโลหิตที่โรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยในการรักษา ผู้บริจาคทดแทนอาจเป็นญาติหรือบุคคลอื่นที่ญาติพามา โดยที่ผู้บริจาคไม่ได้รับค่าตอบแทนจากธนาคารเลือด แต่อาจได้รับจากญาติ มีทั้งที่เจาะจงและไม่เจาะจงแก่ผู้ป่วย จากการวิจัยหลาย ๆ ประเทศพบว่าคุณภาพโลหิตไม่ดีเท่ากับการบริจาคโลหิตโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เนื่องจากญาติอาจคัดกรองผู้บริจาคไม่ดีพอ 2) ผู้บริจาคโลหิตหวังสิ่งตอบแทน คือ ผู้ที่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินสดหรือเป็นสิ่งของอื่น ๆ ที่สามารถตีราคาเป็นเงิน ได้บางรายอาจขายโลหิตให้ธนาคารเลือดอยู่เสมอ และบางรายก็ขายโลหิตให้กับธนาคารเลือดหลายแห่ง และ 3) ผู้บริจาคโลหิตไม่หวังสิ่งตอบแทน คือ ผู้บริจาคโลหิตด้วยความสมัครใจ มุ่งช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์เป็นสำคัญ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือประโยชน์ส่วนตัวใด ๆ เป็นรูปแบบที่ดีที่สุดของงานบริการโลหิต ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

สรุป การจัดแบ่งผู้บริจาคโลหิต มี 3 ประเภท คือ 1) ผู้บริจาคโลหิตทดแทน 2) ผู้บริจาคโลหิตหวังสิ่งตอบแทน และ 3) ผู้บริจาคโลหิตไม่หวังสิ่งตอบแทน ซึ่งเป็นสิ่งที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกส่งเสริมให้เกิดขึ้น

### 1.6 การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2546 ข : 4) ได้กล่าวถึง แนวทางการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตไว้ว่า เมื่อผู้บริจาคโลหิตแสดงความจำนงที่จะบริจาคโลหิต

จะต้องผ่านการคัดเลือกคุณสมบัติพื้นฐานของผู้บริจาคโลหิต การคัดกรองประวัติสุขภาพ และตรวจวัดความเข้มข้นของโลหิต คุณสมบัติพื้นฐานของผู้บริจาคโลหิต ประกอบด้วย 1) บริจาคได้ทั้งชาย และหญิง ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) อายุ 17 - 60 ปี ผู้ที่อายุต่ำกว่า 17 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง 3) น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ขึ้นไป 4) ควรรอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง 5) ไม่มีอาการท้องร่วง ท้องเสีย ภายใน 7 วันที่ผ่านมา 6) ไม่มีอาการนำหนักลดในระยะเวลา 3 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ 7) ไม่มีประวัติเป็นผู้เสพยาเสพติด ชนิดฉีด 8) ไม่เป็นโรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี 9) ไม่เป็นบุคคลมีพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และ 10) ไม่มีประวัติเป็นมาเลเรียภายใน 3 ปี

การคัดกรองสุขภาพ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2546 : 7-9) ได้ให้แนวทางในการการคัดกรอง และตรวจสอบประวัติสุขภาพไว้ว่า เป็นปัจจัยสำคัญของการคุ้มครองความปลอดภัยให้กับผู้บริจาคโลหิตทุกครั้งที่มาบริจาค และโลหิตที่ได้มีคุณภาพสูงสุดปราศจากเชื้อต่างๆ ช่วยในการลดค่าใช้จ่ายจากการทำลายทิ้ง เนื่องจากโลหิตติดเชื้อ ผู้บริจาคโลหิตที่แจ้งความจำนงบริจาคโลหิต ต้องผ่านการคัดกรองประวัติสุขภาพทุกครั้งที่มาบริจาคโลหิต แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนแรก ผู้บริจาคโลหิตตอบแบบคัดกรองด้วยตนเอง (Self Selection) ในใบสมัครผู้บริจาคโลหิต โดยต้องตอบตามความเป็นจริง และต้องผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ 2) ขั้นที่สอง ต้องพิจารณาซักถามเพิ่มเติมในบางหัวข้อที่เป็นปัจจัยของความไม่ปลอดภัย หรือไม่แน่ใจในคำตอบ พร้อมทั้งตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจสุขภาพทั่วไป ซึ่งมีความมุ่งหมายที่จะเน้นให้ผู้บริจาคโลหิตเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ และมีการเตรียมตัวที่ดีก่อนการรับบริจาคโลหิตครั้งต่อไป กระบวนการเหล่านี้แม้จะสร้างความยุ่งยากให้ผู้รับบริจาคโลหิตบางท่าน แต่เป็นความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุด ที่หน่วยรับบริจาคโลหิตจำเป็นต้องเข้มงวด กับคุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้ 2.1) สุขภาพทั่วไป ผู้บริจาคโลหิตควรมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ถ้ามีเหตุที่จำเป็นต้องงด ควรอธิบายให้ผู้บริจาคโลหิตเข้าใจเหตุผลที่ต้องงด หรือเลื่อนการบริจาค 2.2) น้ำหนัก สภากาชาดไทยกำหนดคนน้ำหนักไว้ที่ 45 กิโลกรัมขึ้นไปโดยจะรับโลหิต 350-450 ซี.ซี. หรือการบริจาคแต่ละครั้งไม่เกินร้อยละ 15 ของปริมาณโลหิตของผู้บริจาค 2.3) ซีพจร จับซีพจรอย่างน้อย 15 วินาที เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอัตราการเต้นที่ผิดปกติของหัวใจ และความถี่ อัตราการเต้นของซีพจรควรอยู่ระหว่าง 50-100 ครั้งต่อนาที ถ้าเต้นเร็วจากเดินทางมาเหนื่อยๆ ควรให้นั่งพัก แล้ววัดใหม่ ถ้ายังผิดปกติแนะนำพบแพทย์ 2.4) อายุ กำหนดไว้ช่วงอายุ 17 - 60 ปี กรณีไม่เคยบริจาคมาก่อนอายุบริจาคครั้งแรก

แรกไม่เกิน 55 ปี ถ้าเกิน 55 ปี ต้องมีหลักฐานยืนยันการตรวจร่างกายว่ามีร่างกายสมบูรณ์จากแพทย์ เช่น ตรวจคลื่นหัวใจ ระดับน้ำตาล เนื่องจากผู้ที่อายุมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรณีอายุน้อยกว่า 17 ปี จำเป็นต้องบริจาคโลหิต ต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องมีคำยินยอมของผู้ปกครอง เป็นลายลักษณ์อักษร และอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ กรณีอายุมากกว่า 60 ปี และได้บริจาคโลหิตอย่างต่อเนื่อง หากประสงค์จะบริจาคโลหิตต่อไปต้องมีหลักฐานยืนยันการตรวจร่างกายว่ามีร่างกายสมบูรณ์จากแพทย์ที่โรงพยาบาลยืนยันความสมบูรณ์ทุกครั้ง และอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ 2.5) ความดันโลหิต มีค่า Systolic Pressure อยู่ระหว่าง 100 -180 มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic Pressure ไม่สูงเกิน 100 มิลลิเมตรปรอท และ 2.6) หัวใจและปอด จากการตรวจร่างกายและซักประวัติต้องไม่มีโรคทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะทั้งสอง ซึ่งเป็นอวัยวะหลักของร่างกาย

การวัดความเข้มข้นของโลหิต จาก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ (2546 ข : 7) ได้วางแนวทางเอาไว้ว่า เมื่อผ่านการคัดกรองประวัติสุขภาพแล้ว ต้องตรวจความเข้มข้นของโลหิต เพื่อให้ได้โลหิตที่มีมาตรฐาน การตรวจความเข้มข้นสามารถทำได้รวดเร็ว ภายใน 60 วินาที มีวิธีการตรวจ 3 วิธี โดยการเจาะโลหิตจากปลายนิ้วจำนวน 1 หยด ดังนี้ 1) ตรวจโดยวิธีหยดลงในน้ำยา  $\text{CuSO}_4$  ใช้เวลาอ่านผล 15 วินาที 2) ตรวจเทียบสีกับกระดาษสี (Hemoglobin Scale) เมื่อโลหิตแห้งอ่านผลได้ทันที และ 3) ตรวจโดยใช้แผ่น Micro Curette ดูดซับโลหิต 1 หยด สอดเข้าเครื่องสำหรับอ่านเฉพาะ ใช้เวลา 45 - 60 วินาที อ่านผลเป็นค่าของฮีโมโกลบินเป็นกรัมต่อเดซิลิตร ค่ามาตรฐานของความเข้มข้นโลหิตในผู้บริจาคหญิงต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 12 กรัมต่อเดซิลิตร ในชายต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 13 กรัมต่อเดซิลิตร ผู้บริจาคโลหิตถือว่าเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์กลุ่มหนึ่ง เพราะมาก่อนบริจาคต้องตอบแบบสอบถาม คัดกรองตนเอง เพื่อทบทวนสุขภาพของตน และได้รับการคัดกรองสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีความรู้ความสามารถในการคัดกรองผู้บริจาคโลหิต จากการศึกษาของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2546 ก : 51) พบว่า ในแต่ละปีมีผู้แจ้งความจำนงในการบริจาคโลหิตจำนวนมาก จำนวน ร้อยละ 40 ของผู้บริจาคโลหิตเป็นผู้มีจิตใจอันเป็นกุศล ตั้งใจมารับบริจาคโลหิต แต่ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้ ทั้งๆที่ต้องการบริจาค และมีภาวะสุขภาพทั่วไปปกติ และรายงานการศึกษาของ ดำรง เชื้อวสิลบี (2545 : 180-181) พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถบริจาคได้เนื่องมาจากโลหิตจาง ร้อยละ 38.27 รับประทานยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 21.87 บริจาคโลหิตไม่ครบ 3 เดือน ร้อยละ 8.27 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.13 และสาเหตุ

อื่น ๆ ร้อยละ 25.47 ผลจากการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ มีดังนี้ 1) ลดความเสี่ยงของผู้บริจาคโลหิตเช่น สุขภาพไม่พร้อม 2) ลดความเสี่ยงของผู้รับโลหิต เช่น โลหิตที่มีประสิทธิภาพ 3) ลดความเสี่ยงของบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ เช่น การสัมผัสกับโลหิตติดเชื้อ และ 4) ลดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคโลหิตที่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ เช่น ค่าดูแลเลือด ค่าตรวจคุณภาพโลหิต เป็นต้น

สรุป ต้องมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต เนื่องจากโลหิตที่บริจาคมานั้นต้องปลอดภัยทั้งผู้บริจาคโลหิตและผู้รับโลหิต โลหิตที่บริจาคแล้วต้องส่งตรวจคุณภาพ ถ้าไม่ผ่านกระบวนการตรวจคุณภาพของโลหิตจะไม่สามารถนำไปให้กับผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยที่ได้รับอาจจะมีโอกาสติดเชื้อโรคที่มากับโลหิตได้

### 1.7 หลักการที่จะได้โลหิตที่ปลอดภัยและมีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก

หลักการที่จะได้รับโลหิตที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วย ขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้ 1) เป็นการบริจาคโลหิตโดยบุคคลทั่วไปโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน 2) ส่งเสริมให้มีการคงไว้หรือสงวนรักษาจำนวนผู้บริจาคโลหิตประจำมากขึ้น 3) มีระบบคัดเลือกผู้บริจาคที่น่าเชื่อถือไว้วางใจได้ 4) มีการปฏิบัติที่ดีต่อผู้บริจาคโลหิตทั้ง ก่อน ขณะ หลังบริจาค และ 5) มีระบบติดตามข้อมูลโลหิตที่ได้รับบริจาค และการรักษาความลับการติดเชื้อของผู้บริจาคโลหิตเฉพาะบุคคล

สรุป หลักการที่จะได้โลหิตที่ปลอดภัย และมีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การบริจาคโลหิตที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน ส่งเสริมให้มีจำนวนโลหิตบริจาคโดยสมัครใจเพิ่มขึ้น มีระบบคัดเลือกผู้บริจาค มีการปฏิบัติที่ดีต่อผู้บริจาค และมีระบบคุณภาพของการดูแลคุณภาพของโลหิตที่บริจาคมก่อนนำไปให้ผู้ป่วย

### 1.8 การดูแลสุขภาพของผู้บริจาคโลหิต

ก่อนการบริจาคโลหิตทุกครั้ง ผู้บริจาคโลหิตจะต้องได้รับการคัดกรองสุขภาพด้วยตนเอง และแพทย์ เพื่อแสดงว่าผู้บริจาคโลหิตได้นั้นเป็นผู้มีสุขภาพดี แต่มีจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถบริจาคได้ สาเหตุจากความเข้มข้นของโลหิตต่ำ เนื่องจากการบริจาคโลหิตแต่ละครั้งร่างกายจะสูญเสียธาตุเหล็กออกไปกับโลหิต 0.5 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ดังนั้น เพื่อเป็นการรักษาภาวะสมดุลของร่างกายให้สามารถบริจาคได้ทุก 3 เดือน ตลอดจนถึงอายุ 60 ปี ผู้บริจาคต้องดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้ความเข้มข้นของโลหิตต่ำ ต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เลือกรับประทานอาหารที่เสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก เพื่อให้โลหิตบริจาคมีความเข้มข้นเพียงพอทุกครั้งที่มาบริจาค ระบบโลหิตในร่างกายมี



โลหิตใหม่ที่มีคุณภาพหมุนเวียนทดแทนโลหิตเก่าที่ออกไป ดังนั้นผู้บริจาคโลหิตควรดูแลตนเองโดยเน้น เรื่อง โภชนาการที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็ก และการเสริมธาตุเหล็กด้วยยา

สรุป ผู้บริจาคโลหิตต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีความเข้มข้นของโลหิตเหมาะสม เนื่องจากการบริจาคโลหิตแต่ละครั้งร่างกายจะสูญเสียธาตุเหล็กจากร่างกาย ดังนั้นผู้บริจาคโลหิตต้องดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้มีความสมบูรณ์ จึงจะพร้อมที่จะเป็นผู้บริจาคโลหิตได้ทุก ๆ 3 เดือน จนถึงอายุ 60 ปี

### 1.9 โภชนาการของผู้บริจาคโลหิต

โภชนาการของผู้บริจาคโลหิต หรืออาหารที่ผู้บริจาคโลหิตบริโภคประจำ มีผู้รายงานไว้ คือ สร้อยสองรงค์ พิภุตสศ (2546 : 97-98) ได้เสนอแนะไว้ว่า โภชนาการของผู้บริจาคโลหิตจะมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพของโลหิต และเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้บริจาคโลหิตโดยตรง ด้วยหลัก 2 ประการ คือ 1) เสริมธาตุเหล็กในใยอาหารให้เพียงพอกับส่วนที่เสียไปในการบริจาคโลหิตแต่ละครั้ง จะเสียธาตุเหล็กไปประมาณ 175 - 225 มิลลิกรัม ขณะที่ปกติร่างกายจะดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่เกิน 3 - 4 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ในการรับประทานอาหารประจำวันที่ถูกสัดส่วน และ 2) ลดปริมาณไขมันในอาหาร อาหารไขมันสูงนอกจากมีผลต่อผู้บริจาค กล่าว คือเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากไขมันจับที่ผนังหลอดเลือด ยังมีผลต่อคุณภาพของพลาสมาและน้ำเหลือง กล่าวคือ สีของพลาสมาจะขุ่น ขึ้น สีขาว ต่างไปจากสีของพลาสมาปกติที่มีสีเหลืองใส

โดยปกติร่างกายจะได้รับธาตุเหล็กจากอาหารที่รับประทานเข้าไป ธาตุเหล็กในอาหาร แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ 1) ธาตุเหล็กในรูปแบบของฮีม ซึ่งเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินและมัยโอโกลบิน มีมากในอาหารประเภทเนื้อสัตว์และเลือดสัตว์ และ 2) ธาตุเหล็กในรูปแบบไม่ใช่ฮีม มีในอาหารประเภทผัก ถั่ว นอกจากนี้ยังปะปนมากับสิ่งไม่ใช่อาหาร เช่น ผุ่น น้ำ หรือหม้อเหล็กที่ใช้ประกอบการปรุงอาหาร การดูดซึมธาตุเหล็กในร่างกายในรูปแบบฮีม จะดูดซึมได้มากกว่ารูปแบบที่ไม่ใช่ฮีม นอกจากนี้แล้วสารอาหารที่ร่างกายรับประทานเข้าไปแต่ละวันมีทั้งที่ส่งเสริมและขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก อาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กมีดังต่อไปนี้ คือ โปรตีนจากเนื้อสัตว์จะดูดซึมได้ดีกว่าโปรตีนจากพืช ไข่แดงและถั่วเหลืองจะไม่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก คาร์โบไฮเดรตในรูปแบบโมโนแซคคาไรด์ และอนุพันธ์ของน้ำตาล จะช่วยให้ดูดซึมธาตุเหล็กดีกว่าในรูปแบบของแป้ง ไขมันที่อิ่มตัวและไม่อิ่มตัวจะช่วยให้ดูดซึมธาตุเหล็กและเฟอร์รัสซัลเฟตได้มากขึ้น วิตามินซีที่มีในอาหารตามธรรมชาติช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กที่ไม่ใช่รูปแบบฮีม อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ไข่แดง และเคซีนใน

น้ำนม โดยเฉพาะสารประกอบแทนนินที่มีในชา กาแฟ และใบเมี่ยง ถ้าหากรวมกับเหล็กแล้วจะทำให้เหล็กกลายเป็นเหล็กเฟอร์ริกที่ไม่สามารถดูดซึมได้ กรณีการดื่มกาแฟก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง จะไม่มีผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก แต่ถ้าดื่มหลังอาหาร 1 ชั่วโมงจะทำให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารจากอาหารลดลง และสารไฟเตตในอาหารจำพวกข้าว ถั่ว แป้ง เมื่อจับกับเหล็กแล้วเกิดเป็นเกลือที่ไม่ละลายน้ำ ร่างกายไม่สามารถย่อยได้ ส่วนอาหารที่มีเส้นใยอาหารถ้ามีมากจะลดการดูดซึมธาตุเหล็กลงด้วย

สรุป โภชนาการผู้บริจาดโลหิตมีส่วนสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้บริจาดโลหิตมีความเข้มข้นของโลหิตเพียงพอ การบริจาดโลหิตแต่ละครั้งร่างกายจะสูญเสียธาตุเหล็กออกไปจากร่างกายด้วย ซึ่งธาตุเหล็กนั้นเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการสร้างเม็ดโลหิตแดง ดังนั้นผู้บริจาดโลหิตต้องบำรุงร่างกายโดยต้องรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กอยู่เพิ่มมากขึ้น หรือรับประทานยาบำรุงโลหิตที่หน่วยรับบริจาดโลหิตจ่ายให้จนครบจำนวนเม็ดที่จัดให้ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีธาตุเหล็กเพียงพอต่อการสร้างเม็ดโลหิตแดงขึ้นมาใหม่ในร่างกาย

#### 1.10 ขั้นตอนการบริจาดโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2548 : 15-16) กำหนดขั้นตอนการบริจาดโลหิตไว้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ผู้บริจาดโลหิตครั้งแรก เขียนใบสมัครบริจาดโลหิต โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 กรอกข้อความ ตามแบบใบสมัครให้ชัดเจน เช่น ชื่อ-นามสกุล วันเดือน ปี เกิด สถานที่ทำงาน สถานศึกษา ที่อยู่ที่บ้าน เป็นต้น

1.2 กรอกข้อความตามแบบสอบถาม ลงในใบสมัครตามความเป็นจริง

1.3 ลงนามผู้บริจาดโลหิต

2. กลุ่มผู้บริจาดเดิม ให้ยื่นบัตรประจำตัวผู้บริจาดโลหิตกับเจ้าหน้าที่ได้ทันที

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเข้มข้นของโลหิต

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจร่างกายโดยแพทย์ และให้ความเห็นว่ามีสุขภาพแข็งแรง พร้อมบริจาดโลหิต จึงจะสามารถบริจาดโลหิตได้

ขั้นตอนที่ 4 การบริจาดโลหิต โดยพยาบาลทำหน้าที่เจาะเก็บโลหิต ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญ และอุปกรณ์ในการเจาะเก็บโลหิตเป็นของใหม่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว และจะใช้เพียงครั้งเดียว แล้วทิ้งไม่นำมาใช้อีก

ขั้นตอนที่ 5 หลังบริจาคโลหิต จะมีการบริการอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม และทำ  
แผลบริเวณเจาะโลหิตบริเวณข้อพับแขน

สรุป ขั้นตอนของการบริจาคโลหิต เริ่มต้นจากการลงทะเบียน คัดกรองเบื้องต้น  
ตรวจสอบความเข้มข้นของโลหิต ตรวจสอบร่างกายว่ามีความพร้อมสำหรับการบริจาค รับการเจาะ  
โลหิต และดูแลให้พักหลังเจาะโลหิต เพื่อดูแลให้สภาพร่างกายปลอดภัยก่อนเดินทางกลับ

### 1.11 ข้อควรปฏิบัติก่อนบริจาคโลหิต

ข้อควรปฏิบัติก่อนการบริจาคโลหิตนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาด  
ไทย (2545 : 17) ได้เสนอ ข้อควรปฏิบัติก่อนบริจาคโลหิตเอาไว้ ดังนี้ 1) ควรนอนหลับ  
พักผ่อนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง 2) ไม่ควรอยู่ระหว่างรับประทานยา ประเภทปฏิชีวนะ  
ยาแก้แพ้ ยาคลายกล้ามเนื้อ และฉีดยา 3) สตรีต้องไม่อยู่ในระหว่างมีรอบเดือน 4) ควร  
รับประทานอาหารมาให้เรียบร้อย ก่อนมาบริจาคโลหิต แต่อาหารนั้น ไม่ควรมีไขมันมาก ควร  
เป็นอาหารเบาๆและย่อยง่าย 5) ควรดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้ให้มากก่อนบริจาคโลหิต 1 - 3 วัน  
ยกเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน 6) งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมาบริจาคโลหิตอย่าง  
น้อย 24 ชั่วโมง และ 7) ไม่ควรสูบบุหรี่ก่อนและหลังให้เลือด 1 ชั่วโมง

สรุป ผู้บริจาคโลหิต ต้องดูแลตนเอง โดยให้อ่อนพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่อยู่ระหว่าง  
รับประทานยาปฏิชีวนะ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้แพ้ ผู้หญิงต้องไม่อยู่ในขณะที่มีประจำเดือน  
ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร วันก่อนบริจาคไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก งดดื่มสุรา  
ก่อนบริจาคโลหิต 24 ชั่วโมง งดสูบบุหรี่ก่อนบริจาค 1 ชั่วโมง ก่อนบริจาคโลหิต 2 - 3 วัน  
ควรดื่มน้ำ หรือน้ำผลไม้จำนวนมากขึ้นกว่าเดิมทุกวัน

### 1.12 ข้อควรปฏิบัติหลังบริจาคโลหิต

ข้อควรปฏิบัติในการบริจาคโลหิตนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ (2545 : 17) ได้  
กำหนด ข้อควรปฏิบัติหลังบริจาคโลหิตไว้ ดังนี้ 1) ควรนอนพักผ่อนเพียงสักครู่ ห้ามลุกจากเตียง  
ทันทีเพราะอาจทำให้เวียนศีรษะเป็นลมได้ 2) ควรรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่มที่  
จัดเตรียมไว้ รับบริการทำแผลบริเวณเจาะเก็บโลหิต และ 3) หากมีอาการเวียนศีรษะ หรือ  
รู้สึกจะเป็นลม ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที หรือนอนลง เพื่อป้องกันการล้มศีรษะฟาดพื้น

สรุป หลังบริจาคโลหิตควรนอนพักผ่อนเพียง ไม่ควรลุกทันที นั่งพักรับประทาน  
อาหารว่างที่ทางหน่วยรับบริจาคโลหิตจัดไว้ให้ หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หัวใจ ๆ จะเป็น  
ลมควรแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

### 1.13 บัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต

ผู้บริจาคโลหิตจะได้รับบัตรประจำตัวผู้บริจาค ตามสีของหมู่เลือดตามระบบ ABO Systems แสดงตามสีของหมู่เลือด ดังนี้ 1) บัตรประจำตัวสีเหลือง คือ บัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต หมู่ A 2) บัตรประจำตัวสีชมพู คือ บัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต หมู่ B 3) บัตรประจำตัวสีฟ้า คือ บัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต หมู่ O และ 4) บัตรประจำตัวสีขาว คือ บัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิต หมู่ AB

ภายในบัตรผู้บริจาคโลหิตระบุรายละเอียด ดังนี้ 1) ชื่อและนามสกุล พร้อมด้วยที่อยู่ของผู้บริจาคโลหิต 2) เลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิต 3) หมู่โลหิต ABO และ ระบบ Rh และ 4) วัน เดือน ปี และจำนวนครั้งการบริจาคโลหิต

สรุป ผู้บริจาคโลหิตจะได้รับบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิตทุกราย มีรายละเอียดเฉพาะของบัตรแต่ละบุคคล บัตรผู้บริจาคโลหิตจะแบ่งสีตามหมู่โลหิต ดังนี้ สีเหลืองหมู่โลหิต เอ สีฟ้า หมู่โลหิต โอ สีชมพูหมู่โลหิต บี และ สีขาวหมู่โลหิต เอ บี ควรนำบัตรผู้บริจาคโลหิตติดตัวไปด้วยทุกครั้งที่เข้าบริจาคโลหิต เพื่อลงบันทึกจำนวนครั้งของการบริจาค

### 1.14 การตรวจคุณภาพโลหิต

โลหิตที่ได้รับจากการบริจาคโลหิต ก่อนนำไปให้กับผู้ป่วย ต้องผ่านการตรวจจากห้องปฏิบัติการตามลำดับขั้นตอน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับโลหิตที่ปลอดภัย การตรวจคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) ตรวจหาหมู่โลหิต:ระบบ ABO,ระบบ Rh 2) ตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์: Anti HIV, HIV Ag 3) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี : Abs Ag 4) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี : Anti Hbc 5) ซิฟิลิส : VDRL และ 6) ทดสอบความเข้ากันได้ของโลหิตครบทุกขั้นตอนตามมาตรฐาน

สรุป การตรวจคุณภาพโลหิตต้องทำการตรวจโลหิตทุก ๆ อย่าง ก่อนนำไปให้กับผู้ป่วย การตรวจคุณภาพนั้นจะต้องตรวจตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

### 1.15 ประโยชน์ของการบริจาคโลหิต

สภากาชาดไทย ( 2008. From URL <http://www.bcnr.ac.th/article/py.pdf> ) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการบริจาคโลหิตรวม (Wholblood) มีดังต่อไปนี้ 1) ได้รับความภูมิใจที่ได้เสียสละโลหิตในร่างกาย เพื่อเป็นสาธารณประโยชน์ต่อผู้อื่น เป็นการทำบุญอันยิ่งใหญ่ ซึ่งจะทำให้ท่านมีความสุขใจ 2) ได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำทุก 3 เดือน 3) ได้รับทราบหมู่โลหิตของตนเอง ทั้งระบบเอ บี โอ และระบบอาร์เอช 4) โลหิตทุกยูนิตที่ได้รับบริจาคต้องผ่านกระบวนการคัดกรองเชื้อต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการ เหมือนกับการที่ผู้บริจาคโลหิต

ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เอชซีและอื่น ๆ 5) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้จัดทำเข็มที่ระลึกผู้บริจาคโลหิตขึ้น เพื่อมอบให้ผู้บริจาคโลหิต โดยจัดทำเป็นเข็มที่ระลึก ครั้งที่ 1,7,16,24,36,48, 60,72,84,96 และ108 ตามลำดับ สำหรับผู้บริจาคโลหิตครบ 50, 75 และ 100 ครั้ง จะได้รับพระราชทานเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนพระภิกษุ สามเณร จะได้รับพระราชทานพดกาชาดสมนาคุณ และ 6) สิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล ซึ่งได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต 18 ครั้ง ขึ้นไปอาศัย อำนาจกระทรวงสาธารณสุข ตามความในข้อ 21 แห่งระเบียบกระทรวง สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป ให้ผู้มีสิทธินี้ได้รับการยกเว้น การร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงินสามสิบบาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ

สรุป การบริจาคโลหิตมีประโยชน์ต่อร่างกายผู้บริจาค คือทำให้ร่างกายได้สร้างเม็ดโลหิตใหม่ ๆ ขึ้นมาทดแทนโลหิตที่บริจาคอยู่เสมอร่างกายจะสดชื่น ลดการคลั่งของธาตุเหล็กที่เกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยชีวิตผู้อื่น ถือว่าเป็นการบริจาคทานที่ได้กุศลยิ่งใหญ่ในทางพุทธศาสนา ได้รับการตรวจร่างกายสม่ำเสมอทุก 3 เดือน มีเข็มกาชาดสมนาคุณให้เป็นที่ระลึกเมื่อบริจาคครบจำนวนครั้งตามเกณฑ์ที่สภากาชาดไทยกำหนดไว้ เข็มที่ระลึก ครั้งที่ 1, 7, 16, 24, 36, 48, 60, 72, 84, 96 และ 108 ตามลำดับ สำหรับผู้บริจาคโลหิตครบ 50, 75 และ 100 ครั้ง จะได้รับพระราชทานเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนพระภิกษุ สามเณรจะได้รับพระราชทานพดกาชาดสมนาคุณ ผู้บริจาคโลหิต 18 ครั้งขึ้นไปจะได้รับการงดเว้นบริการร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ จำนวนเงิน 30 บาทในการบริการจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

สรุป การบริจาคโลหิต หมายถึง การสละโลหิตประมาณ 350 - 450 ซีซี ต่อครั้ง (ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของผู้บริจาค) โดยเจาะจากหลอดเลือดดำบริเวณข้อพับแขน ลงใส่ในถุงที่มีน้ำยาป้องกันการแข็งตัวของโลหิต เพื่อให้กับผู้ป่วย ผ่านหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ธนาคารเลือด หรือคลังเลือด ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วยสมัครใจ

## 2. แนวคิดปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิต

### 2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต

#### 2.1.1 ความหมายของความรู้และความเข้าใจ

##### 1) ความหมายของความรู้

ความรู้ มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังเช่น บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2535: 7) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่า หมายถึง การระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่าง ๆ ทั้งที่ปรากฏอยู่ในแต่ละเนื้อหาวิชา และวิชาที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาวิชานั้น จาก The Modern American Dictionary ให้คำจำกัดความ “ความรู้” แตกต่างกัน 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) ความรู้ คือ ความคุ้นเคยกับข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truths) หรือหลักการโดยทั่วไป (Principles) 2) ความรู้ คือ รู้ (Known) หรืออาจจะรู้ (May be Known) และ 3) ความรู้ คือ จิตสำนึก ความสนใจ (Awareness) (Wikstrom and Normann. 1994 : 9) จากการศึกษาให้ความหมายของ เกษม วัฒนชัย (2544 : 39-40) ให้ความหมาย ว่า ความรู้ หมายถึง การรวบรวมความคิดของมนุษย์จัดให้เป็นหมวดหมู่ และประมวลสาระที่สอดคล้องกัน โดยนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในระบบข้อมูลข่าวสาร

สรุป ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดของเรื่องราวและการกระทำต่าง ๆ ที่บุคคลได้ประสบมาและเก็บสะสมไว้เป็นความจำที่สามารถถ่ายทอดต่อ ๆ ไปได้ และสามารถวัดความรู้ได้โดยการระลึกถึงเรื่องเหล่านั้นแล้วแสดงออกมา

## 2) ระดับของความรู้

ความรู้มีอยู่มากมายรอบ ๆ ตัวเรา และสามารถจัดแบ่งออก เป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับแรก ความรู้เกี่ยวกับสิ่งรอบตัวเรา ซึ่งสามารถรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัสมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น และได้ลิ้มรส เช่น ความร้อน - เย็น ความสว่าง - มืด เสียงดัง - เบา กลิ่นหอม -เหม็น และรสเค็ม - หวาน เป็นต้น ความรู้ระดับต้นนี้อาจเรียกว่า ความรู้ลึก 2) ระดับที่สอง คือ ความรู้ด้านภาษา ซึ่งจะให้อ่านและเขียนหนังสือได้ ฟังเข้าใจ ฟังวิทยุ และดูทีวีรู้เรื่อง ตลอดจนมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้สะสมและตกทอดกันมา 3) ระดับที่สาม คือ ความรู้ด้านวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาเล่าเรียน ทำให้คิดเลขเป็น คิดคำนวณเป็น ออกแบบอาคารได้ เขียนบทละครได้ ใช้คอมพิวเตอร์เป็น รู้กฎหมายบ้านเมือง รู้จักกฎเกณฑ์ทางฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ เคมี และชีววิทยา วินิจฉัยโรคและรู้วิธีการรักษาโรค เป็นต้น ความรู้วิชาการเหล่านี้มักจะต้องเรียนรู้จากครู อาจารย์ เอกสาร ตำราทางวิชาการ หรือผู้ที่รู้เรื่องนั้นมาก่อน และ 4) ระดับที่สี่ คือ ความรู้ใหม่ เป็นความรู้ที่ไม่เคยมีอยู่ก่อน ได้มาโดยการค้นคว้าวิจัย การคิดค้นกระบวนการใหม่ และควรจะหาแนวทางในการนำความรู้ใหม่ไปใช้ เพื่อให้เกิดการพัฒนา (มนตรี จุฬาวัดทนผล. 2537 : 78)

การจำแนกพฤติกรรม ด้านความรู้ นั้น บลูม และคณะ (Bloom et.al. 1956 : 68) ได้จำแนกพฤติกรรม ด้านความรู้ ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงตามลำดับขั้นความสามารถ

จากขั้นต่ำไปสูง ดังนี้ 1) ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจำ หรือรู้สึกรู้ได้ แต่ไม่ใช่การใช้ความเข้าใจไปตีความหมายในเรื่องนั้น ๆ แบ่งออกเป็น ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง ซึ่งเป็นข้อเท็จจริง วิธีดำเนินงาน แนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และหลักการ 2) ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่าง ๆ ได้ ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม แบ่งเป็นการแปลความ การตีความ และการขยายความ 3) การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิด ทฤษฎี ต่าง ๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ 4) การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราว ออกเป็นส่วนประกอบย่อยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบส่วนย่อย และหลักการ หรือทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ 5) การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือส่วนประกอบย่อยมาเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการคัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้มีคุณค่าขึ้น และ 6) การประเมินค่า หมายถึง ความสามารถในการพิจารณา ตัดสินคุณค่า ของความคิดอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินว่าอะไรดีไม่ดียังไร ใช้หลักเกณฑ์เชื่อถือได้โดยอาศัยข้อเท็จจริงทั้งภายในและภายนอก

### 3) ความหมายของความเข้าใจ

ความหมายของความเข้าใจ มีผู้ให้ความหมาย ได้แก่ จักรกริช ใจดี (2542 : 8-9) ได้ให้ความหมาย “ความเข้าใจ” (Comprehension) หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่าง ๆ ได้ ทั้งภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม แบ่งเป็นการแปลความ การตีความ และการขยายความ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) การแปลความ คือ ความสามารถในการจับใจความให้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมายหรือความสามารถในการถ่ายทอดความหมายจากภาษาหนึ่งไปสู่อีกภาษาหนึ่ง หรือจากการสื่อสารรูปแบบหนึ่งไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง 2) การตีความ คือ ความสามารถในการอธิบาย หรือแปลความหมายหลาย ๆ อันมาเรียบเรียง โดยทำการจัดระเบียบ สรุปลงเป็นเนื้อความใหม่ โดยยึดเป็นเนื้อความเดิมเป็นหลักไม่ต้องอาศัยหลักเกณฑ์อื่นใดมาใช้ และ 3) การขยายความ คือ ความสามารถที่ขยายเนื้อหาข้อมูลที่รับรู้มาให้มากขึ้น หรือเป็นความสามารถในการทำนาย หรือคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้อย่างดี โดยอาศัยข้อมูลอ้างอิงหรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

### 4) ความหมายของความรู้ความเข้าใจ

นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมาย ของคำว่า “ความรู้ ความเข้าใจ” หมายถึง ความสามารถในการจำ และเข้าใจรายละเอียดของข้อมูลต่าง ๆ ที่บุคคลได้สะสมไว้

และถ่ายทอดต่อ ๆ กันมาตลอด จนสามารถที่จะสื่อความหมาย แปลความ ตีความ ขยายความ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ หลังจากที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แล้ว (เกสินี จุฬาวิจิตร. 2540 : 2540 และ ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์. 2540 : 23)

สรุป ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความทรงจำในเรื่องราว ข้อเท็จจริง รายละเอียดต่าง ๆ และความสามารถในการนำความรู้ที่เก็บรวบรวมมาใช้ ดัดแปลง อธิบาย เปรียบเทียบในเรื่องนั้น ๆ ได้อย่างมีเหตุผล เกี่ยวข้องโดยตรง รวมถึงการนำเอาความรู้ความเข้าใจไปปรับใช้กับสถานการณ์จริงใดตามขั้นตอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

### 2.1.2 การวัดความรู้ความเข้าใจ

การวัดความรู้ความเข้าใจ มีผู้ให้ความหมายไว้ เช่น ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96 - 104) ให้ความหมาย การวัดความรู้ไว้ว่า เป็นการวัด ความสามารถในการระลึกเรื่องราว ข้อเท็จจริง หรือประสบการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นการวัดการระลึกประสบการณ์เดิม ที่บุคคลได้รับ คำสอน การบอกกล่าว การฝึกฝนของผู้สอน รวมทั้งจากตำรา จากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ด้วย คำถามวัดความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ 1) ถามความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหาข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย ประกอบด้วยคำถามประเภทต่าง ๆ เช่น ศัพท์ นิยม กฎ ความจริง หรือรายละเอียดของเนื้อหาต่าง ๆ 2) ถามความรู้ในวิธีการดำเนินการ เป็นการถามวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ตามแบบแผน ประเพณี ขั้นตอนของการปฏิบัติงานทั้งหลาย เช่นถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้น แนวโน้มการจัดประเภทและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ และ 3) ถามความรู้รวบยอด เป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุป หรือหลักการของเรื่องที่ เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะร่วม เพื่อรวบรวมและสกัดออกมาเป็นหลัก หรือหัวใจของเนื้อหานั้น และ จำนง พรายแย้มแข (2535 : 24-29) ได้กล่าวว่า การวัดความรู้ส่วนมากนิยมใช้แบบทดสอบ ซึ่งแบบทดสอบนี้เป็นเครื่องมือประเภทข้อเขียนที่นิยมใช้กันทั่ว ๆ ไป แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) แบบอัตนัย หรือแบบความเรียง โดยให้เขียนตอบเป็นข้อความสั้น ๆ ไม่เกิน 1 - 2 บรรทัด หรือเป็นข้อ ๆ ตามความเหมาะสม และ 2) แบบปรนัย แบ่งเป็น 1) แบบเติมคำ หรือ เติมข้อความให้สมบูรณ์ แบบทดสอบนี้เป็นการวัดความสามารถ ในการหาคำ หรือ ข้อความมาเติมลงในช่องว่างของประโยคที่กำหนด ให้ถูกต้องแม่นยำ โดยไม่มีคำตอบใดชี้นำมาก่อน 2) แบบถูก-ผิด แบบทดสอบนี้วัดความสามารถ ในการพิจารณาข้อความ ที่กำหนดให้ว่าถูกหรือผิด ใช่หรือไม่ใช่ จากความสามารถที่เรียนรู้มาแล้ว โดยจะเป็นการวัดความจำและความคิด ในการออกแบบทดสอบควรต้องพิจารณาถึงข้อความจะต้องชัดเจน ถูกหรือผิดเพียง



เรื่องเดียว ล้นกะทัดรัดได้ใจความ และไม่ควรรู้คำปฏิเสธซ้อน 3) แบบจับคู่ แบบทดสอบนี้เป็นลักษณะการวางข้อเท็จจริง เงื่อนไข ข้อความ ตัวเลข หรือสัญลักษณ์ วางไว้ 2 ด้าน ขนานกันเป็นแถวตั้ง 2 แถว แล้วให้อ่านดูข้อเท็จจริงในแถวตั้งด้านหนึ่งว่ามีความเกี่ยวข้องกับ จับคู่ได้พอดีกับข้อเท็จจริงในอีกแถวตั้งหนึ่ง โดยทั่วไปจะกำหนดให้ตัวเลือกในแถวตั้งด้านหนึ่งน้อยกว่าอีกด้านหนึ่ง เพื่อให้ได้ใช้ความสามารถในการจับคู่มากขึ้น และ 4) แบบเลือกตอบ ข้อสอบแบบนี้เป็นข้อสอบที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถวัดได้ครอบคลุมจุดประสงค์ และตรวจให้คะแนนได้แน่นอน ลักษณะของข้อสอบประกอบด้วยส่วนข้อคำถาม และตัวเลือก โดยตัวเลือกจะมีตัวเลือกที่เป็นตัวถูก และตัวเลือกที่เป็นตัวลวง ผู้เขียนข้อสอบต้องมีความรู้ในวิชานั้นอย่างลึกซึ้ง และรู้วิธีการเขียนข้อสอบ โดยมีข้อควรพิจารณา คือ ในส่วนข้อคำถามต้องชัดเจนเพียงหนึ่งเรื่อง ภาษาที่ใช้กะทัดรัดเหมาะสมกับระดับของผู้ตอบ ไม่ใช่คำปฏิเสธหรือปฏิเสธซ้อนกัน และไม่ควรถามคำถามแบบท่องจำ และในส่วนตัวเลือกควรมีคำตอบถูกเพียงคำตอบเดียวที่มีความกะทัดรัด ไม่ชี้นำ หรือแนะคำตอบ มีความเป็นอิสระจากกัน มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียว กันเรียงตามลำดับตามปริมาณ หรือตัวเลข ตัวลวงต้องมีความเป็นไปได้ และกำหนดจำนวนตัวเลือก 4 หรือ 5 ตัวเลือก จากกรการกล่าวถึงของ สุกกนิษฐ์ พลไพรินทร์ (2540 : 24) ได้กล่าวถึง การวัดความรู้ว่า เป็นการวัดระดับความจำ ความสามารถในการคิด ความเข้าใจ กับข้อเท็จจริงที่ได้รับการศึกษาและประสบการณ์เดิม โดยผ่านการทดสอบคุณภาพแล้ว จะแยกคนที่มีความรู้กับ ไม่มีความรู้ออกจากกันได้ระดับหนึ่ง และจาก บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์ (2537 : 84-88) อ้างถึงการสร้างแบบทดสอบความรู้ ว่า แบ่งตามรูปแบบของการถาม การตอบ จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แบบทดสอบความเรียง (Essay Test) แบบนี้จะกำหนดคำถามให้ผู้ตอบจะต้องเรียนรู้คำตอบเอง และ 2) แบบทดสอบตอบสั้นและเลือกตอบ (Short Answer and Multiple Choice Test) ซึ่งจะกำหนดคำถามให้ และกำหนดให้ตอบสั้น ๆ หรือกำหนดคำตอบมาให้เลือก ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบตามนั้น แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) แบบให้ตอบสั้น (Short Answer Item) 2) แบบถูก - ผิด (True - False Item) 3) แบบจับคู่ (Matching Item) และ 4) แบบเลือกตอบ (Multiple Choice Item)

เนื่องจาก ความจำนั้น เป็นความสามารถของบุคคล ที่จะระลึกถึงเรื่องที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว ดังนั้น การจำ จึงมีนักวิชาการหลายท่าน ให้ความหมายเอาไว้ อาทิ เช่น กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2528 : 238) ให้ความหมายของ การจำ ไว้ว่า หมายถึง ความสามารถสะสมสิ่งที่เป็นประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจากการเรียนรู้ทั้งทางตรง และทางอ้อม แล้วสามารถถ่ายทอดออกมาในรูปของการระลึกได้ หรือการจำได้ ส่วนความหมายของ ปรานี

รามสูต (2528 : 48) ได้ให้ความหมายของ การจำ ว่า การที่บุคคลสามารถนำเอาการตอบสนอง ที่เกิดจากการเรียนรู้มาแล้วออกมาแสดงให้เห็นในปัจจุบัน และ ศิริโสภาคย์ นูรพาเดชะ (2528 : 26) กล่าวไว้ว่า การจำ หมายถึง ปริมาณการเรียนรู้ที่คงเหลือในสมองหลังจากที่ได้หยุดการ ฝึกฝนมาแล้ว โดยการสังเกตจากการกระทำของบุคคลนั้น และ สุภัททา บิณณะแพทย์ (2534 : 168) กล่าวไว้ว่า การจำ หมายถึง กระบวนการที่สมองสามารถเก็บสะสมสิ่งที่รับรู้ โดยเก็บ บันทึกลงไว้ เป็นความจำซึ่งสามารถจะนึกขึ้นมาได้ในใจ และ เกงนี (Gagne. 1974 : 24-46) ได้ อธิบายถึงขั้นตอนของกระบวนการที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ไว้ ดังนี้ 1) การจูงใจ เป็นการ สร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนสนใจอยากที่จะร่วมเรียนรู้ 2) ความสัมพันธ์ของการรับรู้กับการ คาดหวัง ซึ่งผู้เรียนจะเลือกเรียนรู้สิ่งที่สอดคล้องกับความตั้งใจของตน 3) การปรับขยายการ รับรู้เป็นการจัดขยายการรับรู้ ซึ่งมีทั้งการจำระยะสั้น และการจำระยะยาว 4) การส่งสมสิ่งที่เป็น การเรียนรู้ เป็นการเก็บสะสมสิ่งที่เรียนรู้ให้คงอยู่ หรือเป็นการจำระยะยาว ซึ่งคงทนถาวร 5) การระลึกจำได้เป็นความสามารถที่ระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว 6) การประยุกต์ใช้ ความรู้ เป็นความสามารถในการนำความรู้ หรือกฎเกณฑ์ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน 7) การแสดงพฤติกรรมตอบสนองการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนได้แสดงออกถึงความรู้ ความสามารถที่ได้เรียนรู้มา 8) การแสดงผลย้อนกลับ เป็นการแจ้งผลการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ ทราบ เพื่อผู้เรียนจะได้เกิดกำลังใจ หรือปรับตัวเองให้ดีขึ้น และ 9) การฝังตัวในความจำระยะ ยาว เป็นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่มีอยู่ในความจำระยะยาวกับสิ่งที่ต้องการ จำ

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม  
RAJABHUT MAHASARAKAM UNIVERSITY

การจำแนกตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการจำ และการจำได้ในระยะยาวนั้น ได้มี ส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ 1) ความเข้มข้นของข้อมูล ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกระทบ กระทบทางอารมณ์ เช่น สิ่งทำให้เกิดความดีใจมากหรือเสียใจมาก ก็จะช่วยให้จำได้และ ยาวนานกว่าข้อมูลที่มีความเข้มข้นน้อย 2) ความสำคัญของข้อมูล ถ้าข้อมูลนั้น ๆ มีความ สำคัญต่อบุคคลมากก็จะยิ่งทำให้บุคคลพยายามที่จะจำให้ได้แม่นยำ และจำได้เป็น เวลานาน 3) ความเข้าใจในความหมายหรือลำดับขั้นตอน ในกรณีที่ข้อมูลมีความซับซ้อน การ เข้าใจลำดับขั้นตอน และหยั่งเห็นก็จะทำให้จำสิ่งนั้นได้แม่นยำและยาวนาน 4) ทักษะในการจำ ทักษะในการจำได้ ได้แก่ การได้รับการฝึกฝนการจำอยู่เสมอ มีการทดสอบและฝึกปฏิบัติ ทางด้านการจำ ก็จะทำให้เกิดเป็นความเคยชิน และ 5) สามารถมีวิธีปฏิบัติการณ์การจำอย่าง ชำนาญและรวดเร็ว (สุภัททา บิณณะแพทย์. 2534 : 79-80)

การจำได้นั้น จะต้องมีการใช้สิ่งที่เรียนมาอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความเคยชิน แต่บางครั้งก็ไม่สามารถระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้อีก เนื่องจากความคงทนทางการเรียนรู้ของผู้เรียนนั่นเอง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของ ความคงทนทางการเรียนรู้ คือ Adams (1976 : 9) กล่าวไว้ว่า การคงไว้ซึ่งผลการเรียน หรือความสามารถที่จะระลึกได้ ต่อสิ่งเร้าที่เคยเรียน หรือเคยมีประสบการณ์รับรู้มาแล้ว หลังจากที่ได้ทอดทิ้งไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เรียกว่า ความคงทนในการจำ และในการประเมินผลการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถ้าเราประเมินผลทันทีที่ผู้เรียนเรียนจบ ผลการประเมินที่เราได้คือ ผลของการเรียนรู้ แต่ถ้าเราคอยให้เวลาผ่านไประยะหนึ่ง อาจเป็น 2 นาที 5 นาที หรือหลาย ๆ วัน แล้วค่อยประเมินผล การเปลี่ยนแปลงที่ได้ จะเป็นผลของการเรียนรู้ และความคงทนในการจำ และจากการให้ความหมายของ กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 19) ให้ความหมายของความคงทนทางการเรียนรู้ไว้ว่า หมายถึง การรวบรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และเก็บเอาไว้ได้เป็นระยะเวลานาน

เนื่องจากความคงทนในการเรียนรู้ คือ ความสามารถในการจำหรือระลึกได้ หลังจากที่ได้รับสิ่งเร้า หรือประสบการณ์ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อการวัดความคงทนในการเรียนรู้ อาทิ เช่น นันนารี (Nunnally, 1959 : 105-108) กล่าวถึงการวัดความคงทนในการเรียนรู้ ว่า ควรเว้นช่วงเวลาในการสอบซ้ำ ควรห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพราะความเคยชินในการทำแบบทดสอบ จะทำให้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนทั้งสองครั้งสูงกว่าความเป็นจริง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ความคลาดเคลื่อนต่าง ๆ จะลดลง และจากข้อเสนองของ ชาวาล แพร์ตกุล (2536 : 1) ที่ได้เสนอไว้ว่า การสอบซ้ำ โดยใช้แบบทดสอบฉบับเดียวกัน ไปลองสอบกับกลุ่มบุคคลเดียวกัน ระยะเวลาในการทดสอบครั้งแรก และครั้งที่สองควรเว้นให้ห่างกันประมาณ 2-4 สัปดาห์

จากการรวบรวมเบื้องต้น กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความคงทนในการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้เรียน เพราะหากผู้เรียนจำสิ่งที่เรียนรู้ได้อย่างดี ก็จะนำสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ได้เมื่อถึงเวลาที่ต้องการ ระยะเวลาวัดสิ่งที่เรียนรู้อาที่เหมาะสม ประมาณ 2 - 4 สัปดาห์

การวัดความรู้เกี่ยวกับโลหิต และการบริจาคโลหิต มีผู้ที่เคยศึกษา และสร้างแบบวัดความรู้เอาไว้ อาทิ การศึกษาของ อรุณี สุภนาม (2538 : ก) ที่ศึกษา เรื่อง ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของเยาวชนจากสถาบันการศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร สร้างเครื่องมือวัดความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด

การศึกษาของ อรุมา ช่วยเรือง (2546 : 91-94) ได้สร้างเครื่องมือวัดความรู้ของประชาชน เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เป็นแบบให้เลือกตอบ ส่วนการศึกษาของ นฤมล บุญสนอง และ ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ (2552 : 161-170) ได้ใช้เครื่องมือวัดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริจาคโลหิต จำนวน 12 ข้อ ศึกษาในกลุ่มที่เคยและไม่เคยบริจาคโลหิต เครื่องมือเป็นแบบให้ค่าคะแนน เลือกตอบถูกและผิด จากนั้นจึงนำค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยมาจัดเข้ากลุ่ม โดยมี จำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มความรู้ระดับดี กลุ่มระดับปานกลาง และกลุ่มระดับต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลหิต และการบริจาคโลหิต ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโลหิตในร่างกายของมนุษย์ จัดการเก็บรักษาโลหิตที่บริจาคด้วยหลักวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้โลหิตคงสภาพได้นานเพียงพอและปลอดภัย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิธีการปฏิบัติของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการบริจาค ข้อจำกัดของการบริจาคการปฏิบัติก่อนบริจาค ในขณะบริจาค และหลังบริจาคโลหิต เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้บริจาคโลหิต และโลหิตบริจาคมีคุณภาพปลอดภัยต่อการนำไปให้ผู้ป่วย การวิจัยนี้ได้ใช้แนวการสร้างแบบสอบถาม ของ บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ์ (2537 : 84-88) คือ ใช้รูปแบบของการถามการตอบตามแบบทดสอบสั้นและเลือกตอบ (Short Answer and Multiple Choice Test) ซึ่งจะกำหนดคำถามและให้เลือกตอบแบบถูก - ผิด (True False Item) และนำเอาเครื่องมือวัดความรู้การบริจาคโลหิต ของ อรุมา ช่วยเรือง (2546 : 91-94) ; นฤมล บุญสนอง และ ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ (2552 : 161-170) มาปรับปรุงและประยุกต์ใช้ ซึ่งมีความครอบคลุม ความรู้เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต ซึ่ง ประกอบด้วยคุณสมบัติของโลหิต ความสำคัญของโลหิตในร่างกายมนุษย์ การเจาะโลหิตเพื่อบริจาคโลหิต การเก็บรักษาโลหิตให้ปลอดภัย การปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาคโลหิต ข้อคำถามเป็น ชนิด 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด ในแต่ละข้อความ และได้นำเครื่องมือวัดความรู้ที่ปรับปรุงขึ้นนี้ ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้าง หาค่าความสอดคล้อง แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น หาค่าความยากง่าย และหาค่าอำนาจจำแนก ด้วยการนำไปสอบถามประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นผู้ที่เคยและไม่เคยบริจาคโลหิต จำนวน 30 ราย โดยให้ค่าคะแนน คำตอบผิด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน และให้ค่าคะแนนถ้าคำตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน

### 2.1.3 ความรู้เกี่ยวกับโลหิตและระบบไหลเวียนโลหิต

#### 1) โลหิต

โลหิต (Blood) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญส่วนหนึ่งของร่างกาย เป็นของเหลวข้นสีแดงไหลเวียนอยู่ภายในหลอดโลหิตทั่วร่างกาย โดยการสูบฉีดจากหัวใจ อวัยวะที่ทำหน้าที่สร้างโลหิตคือไขกระดูก ในร่างกายคนเรามีโลหิตอยู่ประมาณ ร้อยละ 8 ของน้ำหนักตัว โลหิตมีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่เป็นของเหลว ซึ่งเรียกว่า น้ำเลือด หรือพลาสมา (Plasmas) มีอยู่ประมาณร้อยละ 55 ของปริมาณเลือดที่ไหลอยู่ในร่างกาย ในน้ำเลือดประกอบด้วยน้ำ ร้อยละ 92 โปรตีนประมาณ ร้อยละ 8 โปรตีนที่สำคัญคือ ไฟบริโนเจน อัลบูมิน (Albumin) และ โกลบูลิน (Globulin) องค์ประกอบอย่างอื่นภายในน้ำเลือดมีแร่ธาตุ หรือ ไอออนต่าง ๆ สารอาหารโมเลกุลเล็ก ๆ เอนไซม์ ฮอร์โมน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสารที่ร่างกายไม่ต้องการ และต้องขจัดออก ได้แก่ ยูเรีย คาร์บอนไดออกไซด์ รวมอยู่ในน้ำเลือดด้วย ถ้าน้ำเลือดที่ทิ้งให้แข็งตัวก่อน แล้วนำไปปั่นแยกเพื่อให้เซลล์เม็ดเลือด เพลตเลต และ โปรตีนไฟบรินแยกออกจากน้ำเลือด ส่วนที่เหลือจะเป็นของเหลวใส ๆ ที่เรียกว่า ซีรัม (Serum) พลาสมามีส่วนประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้ 1.1) ไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ทำหน้าที่ร่วมกับเกร็ดเลือดช่วยให้เลือดแข็งตัวเมื่อมีบาดแผล 1.2) อัลบูมิน (Albumin) รักษาระดับความเข้มข้นของพลาสมา เพื่อรักษาระดับน้ำของเม็ดเลือดแดงไม่ให้แตกง่าย ใช้รักษาเกี่ยวกับโรคที่ขาดโปรตีน เช่น โรคบวม โรคไต โรคตับ และ 1.3) โกลบูลิน (Globulin) สร้างแอนติบอดีต่อโรคต่าง ๆ ใช้รักษาโรคติดต่อ เช่น อีสุกอีใส ตับอักเสบบวม 2) ส่วนที่เป็นของแข็ง ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด และเกล็ดเลือด ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 45 ของปริมาณเลือดทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 2.1) เม็ดเลือดแดง (Erythrocytes) โดยปกติแล้วเม็ดเลือดแดงของมนุษย์นั้นจะมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 6 - 8 ไมโครเซ็นติเมตร ซึ่งมีขนาดเล็กกว่าเซลล์อื่น ๆ ของมนุษย์มาก เม็ดเลือดแดงทั่ว ๆ ไปของมนุษย์จะมีโมเลกุลฮีโมโกลบินอยู่ประมาณ 270 ล้านโมเลกุล แต่ละโมเลกุลมีหมู่ฮีมอยู่สี่หมู่ มนุษย์ที่เจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะมีเม็ดเลือดแดงอยู่ในร่างกายประมาณ 20 - 30 ล้านล้านเซลล์ ผู้หญิงจะมีเม็ดเลือดแดงประมาณ 4 - 5 ล้านเซลล์ต่อไมโครลิตร ผู้ชายจะมีเม็ดเลือดแดงประมาณ 5-6 ล้านเซลล์ต่อไมโครลิตร และคนที่อาศัยอยู่ในเขตที่มีความเข้มข้นของออกซิเจนต่ำ เช่น ในที่สูงก็อาจมีปริมาณเม็ดเลือดแดงมากกว่านี้ได้ เม็ดเลือดแดงเป็นเม็ดเลือดที่พบมากกว่าเม็ดเลือดชนิดอื่น ๆ มาก นั่นคือในหนึ่งไมโครลิตรของเลือดมนุษย์ จะมีเม็ดเลือดขาว ประมาณ 4,000 - 11,000 เซลล์ และมีเกล็ดเลือดอยู่ ประมาณ 150,000 - 400,000 เซลล์ เซลล์เม็ดเลือดแดงทั้งหมดในร่างกายมีธาตุเหล็กอยู่

ประมาณ 3.5 กรัม ซึ่งมากกว่าปริมาณธาตุเหล็กในเนื้อเยื่ออื่นมากกว่าห้าเท่า การสร้างเม็ดเลือดแดง ในระยะเอ็มบริโอ เซลล์เม็ดเลือดแดงสร้างจากตับ ม้าม ไชกระดูก ภายหลังคลอดแล้ว จะสร้างจากไขกระดูก เซลล์เม็ดเลือดแดงที่สร้างขึ้นใหม่ ๆ เป็นเซลล์ที่มีนิวเคลียสซึ่งเรียกว่า อีริโทรบลาสต์ ซึ่งสามารถสังเคราะห์ฮีโมโกลบินได้ เมื่อปริมาณของฮีโมโกลบินเพียงพอ เซลล์เม็ดเลือดแดงก็ถูกปล่อยออกมาจากไขกระดูก เข้ามายังกระแสเลือด แต่เมื่อเจริญเติบโตเต็มที่ที่จะไม่มีนิวเคลียส และไมโทคอนเดรีย เซลล์เม็ดเลือดแดงจะมีอายุประมาณ 9-120 วัน หลังจากนั้นจะถูกทำลายที่ม้าม แต่จำนวนของเม็ดเลือดแดงต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรของเลือดไม่เปลี่ยนแปลงเพราะ อัตราการผลิตเท่ากับอัตราของการทำลาย คือ ประมาณ 5 - 10 ล้านเซลล์ต่อวินาที ฉะนั้นตลอดอายุของคนเราจะมีการสร้างเม็ดเลือดแดงทดแทนอยู่เสมอ โดยส่วนประกอบสำคัญของเม็ดเลือดแดง เช่น เหล็กจะไม่ถูกกำจัดออกนอกร่างกาย แต่จะนำมาสร้างเม็ดเลือดใหม่ได้อีก ผู้ที่เป็นโรคโลหิตจาง และมะเร็งของเม็ดเลือดขาว อัตราการสร้างเม็ดเลือดแดงจะเกิดขึ้นน้อย และไม่สมดุลกับอัตราที่ถูกทำลาย 2.2) เม็ดเลือดขาว (Leucocytes) เม็ดเลือดขาวของคนมี ประมาณ 6,000 - 9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรของเลือด ในเด็กแรกเกิดจะมีเม็ดเลือดขาวมากที่สุด ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ตามหน้าที่ของเซลล์เม็ดเลือดขาว ได้แก่ 2.2.1) ฟาโกไซต์ เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวพวกที่ทำหน้าที่ทำลายเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมโดยวิธีฟาโกไซโทซิส พวกนี้จะเจริญพัฒนาที่ไขกระดูก 2.2.2) ลิมโฟไซต์ เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวพวกที่ทำหน้าที่สร้างสารขึ้นมาต่อต้านสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรค สารที่ถูกสร้างขึ้นเรียกว่า แอนติบอดี ซึ่งเป็นสารประเภทโปรตีน เซลล์เม็ดเลือดขาวยังมีสมบัติเฉพาะ คือ สามารถเคลื่อนที่ได้แบบอะมีบา แม้เม็ดเลือดขาวส่วนมากจะมีขนาดใหญ่กว่าเม็ดเลือดแดง ก็ยังสามารถเคลื่อนที่ผ่านผนังของเส้นเลือดฝอยเข้าสู่เนื้อเยื่อไปตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังสามารถเคลื่อนที่เข้าหา หรือเคลื่อนที่หนีสารเคมีหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สารที่เกิดในตอนที่บาดเจ็บแผล หรือเกิดการบวมอักเสบ เซลล์เม็ดเลือดขาวส่วนมากมีขนาดใหญ่กว่าเซลล์เม็ดเลือดแดง มีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 8 ไมโครมิลลิเมตร เซลล์เม็ดเลือดขาวมีนิวเคลียสขนาดใหญ่ มีจำนวนน้อยกว่าเซลล์เม็ดเลือดแดงมาก เลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร มีเซลล์เม็ดเลือดขาวประมาณ 5,000 - 10,000 เซลล์ และจะเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ เมื่อมีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย เม็ดเลือดขาวสร้างขึ้นจากเซลล์ไขกระดูกเช่นเดียวกับเซลล์เม็ดเลือดแดง เซลล์เม็ดเลือดขาวบางส่วนจะพัฒนาที่ไขกระดูก แต่บางส่วนจะไปเจริญพัฒนาในเนื้อเยื่อน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลือง ในกรณีที่มีการอักเสบ จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวจะเพิ่มขึ้นมาก การอักเสบที่เกิดจากไวรัสหลายชนิด ปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาวจะลดลงกว่าปกติ

เหตุนี้เองในการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อหรือโรคอื่น ๆ แพทย์จะตรวจหาปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาวร่วมไปกับการตรวจนับเซลล์เม็ดเลือดแดง สำหรับการวินิจฉัยโรค หากมีการผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดแดง หรือไขกระดูกไม่ทำงาน จะทำให้เซลล์เม็ดเลือดเกิดการบกพร่องหรือผิดปกติ ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับเลือดได้หลายโรค เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือลิวคีเมีย 2.3) เกล็ดเลือด (Platelets) มีกำเนิดมาจากไซโตพลาสซึมของเมกาคาร์ิโอไซต์ (Megakaryocyte) ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่ที่สุด อยู่ในไขกระดูก คือ มีขนาดประมาณ 35 - 160 ไมโครเมตร ภายในไซโตพลาสซึม มีเม็ดแกรนูล นอกจากนั้นแล้ว ไซโตพลาสซึมยังมีขาเทียม (Pseudopods) เล็ก ๆ ยื่นออกมาเป็นจำนวนมาก และต่อมาจะหลุดออกมาเป็นเกล็ดเลือด มีจำนวนประมาณ 15,000 - 45,000 เซลล์ ในจำนวนเลือดหนึ่งมิลลิลิตร มีชีวิตอยู่ในกระแสโลหิตได้นานประมาณ 8 - 11 วัน มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับ การห้ามเลือดโดยตรง โดยจะรวมตัวเป็นกระจุก (Platelet Plug) อุดตรงบริเวณที่มีหลอดเลือดฉีกขาด นอกจากนี้แล้วยังมีบทบาทสำคัญในกลไกการแข็งตัวของเลือด โดยให้ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด (Platelet Factors I, II, III และ IV) อีกด้วย หน้าที่อื่นที่นอกเหนือจากนี้คือการนำสารต่าง ๆ ไปกับตัวเกล็ดเลือดด้วย คือ สารซีโรโทนิน (Serotonin) สารแอดรีนาลิน (Adrenalin) และนอร์แอดรีนาลิน (Noradrenalin) เกล็ดเลือดสามารถจับมวลสารขนาดเล็ก เช่น ไวรัสได้ด้วย ดังนั้น เกล็ดเลือด จึงมีความสำคัญในการต่อต้านเชื้อโรค การตรวจสภาพความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) เป็นการตรวจเบื้องต้นเพื่อหาปริมาณของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว รวมทั้งเกล็ดเลือดในร่างกาย ฮีโมโกลบิน (HGB) คือการวัดปริมาณ HGB ในเม็ดเลือดแดง เพื่อประเมินว่ามีภาวะของโลหิตจางหรือไม่ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ได้ (เพ็ญโฉม พึงวิชา. 2531: 145-163 และ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. 2545 : 6)

## 2) หมู่โลหิต

หมู่โลหิต หรือ กรุ๊ปเลือด (Blood Type and Blood Group) คือ การแยกแยะเลือดเป็นหมวดหมู่ โดยทั่วไปที่ใช้มี 2 ระบบคือ ABO Systems and Rh Systems โดยจำแนกตามแอนติเจน (Antigen) บนเม็ดเลือดแดงที่มีอยู่ ดังนี้ 1) ระบบ ABO System จะแบ่งออกได้เป็นสี่หมู่ คือ A , B , AB และ O ดังนี้ หมู่โอ ร้อยละ 37.50 หมู่เอ ร้อยละ 21.70 หมู่บี ร้อยละ 33.40 และ หมู่เอบี ร้อยละ 7.40 ของประชากรไทย และ 2) ระบบ Rh Systems แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ Rh +ve คือ กลุ่มที่มี Rh (Rhesus) Antigen บนเม็ดเลือดแดง กลุ่มนี้จะพบได้มาก ซึ่งเกือบทั้งหมดของคนไทยเป็นกลุ่มนี้ และ Rh -ve คือ กลุ่มที่ไม่มี Rh (Rhesus) Antigen บนเม็ดเลือด

แดง จะพบในคนไทยน้อยมาก เพียง 0.03 % เป็นกลุ่มที่บางครั้งอาจถูกเรียกว่าเป็นผู้มีโลหิตหมู่พิเศษ ซึ่งจะพบได้มากขึ้นในชาวไทยซิกซ์

### 3) ความสำคัญของโลหิตต่อมนุษย์

ความสำคัญของโลหิตต่อมนุษย์ มีดังต่อไปนี้ 1) โลหิตจะนำออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และนำคาร์บอนไดออกไซด์จากเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายมาฟอกที่ปอด 2) ทำหน้าที่ลำเลียง เช่น นำอาหารที่ดูดซึมจากลำไส้ สอร์โอมิน วิตามิน เกลือแร่ และของเสีย จากการเผาไหม้ ไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย 3) รักษาอุณหภูมิ และคุณสมบัติต่างของร่างกาย 4) รักษาระดับอุณหภูมิของร่างกาย โดยการกระจายความร้อน 5) เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดทำหน้าที่ต่อต้านการติดเชื้อ และ 6) บังคับต่าง ๆ ของการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือด มีหน้าที่เกี่ยวกับการห้ามเลือด

เนื่องจากโลหิตและส่วนประกอบต่าง ๆ ของโลหิตมีหน้าที่เฉพาะตัว เมื่อผู้ป่วยเสียโลหิต หรือเมื่อร่างกายขาดส่วนใดส่วนหนึ่งของโลหิต จนทำให้เกิดอาการผิดปกติขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องให้โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิตทดแทนให้เพียงพอ ปัจจุบันยังไม่มีโรงงานผลิตโลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ที่มิจิตศรัทธาบริจาคโลหิตภายในร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนเกินของตนเอง เพื่อให้ทดแทนผู้ที่ร่างกายขาดโลหิต มิฉะนั้นแล้วผู้ป่วยที่ขาดโลหิตหรือส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งของโลหิตอาจเสียชีวิตได้

### 4) ระบบการไหลเวียนโลหิต

การไหลเวียนโลหิตเกิดขึ้นได้จากแรงที่หัวใจบีบตัว ส่งโลหิตตามหลอดเลือดไปยังปอด เพื่อการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ แล้วกลับเข้าไปหัวใจเพื่อส่งไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จนสุดท้ายจะไหลเวียนมาเข้าหัวใจอีก เป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ ไป หน้าที่ของระบบไหลเวียนโลหิต มีดังนี้ 1) ให้อาหาร นำอาหารและสารอื่น ๆ ไปเลี้ยงเซลล์ของร่างกาย 2) หายใจ นำคาร์บอนไดออกไซด์ไปขับออกทางปอดเพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจนกลับมา 3) ขับถ่าย นำของเสียซึ่งเกิดจากเมแทบอลิซึม เพื่อขับออกภายนอกในร่างกาย 4) การคงปริมาณสารน้ำของร่างกาย ช่วยควบคุมและรักษาอุณหภูมิของสารน้ำภายในร่างกาย 5) การควบคุมอุณหภูมิ รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้เป็นปกติ และ 6) ปรับระดับและป้องกัน เลือดที่ไหลเวียน ช่วยนำสารบางอย่างซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายไปยังอวัยวะต่าง ๆ และนำสารบางอย่างที่เป็นตัวช่วยป้องกันร่างกายไปยังที่ได้รับอันตรายด้วย



กล่าวโดยสรุปแล้ว โลหิตมีความสำคัญต่อร่างกายมนุษย์ และในปัจจุบันยังไม่มีโรงงานผลิต โลหิตเองได้ ดังนั้นการได้รับโลหิตจะต้องได้รับจากมนุษย์ด้วยกันเท่านั้น นอกจากนั้นแล้ว อาจเปรียบเทียบได้ว่า ระบบการไหลเวียนโลหิตมีการทำงานเป็นระบบขนส่ง ซึ่งทำหน้าที่ ขนส่งสิ่งที่ดีไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ขณะเดียวกันก็นำของเสียไปยังอวัยวะที่มีหน้าที่ กำจัดทิ้ง

#### 2.1.4 งานวิจัยความรู้เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต

งานวิจัย ความรู้เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต มีผู้ศึกษา อาทิ จากศึกษา ของ อินทิรา บางสุวรรณ (2538 : 24 - 75) ได้ศึกษา แรงจูงใจในการบริจาคโลหิตแก่หน่วย เคลื่อนที่ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย : กรณีศึกษาเฉพาะกรณี โครงการถนน สีลม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการบริจาคโลหิตคือ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจในการบริจาคโลหิต รองลงมาคือชื่อเสียงของศูนย์บริการโลหิตสภากาชาดไทย ปัจจัยด้านอิทธิพลของจิตใจและสังคม และการศึกษา ของ อรุณา ช่วยเรื่อง (2546 : ก) พบว่า นักเรียนประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้เรื่องของโลหิตน้อย ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเรื่องโลหิต คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต และ การบริจาคโลหิตของนักเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ตามระดับคะแนนความรู้ นั่นคือ ส่วนมากนักเรียนที่เคยบริจาคโลหิตจะเป็น นักเรียนที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง 7 10 คะแนน ร้อยละ 25.9 โดยในกลุ่มนักเรียนที่มี ระดับคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนที่ไม่เคยบริจาคโลหิตถึง ร้อยละ 92.9 และ จากการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ โคจรนา (2541 : ก) ได้ศึกษา กระบวนการ จัดหาโลหิตปลอดภัย และเพียงพอ ของสาขาบริการโลหิตแห่งชาติในส่วนภูมิภาค เป็น การศึกษาเชิงพรรณนา สํารวจโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์เพื่อเก็บข้อมูลกระบวนการ จัดหาโลหิตจากหัวหน้าธนาคารเลือดของโรงพยาบาลสาขาทุกแห่ง 148 แห่ง ทั่วประเทศ และนำมา วิเคราะห์ร่วมกับรายงานประจำปีในการจัดหาโลหิต การใช้โลหิตและการตรวจร่องรอยโลหิต ติดเชื้อของโรงพยาบาลสาขา ซึ่งมีศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เป็นศูนย์กลางรวบรวม มีข้อมูล ส่งกลับ ร้อยละ 73.7 เมื่อสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 ผลการศึกษา พบว่า สาขาบริการโลหิต ในส่วนภูมิภาคจัดหาโลหิตได้เพียงพอ ร้อยละ 86.9 มีการจัดทำแผนการจัดหาโลหิต ร้อยละ 79.8 มีการเตรียมชุมชนก่อนการออกรับบริจาค ร้อยละ 67.9 การมีแผนงานและมีการเตรียม ชุมชนส่งผลต่อการจัดหาโลหิตได้เพียงพอแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $P < 0.001$ ) กลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ ประชาชนทั่วไป และนักเรียนนักศึกษา (ร้อยละ 53.7 และ 39.8) สำหรับการคัดเลือกผู้บริโภครโลหิตที่ปลอดภัย พบว่า มีการส่งเสริมให้บริจาค

โลหิตประจำ ร้อยละ 77.1 แต่มีการให้ความรู้ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพียง ร้อยละ 44.4 และ ไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ปลอดภัย ร้อยละ 51.5 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้บริจาคเพื่อโลหิต ที่ปลอดภัยก่อนเจาะเก็บโลหิต โดยใช้แบบสอบถามประวัติทางแพทย์ แบบประเมินตนเองเพื่อ การงดบริจาคโลหิตด้วยตนเอง สัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงทุกครั้ง มีเพียงร้อยละ 34.2, 20.4, 63.0 ตามลำดับ และเพื่อความปลอดภัยของผู้บริจาคเอง พบว่า มีการตรวจสุขภาพโดยแพทย์หรือ พยาบาล และตรวจฮีโมโกลบินทุกครั้ง เพียงร้อยละ 41.7 และ 59.3 การตรวจร่องรอยเชื้อที่ ผ่านทางโลหิตขั้นต่ำครบ 5 ชนิด (Syphilis, HBsAg, anti-HIV, HIV Ag, anti-HCV) มีเพียง ร้อย ละ 46.7 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ตามขนาดของโรงพยาบาล แม้ว่าโรงพยาบาลสาขาจะระบุว่ามีการควบคุมคุณภาพการตรวจกรองโลหิตในทุกด้านกว่า ร้อยละ 80 แต่จะสังเกตได้ว่ามีโรงพยาบาลที่จัดทำ Standard Operation Procedure (SOP) ร้อยละ 57.0 ทำ Double check และทำ Positive Negative Control เพียงร้อยละ 4.9, 3.4 ตามลำดับ การศึกษารุ่นนี้ได้แสดงกิจกรรมในกระบวนการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัยให้เพียงพอ ของโรงพยาบาลสาขา ในส่วนภูมิภาค แสดงจุดแข็งและจุดอ่อนให้เห็นในทุกขั้นตอน และ ผลดีของการจัดทำแผนงาน และการเตรียมชุมชนก่อนการรับบริจาค ดังนั้นควรส่งเสริมให้มี การพัฒนาคุณภาพ ของกระบวนการจัดหาโลหิตอย่างจริงจัง ทั้งนี้เพื่อเป็นการประกันความ ปลอดภัย และเพียงพอจากการรับบริจาคโลหิตในส่วนภูมิภาค และ การศึกษาของ อรอุมา ช่วยเรื่อง (2546 : ก) ได้ศึกษา เรื่อง การบริจาคโลหิต และปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิตของ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2546 ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนประมาณ ร้อยละ 50 มีความรู้เรื่องของโลหิตน้อย ทั้งเรื่องทั่วไป เกณฑ์ผู้บริจาคโลหิต และสถานที่รับบริจาคโลหิต (42.9 %, 64.1 %, 48.9 % ตามลำดับ) นักเรียนในกลุ่มโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการบริจาคโลหิต ในปัจจุบันมีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่เคย แต่หยุดเข้าร่วม และไม่เคยเข้าร่วมโครงการ และการศึกษา ของ พรสินี เต็งพานิชกุล (2548 : ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตความสัมพันธ์กับการบริจาคโลหิตของผู้ บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริจาคโลหิตมี การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับพอใช้ และพบว่าเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการ บริจาคโลหิตในระดับต่ำ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองระดับพอใช้ มี ความสัมพันธ์กับการบริจาคโลหิตไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษา ของ นฤมล บุญสนอง (2552 : 161 - 170) ได้รายงานการศึกษา ทศนคติ และปัจจัยที่มีผลต่อการ บริจาคโลหิตของบุคลากร ในโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อเพิ่มผู้บริจาคโลหิต ศึกษา

บุคลากรในโรงพยาบาล 191 ราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ไม่บริจาคนโลหิต ไม่เข้าใจว่าการบริจาคนโลหิตเป็นการเสียสละโลหิตสำรองในร่างกายแตกต่างจากกลุ่มที่เคยบริจาคนโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการเพิ่มผู้บริจาคนโลหิตได้รับความคิดเห็น 4 ลำดับแรกคือ การประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมรณรงค์ในโอกาสพิเศษ การเชิญชวนถึงตัวบุคคล และการมอบของที่ระลึกแก่ผู้บริจาคนโลหิต ได้นำแนวทางไปใช้นำร่องในระยะเวลา 3 เดือน สามารถเพิ่มผู้บริจาคนโลหิตรายใหม่ในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลพานใต้ จำนวน 20 ราย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านทัศนคติ 2) ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และ 3) ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริจาคนโลหิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านความรู้จะส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการบริจาคนโลหิต ผู้วิจัยคาดว่าประชาชนที่มีความรู้ในระดับมาก จะมีความตั้งใจปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมให้สภาพร่างกายตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง พร้อมทั้งจะเป็นผู้บริจาคนโลหิต

## 2.2 ทัศนคติ

### 2.2.1 ความหมาย

ทัศนคติ เป็นแนวความคิดที่สำคัญมาก ในทางจิตวิทยาสังคม และการสื่อสาร มีการใช้คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่า ทัศนคติ นั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ อาทิ สุรพงษ์ โสรณะเสถียร (2533 : 122) กล่าวว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก และความคิดเห็น ที่บุคคล มีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใด ๆ ในทางที่จะยอมรับ หรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้ บุคคลพร้อม ที่จะ แสดงปฏิกิริยา ตอบสนอง ด้วย พฤติกรรม อย่างเดียวกันตลอด การให้คำจำกัดความ ของ Newcomb (1854 : 128 From URL <http://www.learners.in.th/blogs/posts/206392?locale=en>) ให้คำจำกัดความไว้ว่า ทัศนคติ มีอยู่ในเฉพาะคนนั้น ขึ้นกับ สิ่งแวดล้อม อาจแสดงออกในพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะชอบหรือพึงพอใจ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเกิด ความรักใคร่ อยากใกล้ชิดสิ่งนั้น ๆ และ 2) แสดงออก ในรูปความไม่พอใจ เกลียดชัง ไม่อยากใกล้ชิดสิ่งนั้น และจาก Rosenberg and Hovland (1960 : 1 From URL <http://www.learners.in.th/blogs/posts/206392?locale=en>) ได้ให้ความหมายของ ทัศนคติ ไว้ว่า เป็นการจงใจต่อแนวโน้ม ในการตอบสนองอย่างเฉพาะเจาะจง

กับสิ่งที่เกิดขึ้น ส่วนทัศนคติในความหมายของ Kendler, Howard.H. (1963 : 572) ; Good, Carter. V. (1959 : 48) From URL <http://www.learners.in.th/blogs/posts/206392?locale=en> หมายถึง สภาวะความพร้อม ของบุคคล ที่จะ แสดงพฤติกรรม ออกมา ในทางสนับสนุน หรือต่อต้านบุคคล สถาบัน สถานการณ์ แนวความคิด สิ่งหนึ่งสิ่งใด และจาก การคำกล่าวของ Roger (1978 : 208-209) กล่าวถึงทัศนคติเอาไว้ว่า เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าบุคคลนั้น คิดและรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดย ทัศนคติ นั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึง พฤติกรรมในอนาคต ทัศนคติเป็นความพร้อม ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็น มิติของ การประเมินเพื่อแสดงว่า ชอบ หรือไม่ชอบ ต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล ที่เป็นผลกระทบมาจาก การรับสาร อันจะมีผลต่อพฤติกรรม

จากการประมวลเอกสารเบื้องต้น พอสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นความสัมพันธ์ที่ ความเกี่ยวข้องกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมได้ตอบ ในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของ ทัศนคติ นั้น

### 2.2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

องค์ประกอบ ของทัศนคตินั้น มีผู้กล่าวไว้ อาทิ เช่น พรทิพย์ บุญนิพัทธ์. 2531 : 49 From URL <http://library.vu.ac.th/km/?p=268> ) ได้เสนอแนะไว้ว่า สามารถแยกองค์ประกอบของทัศนคติได้ 3 ประการคือ 1) องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคล ที่เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ทั่วไปทั้งที่ชอบ และไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้ หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมี ทัศนคติ ที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่า สิ่งใดไม่ดี ก็จะมี ทัศนคติ ที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพ ของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล และ 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจาก องค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก และ จาก ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ (2538 : 59-60) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติมียุคประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1) ด้านสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าเป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้ของทัศนคติ ซึ่งจะช่วยในการประเมินค่า และสรุปผลต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทัศนคติ จะแสดงออกมาในลักษณะของความเชื่อที่ดีหรือไม่ดี เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 2) ด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้สึก หรืออารมณ์ ที่สืบ

เนื่องจากที่บุคคลได้รับการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเรานั้น ทำให้ทราบทิศทางของอารมณ์ หรือความรู้สึกว่าเป็นไปในทางบวก หรือทางลบได้ ทักษะนี้จะแสดงออกมาในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ และ 3) ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นส่วนประกอบที่แสดงแนวโน้ม ของบุคคล ที่จะประพฤติหรือจะแสดงออก ทักษะนี้จะแสดงออกมาในลักษณะของการยอมรับ หรือปฏิเสธได้

วิธีเปลี่ยนทัศนคตินั้น กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 200) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ว่า ทักษะนี้ เปลี่ยนได้ง่ายกว่าเปลี่ยนค่านิยม เพราะขึ้นอยู่กับความรู้สึกของตัวบุคคล โดยไม่ต้องคำนึงถึงเกณฑ์การตัดสินของสังคม จึงมักพบเสมอว่า ในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล ต่อสิ่งต่าง ๆ มากกว่าเปลี่ยนแปลงค่านิยมหรือความรู้สึกอื่น ๆ และเนื่องจากทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ หรือได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งในสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามสภาพหรือสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กระบวนการเกิดทัศนคติหรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มี 3 ประการ คือ 1) การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขา และเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น 2) การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการ ที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือ พึงพอใจระหว่างตัวเขากับคนหรือกลุ่มคน และ 3) ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อคน ๆ นั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เนื่องจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของเขาเอง จากการประมวลเอกสารเบื้องต้น พอสรุปได้ว่า การที่บุคคลมี ทัศนคติ ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกััน ก็เนื่องจาก บุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือมีแนวความคิดที่แตกต่างกัน หรืออีกนัยหนึ่ง นั่นคือ ทัศนคติมีพื้นฐานมาจากองค์ประกอบด้านความคิด หรือความรู้ ความเข้าใจ และมี ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้ของแต่ละคน

### 2.2.3 คุณลักษณะของทัศนคติ

คุณลักษณะของทัศนคติ ได้มีผู้กล่าวถึงเอาไว้ อาทิ เช่น กฤษณา ศักดิ์ศรี (2530 : 185 -188) ได้สรุปคุณลักษณะทัศนคติไว้ 9 ประการ ดังนี้ 1) ทัศนคติ เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ มิได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ ย่อมจะมีความรู้สึกและความคิดเห็น เกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้นั้น คือ บุคคลได้เกิดเจตคติขึ้นแล้วนั่นเอง 2) ทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ มิใช่ว่าคนเราชอบหรือเกลียดอะไรแล้วจะต้องชอบหรือ

เกลียดไปตลอดชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงเป็นตรงข้ามก็ได้ ถ้าสถานการณ์สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทักษคติของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงจากทัศนคติเชิงนิมานเป็นเชิงนิเสธ หรือจากทัศนคติเชิงนิเสธเป็นเชิงนิมานก็ได้ 3) ทักษคติ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายใน เราสามารถทราบได้ว่าบุคคลใดมีทัศนคติเชิงนิมานหรือเชิงนิเสธ โดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก อาจแสดงออกด้วยคำพูด หรือด้วยสีหน้าท่าทาง พอใจ หรือไม่พอใจ 4) ทักษคติ เป็นสิ่งที่ซับซ้อน เพราะมีองค์ประกอบหลายประการ เช่น ประสบการณ์ การเรียนรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น อารมณ์ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดังนั้นทัศนคติจึงผันแปรได้ 5) ทักษคติ เกิดจากการเลียนแบบ ทักษคติสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้ การกล้อยตามเป็นธรรมชาติที่จะพึงมี ถ้าเราเคารพรัก พอใจ หรือศรัทธาใคร ก็ย่อมมีฉันทาคติเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เราชอบรับนั้นดีงาม จึงเกิดการเลียนแบบเป็นเยี่ยงอย่างไม่ว่าจะเป็นท่วงทำนอง การพูดจา ท่าทาง หรือนิสัยใจคอ เป็นต้น 6) ทักษคติ มีทิศทางและความเข้ม ทิศทางของทัศนคติ มี 2 ทิศทาง คือ ทิศทางเชิงนิมาน หรือสนับสนุน และทิศทางเชิงนิเสธหรือต่อต้าน ส่วนความเข้ม (Intensity) ของทัศนคติ คือ ปริมาณความมากน้อยของความรู้สึก เช่น ถ้าชอบมากหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่าทัศนคติมีความเข้มสูง แต่ถ้าชอบน้อยหรือไม่เห็นด้วยเล็กน้อย แสดงว่าทัศนคติมีความเข้มต่ำ 7) ทักษคติอาจเกิดขึ้นจากการมีจิตสำนึก หรือจิตไร้สำนึกก็ได้ กล่าวคือ ถ้าทัศนคติที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้มีการคิดพิจารณาวิเคราะห์หาเหตุผลจนแน่ใจว่า ถูกหรือผิด ควรหรือไม่ควร ดีหรือเลวประการใด ถือได้ว่าเป็นทัศนคติที่เกิดจากการมีจิตสำนึก แต่หากทัศนคติที่เกิดขึ้น โดยมิได้มีการคิดพิจารณาหรือไตร่ตรองแต่อย่างใด จะถือว่าเป็นทัศนคติที่เกิดจากจิตไร้สำนึก 8) ทักษคติมีความคงทนพอสมควร เมื่อทัศนคติเกิดขึ้นแล้วมักจะเปลี่ยนได้ยาก โดยเฉพาะทัศนคติ ที่เกิดจากการสร้างสมประสบการณ์ที่ยาวนานมาตั้งแต่บุคคลนั้นมีอายุยังน้อย และ 9) ทักษคติของบุคคล ที่มีต่อเหตุการณ์ บุคคล หรือสถานการณ์เดียวกัน ย่อมแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ที่ได้รับมา

#### 2.2.4 การวัดทัศนคติ

วิธีการวัดทัศนคตินั้น มีผู้เสนอการวัดทัศนคติเอาไว้ อาทิ เช่น 1) วิธีการวัดของ Osgood (1957 : 131-134) ได้สร้างวิธีวัด ทัศนคติแบบ Semantic Differential ซึ่งเป็นการศึกษา ถึงความหมายของสิ่งต่าง ๆ ตามความคิดของกลุ่มที่เราศึกษาโดยใช้คำคุณศัพท์ ซึ่งมีความหมายตรงกันข้ามกัน เป็นคำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด โดยทั่วไปมาตราวัด (Scale) แบบ Semantic Differential จะแบ่งออกเป็น 7 ช่องการให้คะแนน อาจจะให้จาก 1 - 7 โดย

กำหนดคะแนนมากไว้ทางคุณศัพท์ที่เป็นด้านบวก อีกวิธีหนึ่ง อาจจะทำให้ช่องกลางมีค่าเท่ากับ ศูนย์ คะแนนถัดจากศูนย์จะเป็น 1, 2, 3 และ 1, 2, 3 ตามลำดับ Osgood (1999) ได้อธิบาย คำคุณศัพท์ไว้ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการประเมินค่า เป็นคำคุณศัพท์ที่ใช้ในการประมาณค่า เช่น ดี - ชั่ว จริง - เท็จ เป็นต้น 2) ด้านศักยภาพ เป็นองค์ประกอบที่ใช้แสดงพลังอำนาจ เช่น แข็งแรง - อ่อนแอ หนัก - เบา เป็นต้น และ 3) ด้านกิจกรรมแสดงลักษณะกิจกรรม เช่น ช้า - เร็ว เฉื่อยชา - กระตือรือร้น เป็นต้น 2) วิธีการวัด ของ ลิเคิร์ต (Likert. 1976 : 112-114) เป็นแบบวัดทัศนคติที่นิยมใช้กันอย่างมาก Likert (1976) เสนอแนวคิดไว้ว่าผู้มีทัศนคติต่อสิ่งใด ก็ย่อมจะมีโอกาสที่จะตอบเห็นด้วย ต่อข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นมาก และโอกาสที่จะตอบเห็นด้วย กับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีอยู่น้อย ทำนองเดียวกับผู้ที่มีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น โอกาสที่จะเห็นด้วย หรือสนับสนุนสิ่งนั้นจะมีอยู่น้อย และโอกาสจะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อ จะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ตอบแบบวัดของแต่ละคน วิธีสร้างแบบวัดนี้ ครั้งแรกจะต้องรวบรวมข้อความที่เกี่ยวข้องในสิ่งที่จะศึกษาให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นใจ ไม่เห็นด้วย เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ตอบนั้นตอบตามความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่า เป็นข้อความในเชิงนิมาน (Positive Statement) หรือข้อความในเชิงนิเสธ (Negative Statement) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือก คือ กำหนดคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 หรือ 4, 3, 2, 1, 0 สำหรับข้อความทางบวก และ 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 0, 1, 2, 3, 4 สำหรับข้อความทางลบ และ 3) วิธีการวัดของ เทอ สโตน (Thurston. 1996 : 77) ที่กำหนดช่วงวัดความรู้สึกเอาไว้เป็น 11 ช่วง แต่ละช่วงมีค่าจากน้อยไปหามากที่สุด โดยมีค่าในแต่ละช่วงเท่า ๆ กัน มีประมาณ 20 ข้อความ หรือมากกว่าเล็กน้อย

การสร้างเครื่องมือวัดทัศนคติเกี่ยวกับการบริจจาคโลหิตนั้น มีผู้สร้างเครื่องมือวัดทัศนคติ ไว้ อาทิ เช่น นฤมล บุญสนอง และ ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ (2552 : 161-170) ได้ศึกษาทัศนคติ และปัจจัยที่มีผลต่อการบริจจาคโลหิตของบุคลากรในโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจจาคโลหิต โดยได้สร้างเครื่องมือ วัดปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความเชิงลบ จำนวน 11 ข้อ เชิงบวก จำนวน 1 ข้อ ปัจจัยด้านอิทธิพลของจิตใจและสังคม โดยทั่วไป จำนวน 3 ข้อเป็นเชิงบวกทั้ง 3 ข้อ ปัจจัยด้านอิทธิพลของจิตใจและสังคมต่อทางธนาคารโลหิต จำนวน 4 ข้อ เป็นเชิงบวก 3 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ รวมวัดทัศนคติทั้ง 3 ส่วน จำนวน 19 ข้อ

เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดทัศนคติ จำนวน 12 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากระดับความคิดเห็นมากที่สุด ระดับความคิดเห็นมาก ระดับความคิดเห็นปานกลาง ระดับความคิดเห็นน้อย และระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด โดยคำถามที่มีทิศทาง 2 ลักษณะ คือทิศทางบวกและทิศทางที่เป็นลบ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นเชิงสนับสนุน หรือเชิงต่อต้าน ข้อความนั้น ๆ โดยข้อความเชิงสนับสนุนผู้วิจัยให้ค่าคะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

ถ้าข้อความเชิงต่อต้าน การให้คะแนนจะตรงกันข้าม ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	1
เห็นด้วยมาก	2
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	5

### 2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต

ทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต แบ่งเป็น 2 ประการ ดังนี้ 1) ทัศนคติเชิงบวก ดังปรากฏในงานศึกษา ของ อรุณี สุคนาม (2538 : 120 - 150) และ อรอุมา ช่วยเรือง (2546 : 118 - 148) ข้อความเชิงบวกเหล่านั้น ได้แก่ 1.1) การบริจาคโลหิตเป็นการให้ทานบารมีอย่างหนึ่ง เพราะเป็นการช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ 1.2) หากสงสัยว่าคิดเชื่อเอดส์ไม่ควรบริจาคโลหิต 1.3) การบริจาคโลหิตควรบริจาคโลหิตด้วยความสมัครใจ 1.4) กลัวเจ็บเพียงนิดอาจทำให้พลาดช่วยชีวิตผู้อื่น 1.5) ควรมีโลหิตสำรองไว้ใช้ภายในประเทศยามฉุกเฉิน 1.6) การบริจาคโลหิตเป็นประจำยังมีผลพลอยได้คือได้ตรวจเช็คสุขภาพร่างกายอยู่เสมอ 1.7) ทุกคนควรชวนญาติ-มิตรบริจาคโลหิต และ 1.8) การบริจาคโลหิตเป็นสิ่งที่ทุกคนควรกระทำ 2) ทัศนคติเชิง



ลอบ ดังปรากฏการศึกษาของ อรุณี สุภนาม (2538: 120 -150) และอรอุมาช่วยเรื่อง (2546 : 118 - 148) ข้อความเชิงลบเหล่านั้น ได้แก่ 2.1) การบริจาคโลหิตมีส่วนทำให้ติดเชื้อเอดส์ 2.2) การบริจาคโลหิตทำให้ร่างกายทรุดโทรม และ 2.3) การบริจาคโลหิตทุก 3 เดือนนั้นบ่อยเกินไป ส่วนการศึกษาของ อรุณี

สุภนาม (2538 : 120 -150) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของเยาวชน จากสถาบัน การศึกษา ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต พบว่าเยาวชนมากกว่าร้อยละ 75.0 มีทักษะที่ต้อง ยกเว้นเพียง 3 ประเด็นซึ่งไม่ถูกต้องได้แก่ 1) โโลหิตซื้อ-ขายกันได้ ร้อยละ 45.8 2) การบริจาคโลหิตทำให้ติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 59.3 และ 3) ถ้าบริจาค โโลหิตปีละ 4 ครั้ง นั้นมากเกินไป ร้อยละ 68.6 และยังพบว่า เยาวชนที่เคยกับไม่เคยบริจาค โโลหิต มีทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การศึกษาของ ดุษณี วิจิษฐ์ (2544 : 127-144) ได้ศึกษา เรื่องทัศนคติต่อการบริจาค โโลหิต และพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในภูมิภาค ผลการศึกษา พบว่า เหตุผลในการบริจาค โโลหิตคือ ช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ ในกลุ่มที่เคยบริจาค โโลหิตมีความแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เคยบริจาค โโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติด บุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และทัศนคติของกลุ่มที่บริจาค โโลหิตและไม่เคยบริจาค โโลหิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ อรุมา ช่วยเรื่อง (2546 : 118 - 148) ได้ศึกษา เรื่อง การบริจาค โโลหิต และปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาค โโลหิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2546 ผลการศึกษา พบว่า ระดับค่าคะแนนทัศนคติของนักเรียนที่เคยบริจาค โโลหิต ส่วนใหญ่ให้คะแนนระดับสูง และการศึกษาของ พรสินี เต็งพานิชกุล (2548 : 150-164) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาค โโลหิตความสัมพันธ์กับการบริจาค โโลหิตของผู้บริจาค โโลหิต ศูนย์บริการ โโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริจาคเคยบริจาค โโลหิตมีเจตคติต่อการบริจาค โโลหิตในทางบวก และผลการศึกษาของ ไสภิดา เพชรสารกุล (2552 : 14-118) ได้ศึกษาเรื่อง ทัศนคติต่อการบริจาค โโลหิตของประชากรในอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติด้านผลิตภัณฑ์นั้น ผู้ที่เคยและไม่เคยบริจาค โโลหิตเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า การบริจาค โโลหิตทำให้รู้สึกภูมิใจและมีความสุข ด้านราคาผู้ที่เคย/ไม่เคยบริจาค โโลหิตเห็นด้วยในระดับสำคัญยิ่ง กับคำกล่าวที่ว่า การบริจาค โโลหิตถือว่าเป็นการทำบุญได้กุศลสูงสุด และการศึกษาของอภิญา ทองสุข โชติ (2554 : 150 -158) ได้ศึกษา พุทธศาสนากับการบริจาค โโลหิต : ศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มารับบริจาค โโลหิตที่ศูนย์บริการ

โลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผู้บริจาคโลหิตมีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคโลหิต และมีทัศนคติที่ดีต่อพุทธศาสนาว่า การบริจาคโลหิตเป็นการช่วยชีวิตผู้อื่น ถือเป็นการทำบุญให้ทานที่ดี เป็นการสั่งสมบุญความดีงามให้แก่ตนเอง และเป็นประโยชน์เพื่อสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ ดังนั้นทัศนคติของประชาชนในการให้ทานทางพุทธศาสนามีผลต่อการบริจาคโลหิต และมีส่วนผลักดันให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการทำประโยชน์เพื่อพัฒนาสังคมส่วนรวม และจากการศึกษา ของ อนงค์ศรี สิมศิริ กรรณิกา เรืองเดช และ ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2555 : 175-187) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $b = 0.086$ ) จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต ผู้วิจัย คาดว่า ปัจจัยด้านทัศนคติมีผลต่อการบริจาคโลหิต

## 2.3 แรงจูงใจ

### 2.3.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ เป็นสิ่งที่ยกมาใช้ในการใช้เพื่อที่กระตุ้น ให้สมาชิกในองค์การกระทำในสิ่งที่ต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์การ ซึ่งควรที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกในองค์การได้อย่างเหมาะสม ได้มีนักวิชาการให้ความหมายแรงจูงใจไว้ อาทิ ภาวิไล เจริญพงศ์ (2547 : 11-12) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่มีอยู่ภายในทั้งองค์การและตัวพนักงาน ซึ่งจะทำให้พนักงานเต็มใจที่จะใช้ความพยายาม ในการทำกิจกรรม หรือภาระหน้าที่ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ และ การให้ความหมายของ สุภาภรณ์ พลนิกร (2548 : 199) ที่ได้ให้ความหมาย แรงจูงใจ (Motivation) คือ สภาวะที่ถูกกระตุ้น (Activated State) ภายในแต่ละคน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย หรือเป็นเหตุผลของพฤติกรรมแต่ละครั้ง ส่วนแรงกระตุ้น (Motive) คือ ลักษณะทางจิตวิทยาชนิดหนึ่ง (Trait) ซึ่งเป็นตัวแทนของพลังภายในที่มองไม่เห็น (Unobservable) และทำหน้าที่กระตุ้น (Stimulate) รวมทั้งออกแรงบังคับ (Compel) ให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง (Response) ในทิศทางที่ชัดเจน สำหรับคำว่า แรงจูงใจ และแรงกระตุ้นมีการนำไปใช้แทนที่กันได้ การให้ความหมายของ รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2549 : 39) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจ คือ ความต้องการของบุคคลที่จะทำบางสิ่งบางอย่างและมีเงื่อนไข ความสามารถในการกระทำเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในความจำเป็นต้องการ (Need) ของบุคคลนั้น การให้ความหมาย ของ วิรัช สงวนวงษ์วาน (2551 : 209) ให้

ความหมาย แรงจูงใจ เป็นกระบวนการที่ความพยายามของบุคคลได้รับการกระตุ้น (Energized) ชี้นำ (Directed) และรักษาให้คงอยู่ (Sustained) จนกระทั่งงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย จากความหมาย ของแรงจูงใจดังกล่าว พอสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในหรือ ความต้องการของบุคคล ที่กระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งทางด้าน ร่างกาย และจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่ องค์การหรือบุคคลต้องการ

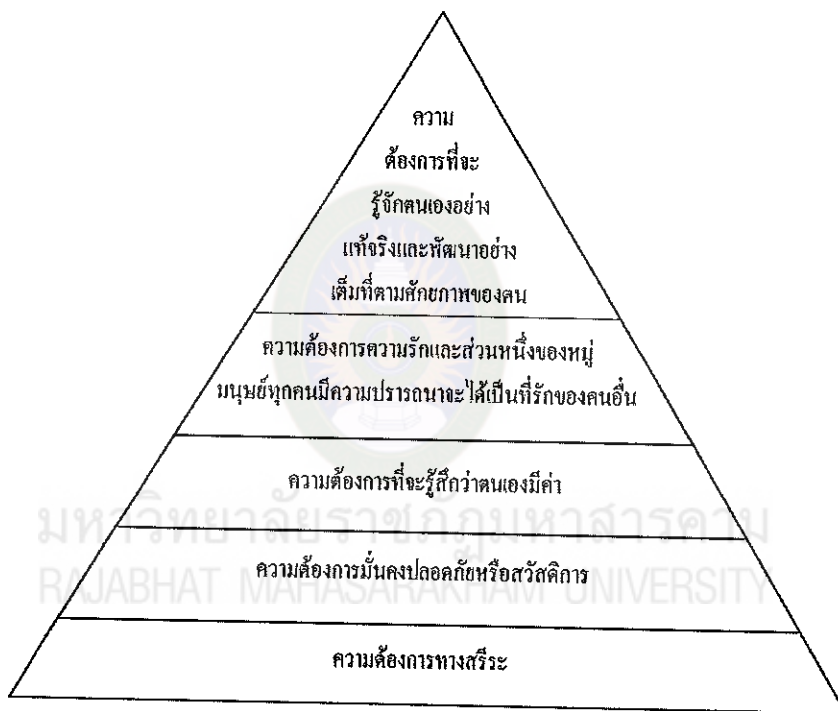
### 2.3.2 แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theories) มีแนวคิดที่กล่าวถึงแรงจูงใจ อาทิ เช่น 1) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) ซึ่ง Maslow (1970 : 35-47) นักจิตวิทยาชาวอังกฤษ เป็นคนแรกที่ได้สร้างทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับ แรงจูงใจเอาไว้ และต่อมาเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ทฤษฎีของเขาได้ชื่อว่าทฤษฎีลำดับ ความต้องการ โดยอธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น ซึ่งพบว่าบุคคลมักคืนรน ตอบสนองความต้องการขั้นต่ำสุดก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว จึงแสวงหาความต้องการ ขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ ในยุคแรก ๆ ที่ทำการศึกษา ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ลำดับ ลำดับ 1-4 เป็นความต้องการระดับต้น ลำดับที่ 5 เป็นความต้องการระดับสูง ในยุคต่อมา ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมและแบ่งความต้องการลำดับที่ 5 ให้ละเอียดออกไปอีกเป็น 3 ลำดับ รวมใหม่ทั้งหมดเป็น 7 ลำดับขั้นของความต้องการ มีดังต่อไปนี้ 1) ลำดับขั้นที่ 1 ความ ต้องการทางสรีระ (Physical Needs) คือ ความต้องการตอบสนองความหิวกระหาย ความ เหนื่อย ความง่วง ความต้องการทางเพศ ความต้องการขับถ่าย ความต้องการ มีกิจกรรมทาง ร่างกาย และความต้องการการสนองความสุขของประสาทสัมผัส 2) ลำดับขั้นที่ 2 ความ ต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) คือ ความต้องการการคุ้มครองปกป้องรักษา ความ อบอุ่นใจ ความปราศจากอันตราย และต้องการการหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล 3) ลำดับขั้นที่ 3 ความต้องการความเป็นเจ้าของ และความรัก (Belongingness and Love Needs) คือความอยาก มีเพื่อน มีพวกพ้อง มีกลุ่ม มีครอบครัว และมีความรัก ขั้นนี้จัดเป็นความต้องการทางสังคม 4) ลำดับขั้นที่ 4 ความต้องการเป็นที่ยอมรับ ยกย่อง และเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs) คือ ความอยากมีชื่อเสียง มีหน้ามีตา มีคนยกย่องเลื่อมใส มีความเด่นดัง และต้องการความรู้สึกที่ดี ของคนอื่นต่อตน 5) ลำดับขั้นที่ 5 ความต้องการใฝ่รู้ใฝ่เรียน (Need to Know and Understand) คือ ความอยากรู้ อยากเข้าใจ อยากมีความสามารถ อยากมีประสบการณ์ 6) ลำดับขั้นที่ 6 ความต้องการทางสุนทรียะ (Aesthetic Needs) ได้แก่ ความต้องการด้านความดี ความงาม

คุณธรรม และความละเอียดอ่อนทางจิตใจ และ7) ลำดับขั้นที่ 7 ความต้องการความสำเร็จ หรือความสมบูรณ์แบบในชีวิต (Self Actualization Needs) 2) ทฤษฎี ERG (ERG THEORY: Existence Relatedness Growth Theory) เป็นทฤษฎีที่ Clayton Alderfer พัฒนามาจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (1954) โดยได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน 3 อย่าง ดังนี้ 1) ความต้องการดำรงชีวิต (Existence Needs) เป็นความต้องการที่จะตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่พักอาศัย ความปลอดภัยทางร่างกาย 2) ความต้องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น (Relatedness Needs) เป็นบทบาทที่ซับซ้อนเกี่ยวกับคนและความพึงพอใจ การปฏิสัมพันธ์กันในสังคมนำมาสู่เรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ การเคารพนับถือ การยอมรับ และความต้องการเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความพึงพอใจในบทบาทการทำงานของตนเองรวมทั้งครอบครัวและเพื่อน และ 3) ความต้องการความเจริญก้าวหน้า (Growth Needs) เป็นความต้องการสูงสุด เช่น ได้รับการยกย่อง ประสบความสำเร็จในชีวิต ความเจริญก้าวหน้า ซึ่งต้องใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ความต้องการนี้ประกอบด้วยการทำลายอิสรภาพของตนเองที่จะทำให้ความสามารถนั้นเกิดความเป็นจริงได้ และ 3) ทฤษฎีการจูงใจในผลสัมฤทธิ์ของแม็กเคิลแลนด์ (Mc Clelland's Achievement Motivation Theory) ซึ่ง David Mc Clelland (1985 : 812-825) ได้ทำการทดลองเพื่อค้นหาแนวทางการวัดความต้องการต่าง ๆ ของคน โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า The Mactic Appreciation Test หรือ เรียกชื่อย่อว่า TAT ใช้วิธีให้คนดูภาพถ่าย แล้วเขียนแสดงทัศนคติว่าเขา มองเห็นอย่างไรต่อภาพถ่ายนั้น บางทีเรียกว่าโปรเจกทีฟ เทสต์ (Projective Test) David Mc Clelland (1983) ได้แบ่งผลการศึกษาข้อมูลที่ได้จากการทดสอบออกเป็น 3 ประเด็น แต่ละประเด็น จะมีลักษณะตรงกันเกี่ยวกับความต้องการของคน ซึ่งมีความต้องการอยู่ 3 ประการ คือ 1) ความต้องการความสำเร็จ (Needs for Achievement : nAch) เป็นความต้องการที่ทำบางอย่างให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้องการที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ และต้องการสิ่งย้อนกลับที่ได้จากผลงาน 2) ความต้องการผูกพัน (Needs for Affiliation : nAff) เป็นความต้องการที่จะสร้างความเป็นมิตรและสัมพันธภาพที่อบอุ่นกับบุคคลอื่น และ 3) ความต้องการมีอำนาจบารมี (Needs for Power : nPower) ได้แก่ การเป็นที่ยอมรับของสังคม

จากความต้องการทั้ง 7 ลำดับขั้นตอน ตามแนวคิดของมาสโลว์ นั้น บุคคลจะกระทำการเพื่อสนองความต้องการลำดับแรกก่อน แล้วจึงคืนรนเพื่อสนองความต้องการถัดมาเป็นลำดับ ตัวอย่าง เช่น พฤติกรรมของคนในสังคม ถ้าหากรายได้ยังไม่พอเลี้ยงชีพ (ความต้องการขั้นที่ 1) หรือ คนยังต้องเผชิญสถานการณ์เสี่ยง ความไม่ปลอดภัยจากพฤติกรรมของ

ตนเอง (ความต้องการขั้นที่ 2) ในภาวะดังกล่าวนั้น ประชาชน อาจจะไม่คำนึงถึงความรัก การยอมรับ การยกย่องและเกียรติยศชื่อเสียง (ความต้องการขั้นที่ 4) หรือจะไม่ดิ้นรนเพื่อ ใฝ่หาความรู้ ความดี ความงาม หรือความสมบูรณ์แบบส่วนตัว (ความต้องการขั้นที่ 5, 6 และ 7) จึงเห็นได้ว่า คนบางคนกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ เพื่อให้ความต้องการทางกายได้รับการตอบสนอง เช่น เพื่อให้ท้องหายใจ เพื่อสนองความต้องการทางเพศ หรือเพื่อสะสมเงินทองเอาไว้ให้อุ่นใจว่า ต่อไปภายหน้าจะได้มีกินมีใช้ ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ ตามทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 : ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์  
ที่มา : Maslow, A. H. (Motivation and Personality. 1970)

จากการศึกษา ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ พอสรุปได้ว่า บุคคลจะมีความต้องการเป็นลำดับขั้น โดยจะบรรลุความต้องการด้านสรีระก่อน แล้วจึงจะมีความต้องการความปลอดภัย ความเป็นเจ้าของ ความรัก และความต้องการเป็นที่ยอมรับ ยกย่องและเกียรติยศชื่อเสียงตามมา แรงจูงใจที่จะให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการบริจจาคโลหิตนั้น ประชาชนได้

บรรลุลความต้องการในขั้นที่ 1 มาแล้ว คือ บรรลุลความต้องการด้านสรีระแล้ว ก็จะทำให้ประชาชนเกิดความต้องการด้านความปลอดภัยจากการบริจาคโลหิต ประชาชนก็จะปฏิบัติตนให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์เพียงพอที่จะสามารถบริจาคโลหิตได้อย่างปลอดภัย และจะเข้าร่วมกิจกรรมการบริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิต เพื่อให้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการยอมรับ และเป็นที่รักใคร่จากสังคมนรอบข้าง และสุดท้ายแล้วเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นความต้องการในขั้นที่ 3-5 ตามลำดับ ส่วนทฤษฎี ERG และทฤษฎีการจูงใจในผลสัมฤทธิ์ของแม็คเคิลเลนด์ พอสรุปได้ว่า บุคคลมีความต้องการความสำเร็จในงาน ต้องการมีสัมพันธ์ทางมีความผูกพัน ต้องการความเจริญก้าวหน้า และเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

### 2.3.3 ประเภทของแรงจูงใจ

นักจิตวิทยา ได้แบ่งการจูงใจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่มีความต้องการในการทำการเรียนรู้ หรือแสวงหาบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีต้องให้มีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น นักเรียนสนใจเล่าเรียนด้วยความรู้สึกใฝ่ดีในตัวของเขาเอง ไม่ใช่เพราะถูกบิดา มารดาบังคับ หรือเพราะมีสิ่งล่อใจใด ๆ การจูงใจประเภทนี้ ได้แก่ 1) ความต้องการ (Needs) เนื่องจากคนทุกคนมีความต้องการที่อยู่ภายใน อันจะทำให้เกิดแรงขับ แรงขับนี้จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความพอใจ 2) ทักษะคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ดีที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งจะช่วยให้บุคคลทำในพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นมา และ 3) ความสนใจพิเศษ (Special Interest) การที่เรามีความสนใจในเรื่องใดเป็นพิเศษ ก็จัดว่าเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเอาใจใส่ในสิ่งนั้น ๆ มากกว่าปกติ 2) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ได้รับแรงกระตุ้นมาจากภายนอก ให้มองเห็นจุดหมายปลายทาง และนำไปสู่เป้าหมาย แบ่งเป็น 1) เป้าหมายหรือความคาดหวังของบุคคล คนที่มีเป้าหมายในการกระทำใด ๆ ย่อมกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม 2) ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า คนที่มีโอกาสทราบว่าตนจะได้รับความก้าวหน้าอย่างไรจากการกระทำนั้น ย่อมจะเป็นแรงจูงใจให้ตั้งใจและเกิดพฤติกรรมขึ้นได้ 3) บุคลิกภาพ ความประทับใจอันเกิดจากบุคลิกภาพ จะก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมขึ้นได้ เช่น ครู อาจารย์ ก็ต้องมีบุคลิกภาพทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ นักปกครอง ผู้จัดการจะต้องมีบุคลิกภาพของผู้นำที่ดี

เป็นต้น และ 4) เครื่องล่อใจอื่น ๆ มีสิ่งล่อใจหลายอย่างที่ก่อให้เกิดแรงกระตุ้นให้พฤติกรรมเกิดขึ้น เช่น การให้รางวัล (Rewards) อันเป็นเครื่องกระตุ้นให้อยากกระทำ หรือการลงโทษ (Punishment) ซึ่งจะกระตุ้นมิให้กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ การชมเชย การติเตียน การประกวด การแข่งขัน หรือการทดสอบ ก็จัดว่าเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมได้ทั้งสิ้น

#### 2.3.4 ความสำคัญของแรงจูงใจ

ความสำคัญของแรงจูงใจนั้น มีผู้ที่กล่าวถึงไว้ อาทิ เช่น สุโท เจริญสุข (2531 : 17) กล่าวถึงความสำคัญของแรงจูงใจ ดังนี้ 1) เป็นตัวการที่ก่อให้เกิดพลังงาน ในการแสดงพฤติกรรม 2) เป็นสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้น ให้อินทรีย์ไม่อยู่นิ่ง และ 3) เป็นสิ่งซึ่งต้องได้รับการเสริมแรง เช่น เมื่อคนเกิดแรงจูงใจคนต้องได้รับการตอบสนอง อาจเป็นรางวัลหรือสิ่งของการเสริมแรงเสมอ

จากความสำคัญของแรงจูงใจที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพลังที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการทำงานเป็นอย่างมาก เพราะการที่บุคคลจะทำกิจกรรมได้เต็มความสามารถหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเต็มใจจะทำแค่ไหน ถ้ามีสิ่งจูงใจที่ตรงกับความพอใจของบุคคลนั้น ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการทำงานมากขึ้น และจะทุ่มเทความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้แก่งานมากขึ้น ดังนั้นแรงจูงใจ จึงมีความสำคัญต่อการประชาชนจะตัดสินใจบริจาดโลหิตด้วยสมัครใจ

#### 2.3.5 การวัดแรงจูงใจ

โดยทั่วไป จะวัดแรงจูงใจในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจ ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามวัดแรงจูงใจ ในการบริจาดโลหิตของประชาชน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 13 ข้อ โดยครอบคลุมในหัวข้อ การบริจาดโลหิตมีความสำคัญ เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริจาดโลหิตมีความชำนาญในการเจาะเก็บโลหิต การตอบข้อข้องใจในการบริจาดโลหิต การมีบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริจาดโลหิต แรงกระตุ้นการบริจาดโลหิตเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ความเชื่อมั่นในการบริจาดโลหิต ความภาคภูมิใจของตนเอง การได้รับบุญกุศล การได้รับเหรียญกาชาดตอบแทน การจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องการบริจาดโลหิต เป็นต้น

#### 2.3.6 งานวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการบริจาดโลหิต

การศึกษา แรงจูงใจในการบริจาดโลหิต อาทิ เช่น การศึกษาของ อรุณี

ศุภนาม (2538 : ก) และ อรุณา ช่วยเรื่อง (2546 : ก) ที่พบว่า การมีสิ่งจูงใจ สิ่งตอบแทน หรือ ของสมนาคุณให้แก่ผู้บริจาคโลหิตนั้น ร้อยละ 50 เห็นว่าควรมีสิ่งตอบแทน จูงใจ ของ สมนาคุณให้กับผู้บริจาคโลหิต โดยให้เหตุผลว่า เป็นที่ระลึกลึก เป็นกำลังใจ เพื่อความภาคภูมิใจ ในการบริจาค และเป็นสิ่งจูงใจให้มีคนมาบริจาคเพิ่มขึ้น และ การศึกษาของ อรุณา ช่วยเรื่อง (2546 : ก) ที่พบว่า การบริจาคโลหิตของนักเรียนแต่ละ โรงเรียนมีความแตกต่างกันตามการจัด กิจกรรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในโรงเรียนในรอบปีที่ผ่านมา และพบว่าอันดับแรกที่ ตัดสินใจบริจาคโลหิต คือ เพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ รongลงมา คือ การได้ตรวจเลือดตรวจ สุขภาพ ส่วนแรงจูงใจในการศึกษาของ อรุณี ศุภนาม (2538 : ก) และ ธนิตา บุตรคล้าย (2544 : ก) ได้พบว่าแรงจูงใจ คือ การได้ตรวจเลือดตรวจสุขภาพ ยังพบการศึกษาของ เสาวนีย์ อิศรเดช (2548 : ก) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่พบว่า แรงจูงใจในการบริจาคโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริจาคโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) และ Glynn et. al. (2002) พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้บริจาคโลหิต คือ 1) เหตุผลในการบริจาคโลหิตครั้ง ล่าสุด อันดับแรกคือ การบริจาคโลหิตเป็นสิ่งที่ควรทำ รongลงมา คือ เมื่อรู้ว่ามีความต้องการ โลหิต และเมื่อมีการรณรงค์กระตุ้นการบริจาค โลหิต ตามลำดับ 2) กลุ่มผู้บริจาคโลหิตซ้ำ แบ่ง ตามจำนวนครั้งการบริจาคโลหิตในระยะเวลา 10 ปี พบว่า ผู้บริจาค โลหิตมากกว่า 20 ครั้ง มี สัดส่วนในการให้เหตุผลในการบริจาค โลหิตครั้งล่าสุดว่าการบริจาค โลหิตเป็นสิ่งที่ควรทำ มากกว่าผู้บริจาค 1 - 5 ครั้ง และ 6 - 20 ครั้ง และ 3) ผู้บริจาค โลหิต ที่มีจำนวนครั้ง 1-5 ครั้ง บริจาค โลหิตด้วยเหตุผลว่ารับรู้ว่ามีความต้องการ โลหิต และเมื่อรับรู้ว่าการรณรงค์กระตุ้น การบริจาคมากกว่ากลุ่มอื่น และจากการศึกษาของ Nguyen et. al. (2007 : 69) ; Nilsson and Sojka (2008 : 45 ) และ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) ที่ได้รายงานเอาไว้ว่า ผู้บริจาค โลหิต ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจการนึกถึงประ โยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง (Altruistic Motives) เป็นหน้าที่ต่อ สังคม ต้องการใช้โลหิตในอนาคต และอิทธิพลจากเพื่อน สำหรับจูงใจการบริจาคโลหิตใน อนาคต ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพ การมีโครงการผู้บริจาค โลหิตประจำ มีเวลา และ สถานที่ที่สะดวกต่อการบริจาคโลหิต สำหรับผู้ที่บริจาคโลหิตบ่อยครั้งจะมีแรงจูงใจในการ บริจาคโลหิตแบบ Warm Glow ซึ่งจะเห็นด้วยกับการบริจาคโลหิตทำให้เกิดบุญคุณน้อยกว่า การบริจาค โลหิตทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ และควรมีสิ่งจูงใจหรือตอบแทนในการบริจาคโลหิต เป็นการบริจาคโลหิต โดยนึกถึงความพึงพอใจของตนเองเป็นหลัก จากการศึกษา ของ Nguyen et. al. (2008 : 98) ได้ศึกษา ความพึงพอใจของผู้บริจาค โลหิตและความตั้งใจที่จะบริจาค โลหิต



ในอนาคต ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิตแตกต่างกันไปในประชากรแต่ละกลุ่ม ในกลุ่มที่มีความพึงพอใจต่อการบริจาคครั้งก่อนมีแนวโน้มที่ตั้งใจจะมาบริจาคซ้ำ ความพึงพอใจสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความตั้งใจที่จะกลับมาบริจาคในอนาคต แม้ว่าสิ่งจูงใจหลักในกลุ่มผู้บริจาคทั้งหมดคือความการเห็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและส่วนรวม สิ่งจูงใจที่จะเสริมแรง ให้บริจาคโลหิตในอนาคตนั้น อาจต้องมีการปรับให้เหมาะสมตามกลุ่มประชากร จากการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) นั้นได้รายงานว่าการจัดโครงการรณรงค์การบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์ต่อการกำหนดความถี่ของการบริจาคโลหิตในเชิงลบ และจากการศึกษาของ ณัชชา จำรูญจันทร์ (2552 : ก) ได้ศึกษา เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการบริจาคโลหิตซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ราย เคยบริจาคโลหิตจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการตัดสินใจไปบริจาคโลหิตมากที่สุดคือ แรงจูงใจด้านการช่วยเหลือสังคม รองลงมาคือแรงจูงใจด้านบุญกุศล แรงจูงใจด้านเข็มที่ระลึกและเหรียญกาชาดสมนาคุณ แรงจูงใจด้านการตรวจเลือด/ตรวจสุขภาพ แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ระดับการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการบริจาคโลหิต และระดับการรับรู้สถานการณ์ความไม่เพียงพอของโลหิต ระดับที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อจำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต ได้แก่ แรงจูงใจด้านสิทธิการรักษาพยาบาล แรงจูงใจด้านบุญกุศล แรงจูงใจจากการรับรู้ความต้องการโลหิต แรงจูงใจเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง จากการศึกษา ของ อนงค์ศรี สิมศิริ กรรณิกา เรืองเดช และ ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2555 : 175-187) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัย ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $b = 0.128$ ) จากการศึกษา ของ Abolghasemi, et.al. (2010 : 9-13) ได้ศึกษา เรื่อง แรงจูงใจผู้บริจาคโลหิต : ศึกษาแบบไปข้างหน้าและย้อนหลัง การวิจัยนี้ได้ค้นคว้าจากการวิจัยของหลาย ๆ คน หลาย ๆ เรื่อง หลาย ๆ ประเทศทั้งในสหรัฐอเมริกาและในยุโรป นำผลการวิจัยมารวบรวม ซึ่งให้เห็นสถานการณ์ของการบริจาคโลหิต ตลอดระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา จากการสืบค้น พบว่า ในหลายประเทศนั้น ทิศนคติเรื่องการบริจาคโลหิตด้วยสมัครใจยังเป็นสิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ด้วยเป็นนโยบายขององค์การอนามัยโลก ที่จะให้ได้ผู้บริจาคโลหิต 100 % โดยสมัครใจไม่มีสิ่งทดแทน ในการศึกษาแต่ละเรื่องได้มีการจูงใจให้ผู้บริจาคโลหิตเข้ามาบริจาคโลหิตเพิ่มมากขึ้นด้วยการเสริมแรงจูงใจที่แตกต่างกัน บางเรื่องที่ศึกษามีการใช้เงินเป็นสิ่งจูงใจที่จะเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิต แต่ยังคงพบว่าแรงจูงใจด้วยเงินนั้นยังไม่ตอบคำถามเรื่องการบริจาค

โลหิตที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ หลาย ๆ เรื่องนั้นยังส่งเสริมแรงจูงใจด้านจิตสังคม แต่บางเรื่องส่งเสริมแรงจูงใจในด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้บริจาคโลหิตรายใหม่ยังมีความคิดว่า การบริจาคโลหิตมีประโยชน์ต่อส่วนรวมและสังคม การวิจัยยังคำนึงถึงความปลอดภัยของโลหิตที่รับบริจาค แม้ว่าการตรวจสอบคุณภาพของโลหิต และการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตยังดำเนินการอยู่อย่างมีคุณภาพแล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบว่า ในระยะฟักตัวของโรคที่ติดต่อได้ด้วยการรับโลหิตนั้น ไม่สามารถตรวจพบได้ในระยะนี้ โดยหลัก ๆ แล้วในประเทศที่พัฒนาจะมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ในการที่จะเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตโดยสมัครใจ ไม่หวังสิ่งตอบแทน และในขณะที่หน่วยบริการโลหิตทุกแห่ง ยังคำนึงถึงความปลอดภัยของโลหิตที่จ่ายให้กับผู้ป่วยเป็นลำดับต้น ๆ การประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตโดยมีสิ่งตอบแทนเป็นวัฒนธรรมที่ขัดกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากยังมีกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ตั้งใจบริจาคโลหิตด้วยการเห็นประโยชน์แก่ส่วนรวมโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนที่เป็นสิ่งของการศึกษาบางเรื่องยังรายงานถึงการให้สิ่งจูงใจ เช่น เงิน การจ่ายเป็นบัตรกำนัล บัตรค่าโดยสารทางเรือ บัตรค่ารถแท็กซี่ เป็นสิ่งตอบแทนสำหรับผู้บริจาคโลหิต และการจ่ายเป็นเงินเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ที่เคยบริจาคโลหิตแล้วขาดหายไปกลับมาบริจาคอีกครั้งได้อีกวิธีหนึ่ง แต่เรื่องความปลอดภัยของโลหิตนั้นจะต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน ในอนาคตหน่วยบริการโลหิตจะต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจนในเรื่องสิ่งจูงใจไว้ด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า สิ่งจูงใจนั้นมีทั้งที่เป็นสิ่งของ และไม่ใช่ว่าสิ่งของ ในประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งในยุโรปและอเมริกา ได้มีการวิจัยที่ให้สิ่งจูงใจที่เป็นสิ่งของ ทำให้มีผู้เข้าบริจาคโลหิตมากขึ้น แต่ประเด็นเรื่องความปลอดภัยของโลหิตยังต้องคำนึงถึงอยู่มาก ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นเรื่องสิ่งจูงใจให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา จึงเลือกประเด็นการจูงใจบริจาคโลหิตให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ดังคำขวัญว่า การบริจาคโลหิตโดยสมัครใจไม่หวังสิ่งตอบแทน 100 % ดังนั้นปัจจัยด้านแรงจูงใจในการวิจัยนี้จึงเน้นที่ไม่ใช่สิ่งของตอบแทน และเชื่อมโยงให้เห็นภาพความสัมพันธ์ของปัจจัยจูงใจ และปัจจัยการคัดเลือตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริจาคโลหิตของประชาชน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด

## 2.4 การสนับสนุนทางสังคม

### 2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนจึงมีรูปแบบเป็นการกระทำ หรือพฤติกรรม และการสนับสนุนส่งผลลัพธ์ทางบวกกับบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม (Caplan. 1974 : 65 ; Cobb. ; 1976 : 25. ; Kahn. 1979 : 36. and Weiss. 1974 อ้างถึงใน อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. 2553 : 309 - 322) ต่อมา Caplan (1976 : 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ และPilisuk (1982 : 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย การให้ความหมาย ของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) ได้สรุปความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคม ว่า หมายถึง ผู้รับแรงสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ การสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มคน และยังมีผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติตามทิศทางที่ต้องการ การแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) คือการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน 2) การให้การสนับสนุนในด้านการประเมิน (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมารวมถึงการสนับสนุนทางสังคมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรง หรือโดยอ้อมก็ได้ 3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร และ 4) การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือการให้การสนับสนุนด้านแรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

จากการประมวลเอกสารเบื้องต้น พอสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม แรงสนับสนุน

ทางสังคมอาจมาจากบุคคล เช่น พ่อ-แม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู-อาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### 2.4.2 แนวคิด ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

มีบุคคลกล่าวถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อาทิ สุปรียา ตันสกุล (2550 : 35 จาก URL [http:// phhe.ph.mahidol.ac.th/JOURNAL/No105/1supreya.PDF](http://phhe.ph.mahidol.ac.th/JOURNAL/No105/1supreya.PDF)) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีระหว่างบุคคล (Interpersonal Health Behavior Theories) ทฤษฎีในกลุ่มนี้มีความเชื่อว่า บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูล ความคิด อารมณ์ จากคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มทางสังคมอื่นๆ ความสัมพันธ์ดังกล่าว มีการอ้างถึงใน 2 ทฤษฎี ได้แก่ 1) ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) และ 2) ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Networks / Social Support Theories) มีรายละเอียดที่กล่าวถึง คือ 1) ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory : SCT) มองพฤติกรรมบุคคลเกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงโดยถูกกำหนดจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment Factors) และปัจจัยภายในตัวคน (Personal Factors) กล่าวคือ บุคคลสามารถปรับสิ่งแวดล้อมได้ เท่า ๆ กับที่สิ่งแวดล้อมสามารถปรับบุคคลได้ ทฤษฎีนี้เน้น แนวคิด 3 ประการ รายละเอียด ประการที่ 1 คือ การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) เป็นกระบวนการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ซึ่งเป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง การอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของคนอื่น หรือ เมื่อบุคคลสังเกตการกระทำของคนอื่น การสังเกตการกระทำของคนอื่น เรียกว่าตัวแบบ : Modeling และการเสริมแรงที่ตัวแบบได้รับแล้ว บุคคลจะเกิดความคาดหวังว่าตนจะได้รับเช่นกัน ถ้าหากตนเองกระทำพฤติกรรมนั้น กระบวนการนี้เรียกว่า Vicarious Experience การเสนอตัวเป็นเทคนิคสำคัญของ SCT ที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม ประการที่ 2 คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self Efficacy) บุคคลจะต้องถูกสอน หรือฝึกให้เกิดความสามารถทางพฤติกรรม (Behavioral Capability) เพื่อให้รู้ว่าเขาจะต้องทำอะไร และทำอย่างไร โดยให้การสร้างให้เกิดความคาดหวัง หากทำพฤติกรรมนั้น และสร้างให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ แหล่งของการพัฒนาความสามารถตนเอง มี 4 แหล่ง คือ 1) การเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Learning) 2) การเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ (Vicarious Learning) 3) การชักจูงด้วยวาจา (Verbal Persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) เมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถตนเอง เขาก็จะมีแรงจูงใจที่จะเผชิญกับอุปสรรค อดทน มีความพยายามที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ กลวิธี

การเพิ่มความสามารถตนเอง ทำได้โดยการตั้งเป้าหมาย แต่ต้องเริ่มจากเป้าหมายระยะสั้น เป็นไปได้ง่าย ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ดังเช่น การออกกำลังกาย ควรเริ่มจาก 10 นาที ต่อวัน ถ้าทำสำเร็จค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลา ความถี่ในการออกกำลังกายขึ้น ในด้านการตั้งเป้าหมายนี้ ควรทำควบคู่ไปกับการทำสัญญาการปฏิบัติตัว โดยกำหนดรางวัล การให้ข้อมูลป้อนกลับ การชมเชย รวมทั้งการใช้วิธีการควบคุมกำกับตนเองด้วยเช่นกัน และประการที่ 3 คือ การกำกับตนเอง (Self Regulation) เชื่อว่า พฤติกรรมบุคคลไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรง และการลงโทษจากคนอื่นเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุม ความคิด ความรู้สึก การกระทำของตน ด้วยการจัดหาผลกระทบด้วยตนเองได้ การกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 กระบวนการ กล่าวคือ 1) การสังเกตตนเอง (Self Observation) บุคคลต้องรู้ว่า ตนเองกำลังทำอะไร ทำอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ มากน้อยแค่ไหน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐาน ของการกระทำ และประเมินพฤติกรรมของตน ให้ใกล้เคียง หรือห่าง จากมาตรฐานในระดับใด 2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) เมื่อสังเกตพฤติกรรม ที่ทำอยู่ได้แล้ว จะต้องนำมาเทียบเคียงกับมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงมาตรฐาน ส่วนบุคคล และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self Reaction) การพัฒนามาตรฐาน ในการประเมิน และตัดสินใจ นำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง มีทั้งทางบวกและทางลบ มีการ กำหนดรางวัลให้ตนเองหากทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ 2) ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม และแรง สนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ 1) มีโครงสร้าง (Structural) เช่น จำนวนคน การรู้จัก มักคุ้นกัน 2) มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interactional) เช่น การแบ่งปันความช่วยเหลือ ระยะเวลา ของการมีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของการพบปะกัน ความง่ายในการพบปะ และ 3) มีหน้าที่ (Functional) เช่น ให้แรงสนับสนุนทางสังคม พันธะสัญญาต่อกัน และให้ความรู้สึกมีคุณค่า ทางสังคม

จากแนวคิดทฤษฎี ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทาง สังคม หมายถึง ชนิดของการช่วยเหลือสมาชิก ที่เป็นเครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุน ให้ เกิดพฤติกรรม ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Emotional support) เช่น การฟัง แสดงให้เห็นว่าสนใจ ยอมรับไว้วางใจ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental Support) ได้แก่ การให้อุปกรณ์สิ่งของ เงิน เวลา เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรม และ 3) การ สนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ หรือการ ให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่เครือข่ายต้องการ

### 2.4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม Weiss (1974. cited by Diamond and Jones. 1983 : 235-236) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ 1) ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแล เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับการบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย 2) การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหมายถึงการที่บุคคลมีโอกาสร่วมใน กิจกรรมของสังคมทำให้มีโอกาสอันควร รวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยความคิด คำตั้งทรัพย์และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควรรวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยวขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจสิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ 3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึงการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า 4) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็บทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง 5) ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง และ 6) การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบปัญหาอยู่ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และจากการแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981. Cited by Tilden. 1985 : 201) แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟังความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ 2) แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม 3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

(Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ 4) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย นอกจากนี้แล้วยังมีการแบ่งของ Pender. (1996. : 257) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทาง สังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสถานะซึมเศร้า 2) แรง สนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการ เข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง 3) การช่วยเหลือ ทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียม อาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้เพื่อมารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และ 4) การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็น จริงของตนเอง

จากการประมวลเอกสารข้างต้น พอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุน หรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับการ สนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ หรือแรง สนับสนุนของผู้ให้ จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งปกติสังคมไทยมีการ เกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลาช้านานแล้ว ถ้านำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้เป็นกิจกรรมสร้าง เสริม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนน่าจะต้อง คำนึงถึง 1) คัดเลือกหาบุคคลที่จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจจะถามจากกลุ่มเป้าหมายก็ได้ว่าบุคคลใดที่กลุ่มเป้าหมายเชื่อถือศรัทธา ผู้ให้การ สนับสนุนทางสังคม อาจจะหนึ่งคนหรือมากกว่าหนึ่งคนก็ได้ 2) เตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่ จะให้แรงสนับสนุนทางสังคม ให้มีความรู้ความเข้าใจสิ่งที่จะให้กับกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้รับ เช่น ผู้ให้แรงสนับสนุนถ้าจะทำให้หน้าที่แนะนำ หรือกระตุ้นเตือน ให้กลุ่มเป้าหมายแปร่งฟัน ได้ถูกต้องผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถสาธิตให้แก่คนอื่น ได้ บางครั้งอาจจะต้องฝึกอบรมผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนที่จะให้ไปทำหน้าที่ และ 3) กำหนดบทบาทให้ผู้ให้แรงสนับสนุนได้ทราบ และเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น

ให้ไปให้แรงสนับสนุนประเภทใด แก่ใคร บ่อยแค่ไหน และที่ไหน และอาจจะต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้แรงสนับสนุนด้วย

#### 2.4.4 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนของสังคม มีผู้คิดค้นการวัด เช่น Caplan, 1974 ; House, 1981 อ้างถึงใน อภิญา สิริพิทยาคุณกิจ. 2553 : 309 - 322) ได้อธิบายว่า ระบบการสนับสนุนจะดำเนินไปได้ต้องประกอบด้วย การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ความรู้สึก ห่วงใยรักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ (Emotional Support) 2) ด้านการให้ความช่วยด้านสิ่งของหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ (Instrumental Support) 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา และ 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (Appraisal Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีการประเมินของ Chaefer, Coyne and Lazarus (1981 ; Wilcox, 1981 cited by Heitzmann and Kaplan, 1988 : 75-109) ที่ประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แบบประเมินการสนับสนุนทางด้านความช่วยเหลือในรูปของสิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร โดยมีแบบวัด 2 ส่วน คือ วัดจากจำนวนนับของสิ่งของ และ วัดการสนับสนุนด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และหรือบุคลากรผู้ดูแล เป็นต้น ข้อคำถามส่วนนี้เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ เครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน ด้านอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95 ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 และด้านสิ่งของ ค่าความเชื่อมั่น 0.81 นอกจากนี้แล้วยังมีตัวอย่างลักษณะของเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย Kaplan. (1977 : 15) ที่ได้สร้างตามแนวคิด ของ Cobb. (1976 : 68) ลักษณะเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น จำนวน 16 ชุด มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ นำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกัน ซึ่งหมายถึง ปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ แต่เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด และวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนเท่านั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการบริจจาคโลหิตโดยสมัครใจไม่หวังสิ่งตอบแทน ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยวัดการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริจจาคโลหิตทุก 3 เดือน และความคิดเห็นต่อการจัดตั้งเครือข่ายในชุมชน เครื่องมือที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ระดับความคิดเห็น



มาก ระดับความคิดเห็นปานกลาง ระดับความคิดเห็นน้อย และระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด มีจำนวน 4 ข้อคำถาม

#### 2.4.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อการบริจาคโลหิต

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เช่น กลุ่มเพื่อน ครอบครัว ครู-อาจารย์ ผู้บังคับบัญชา การประชาสัมพันธ์ โครงการรณรงค์ และสื่อต่าง ๆ ที่ได้รับ มีผู้ศึกษา ไว้ อาทิ จากการศึกษาของ อรุณี สุภนาม (2538 : ก) และ อรอุมา ช่วยเรือง (2546 : ก) รายงานไว้ว่า ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่มักจะไปบริจาคกับเพื่อน และจากการศึกษาของ ธนิตา บุตรคล้าย (2544 : ก) และ อรอุมา ช่วยเรือง (2546 : ก) ที่พบว่า บุคคลที่เป็นแรงผลักดัน ชักชวนให้มีการบริจาคโลหิตครั้งแรก 3 อันดับแรก คือ เพื่อน ครู-อาจารย์ และคนในครอบครัว ตามลำดับ และการศึกษาของ อรอุมา ช่วยเรือง (2546 : ก) ได้ศึกษา เรื่อง การบริจาคโลหิต และปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2546 ผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมส่งเสริมการบริจาคโลหิต 3 อันดับแรก ได้แก่ มีหน่วยรับบริจาคเคลื่อนที่ ครูเป็นแบบอย่าง และผู้บริหารสนับสนุนกิจกรรม (73 %, 65 %, 61.8 % ตามลำดับ) กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิตที่สำคัญทั้งส่วนบุคคล คือ ครู เพื่อนสนิท คนในครอบครัว และการเข้าร่วมโครงการบริจาคโลหิตของโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง มีอิทธิพลและแรงผลักดันอย่างมากต่ออัตราการบริจาคโลหิตของนักเรียน และจากการศึกษา ของ นฤมล บุญสนอง และ ยุพา เอื้ออรุณวิจิตร (2552 : 161-170) เสนอแนวทางในการเพิ่มผู้บริจาคโลหิตได้รับความคิดเห็น 4 ลำดับแรก คือ 1) การประชาสัมพันธ์ 2) การจัดกิจกรรมรณรงค์ในโอกาสพิเศษ 3) การเชิญชวนถึงตัวบุคคล และ 4) การมอบของที่ระลึกแก่ผู้บริจาคโลหิต ได้ทดลองนำแนวทางไปใช้นำร่องในระยะเวลา 3 เดือน สามารถเพิ่มผู้บริจาคโลหิตรายใหม่ในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลพานได้ จำนวน 20 ราย จาก การศึกษา ของ Piliavin, J.A and Donald Libby (1986 : Abstract) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานส่วนบุคคล บรรทัดฐานทางสังคม กับการบริจาคโลหิต ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเรื่องบรรทัดฐานทางสังคมและบรรทัดฐานส่วนบุคคลในการบริจาคโลหิตด้วยการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนในชุมชนวิสคอนซิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมบริจาคโลหิตเนื่องจากได้รับข่าวสารการบริจาคโลหิตจากเพื่อน ๆ การประชาสัมพันธ์ให้รับรู้ถึงเรื่องการบริจาคโลหิตในหน่วยเคลื่อนที่ จะเพิ่มการรับรู้ให้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น และจากการศึกษาของ นิลสันและ โสกา (Nilsson and

Sojka. 2008 : 28) พบว่า แรงผลักดันที่มีอิทธิพลต่อการบริจาคโลหิตครั้งแรกคือ เพื่อน ร้อยละ 47.2 และการร้องขอผ่านสื่อ หรือการโฆษณา ร้อยละ 23.5

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคคล ได้แก่ คนในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ครู-อาจารย์ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านการรับข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องการบริจาคโลหิตและหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ การเชิญชวนบริจาคโลหิตจากสื่อสิ่งพิมพ์ และการโฆษณาต่าง ๆ และ 3) การมีเครือข่ายผู้บริจาคโลหิตในชุมชน การจัดตั้งเครือข่าย เป็นต้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริจาคโลหิต ของประชาชนในทิศทางบวก

## 2.5 การรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิตและข่าวสารการขาดแคลนบริจาคโลหิต

### 2.5.1 ความหมายของการรับรู้

ความหมายของการรับรู้ (Perception) มีนักวิชาการให้ความหมายของการรับรู้ ไว้ ดังนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 20) กล่าวว่า การรับรู้ ถือเป็นกระบวนการจิตวิทยา พื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้ว บุคคลจะไม่สามารถมีความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ การให้ความหมายของ Bertley (1972 : 22 – 23) การรับรู้ หมายถึง ความเป็นจริงของสิ่งทั้งหลายในโลกที่บุคคลได้รับ และประมวลเป็นประสบการณ์ของตน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้น ๆ อีกทั้งยังส่งผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย การให้ความหมายของ Garrison and Magoon (1972 : 607) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัสของร่างกาย หรือประสาทสัมผัสต่าง ๆ กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทำให้เราทราบว่า สิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร การที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์ของเรา เป็นเครื่องช่วยในการตีความ หรือแปลความหมาย

จากการประมวลเอกสารข้างต้นนั้น การรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้นกับประสาทสัมผัสทั้งห้า สมองจะแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นบนพื้นฐานของประสบการณ์ในอดีต ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นภายใต้การตัดสินใจจากประสบการณ์ที่ได้รับรู้มา และสามารถวัดการรับรู้ได้โดยการวัดระดับความคิดเห็น ของแต่ละบุคคล

### 2.5.2 องค์ประกอบของการรับรู้

องค์ประกอบของการรับรู้มีผู้กล่าวไว้ อาทิ เช่น ลักษณะ สรีรวิวัฒน์ (2530 : 62-63) กล่าวถึง การรับรู้ของบุคคลว่า จะเกิดได้จะต้อง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ดังต่อไปนี้ 1) การสัมผัสหรืออาการสัมผัส หมายถึง อาการที่อวัยวะสัมผัสกับสิ่งเร้าหรือสิ่งเร้าผ่านเข้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ เพื่อให้คนเรารับรู้ภาวะแวดล้อมรอบตัวปกติ เมื่อคนเรารับสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วมักจะจำแนกอาการสัมผัสนั้น ๆ เช่น ได้ยินเสียงดังตึก ๆ ตึก ๆ ก็สามารปลดออกได้ว่าเป็นเสียงนาฬิกาแขวน นั่นคือจิตใจต้องรับทราบการสัมผัสของเสียงนั้นด้วย 2) ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้า หมายถึง สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่จะเข้ามาเร้าอวัยวะรับสัมผัสของคนแต่ละอย่างนั้น ย่อมมีลักษณะและคุณสมบัติแตกต่างกัน เช่น สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเห็นก็ต้องเป็นสี แสง ภาพ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการได้ยินก็ต้องเป็นเสียงต่าง ๆ เป็นต้น และ 3) การแปลความหมายจากการสัมผัส ส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การแปลความหมายดี หรือถูกต้องเพียงใดนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) สถิติปัญญาหรือความเฉลียวฉลาด ผู้ที่มีสถิติปัญญาสูง ย่อมได้เปรียบในเรื่องการรับรู้การเรียนรู้ดีกว่า และเร็วกว่าผู้ที่มีระดับสถิติปัญญาค่ำ 2) การสังเกตและพิจารณาช่วยให้คนเรารับรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แม่นยำยิ่งขึ้น 3) ความสนใจและตั้งใจ ถ้าคนเรามีความสนใจจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วเขาย่อมต้องสังเกต พิจารณาส่งนั้นอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งจะก่อให้เกิดการแปลความหมายได้ถูกต้อง 4) คุณภาพของจิตใจขณะนั้น ถ้าจิตใจแจ่มใส ใจคอปลอดโปร่ง ก็ย่อมทำให้สถิติปัญญาดีขึ้น ช่วยให้แปลอาการสัมผัสดี และ 5) ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม อันได้แก่ความคิด ความรู้และการกระทำที่ได้เคยปรากฏแก่ผู้นั้นมาแล้วในอดีต มีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้การแปลความหมายของอาการสัมผัสได้โดยชัดเจน ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม ที่แตกต่างกันทั้งในด้านปริมาณและความถูกต้อง ย่อมทำให้คนเรามีการรับรู้ที่แตกต่างกันได้

### 2.5.3 กระบวนการรับรู้

กระบวนการของการรับรู้ เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างเรื่องความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก (Sensing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Decision making) ซึ่งจะสัมพันธ์กัน ตามขั้นตอนดังนี้

Sensing -----> Memory -----> Learning -----> Decision making

กระบวนการของการรับรู้ อธิบายได้ว่า เมื่อมีสิ่งเร้าไม่ว่าจะเป็นคน สัตว์ สิ่งของ หรือสถานการณ์ มาเร้าอินทรีย์ทำให้เกิดการสัมผัส (Sensation) และเมื่อเกิดการสัมผัส

บุคคลจะเกิดมีอาการแปลการสัมผัสและมีเจตนา (Conation) ที่จะแปลสัมผัสนั้น การแปลสัมผัสจะเกิดขึ้นในสมอง ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ขณะนอนอยู่ในห้องได้ยินเสียงร้องเรียกเหมียว ๆ รู้ว่าเป็นเสียงร้องของสัตว์ และรู้ต่อไปว่าเป็นเสียงของแมว เสียงเป็นเครื่องเร้า (Stimulus) เสียงมากระทบหู ในหูมีปลายประสาท (Endorgan) เป็นเครื่องรับ (Receptor) เครื่องรับส่งกระแสความรู้สึก (Impulse) ไปทางประสาทสัมผัส (Sensory Nerve) เข้าไปสู่สมอง สมองเกิดความตื่นตัวขึ้น (ตอนนี้เป็นสัมผัส) แล้วสมองทำการแยกแยะว่า เสียงนั้นเป็นเสียงคน เป็นเสียงสัตว์ เป็นเสียงของแมวสาวหรือเป็นเสียงแมวหนุ่ม ร้องทำไม เราเกิดอาการรับรู้ เมื่อเรารู้ว่าเป็นเสียงของแมวเรียก ทำให้เราต้องการรู้ว่าแมวเป็นอะไร ร้องเรียกทำไม เราจึงลุกขึ้นไปดูแมวตามตำแหน่งเสียงที่ได้ยิน และขานรับ สมองก็สั่งให้กล้ามเนื้อปากทำการเปล่งเสียง ขานรับ ตอนนี้ทางจิตวิทยาเรียกว่า ปฏิกริยาหรือการตอบสนอง (Reaction หรือ Response) เมื่อประสาทตื่นตัวโดยเครื่องเร้าจะเกิดมีปฏิกริยา คือ อาการตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากตัวอย่างข้างต้นนี้ เราอาจสรุปกระบวนการรับรู้ จะเกิดได้จะต้องมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1) มีสิ่งเร้า (Stimulus) ที่จะทำให้เกิด การรับรู้ เช่น สถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบกายที่เป็น คน สัตว์ และสิ่งของ 2) ประสาทสัมผัส (Sense Organs) ที่ทำให้เกิดความรู้สึกสัมผัส เช่น ตา หู ฟัง จมูกได้กลิ่น ลิ้นรู้รส และผิวหนังรู้ร้อนหนาว 3) ประสบการณ์ หรือความรู้เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ ปทัสถาน บุคลิกภาพ เชาวน์ปัญญา ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่เราสัมผัส และ 4) การแปลความหมายของสิ่งที่เรสัมผัส สิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้วย่อมจะอยู่ในความทรงจำของสมอง เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าสมอง ก็จะทำหน้าที่พบกับความรู้ที่มีอยู่เดิม ว่า สิ่งเร้านั้นคืออะไร การที่มนุษย์เรารู้จักเร้าโดยสิ่งแวดล้อมจะเกิดความรู้สึกจากการสัมผัส (Sensation) โดยอาศัยอวัยวะสัมผัสทั้ง 5 คือ ตาทำหน้าที่ดูคือมองเห็น หูทำหน้าที่ฟังคือได้ยิน ลิ้นทำหน้าที่รู้รส จมูกทำหน้าที่ดมคือได้กลิ่น ผิวหนังทำหน้าที่สัมผัสคือรู้สึกได้อย่างถูกต้อง กระบวนการรับรู้จึงจะสมบูรณ์

กลไกการรับรู้ เกิดขึ้นจากทั้งสิ่งเร้าภายนอกและภายในอินทรีย์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม อวัยวะรับสัมผัส (Sensory Organ) เป็นเครื่องรับสิ่งเร้าของมนุษย์ ส่วนที่รับความรู้สึกของอวัยวะรับสัมผัสอาจอยู่ลึกเข้าไปข้างใน มองจากภายนอกไม่เห็น อวัยวะรับสัมผัสแต่ละอย่างมีประสาทรับสัมผัส (Sensory Nerve) ช่วยเชื่อมอวัยวะรับสัมผัส กับเขตแดนการรับสัมผัสต่าง ๆ ที่สมองและส่งผ่านประสาทมอเตอร์ (Motor Nerve) ไปสู่อวัยวะที่เป็นมอเตอร์ (Motor Organ) ประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อ และต่อมต่าง ๆ ทำให้เกิดปฏิกริยาตอบสนองของอวัยวะมอเตอร์ ปรากฏออกมาในรูปใด ขึ้นอยู่กับการบังคับบัญชาของระบบ

ประสาท ส่วนสาเหตุที่มนุษย์เราสามารถไวต่อความรู้สึกก็เพราะ เซลประสาทของประสาทรับสัมผัส แบ่งแยกแตกออกเป็นกิ่งก้านแผ่ไปติดต่อกับอวัยวะรับสัมผัส และที่อวัยวะรับสัมผัส มีเซลล์รับสัมผัสที่มีคุณสมบัติเฉพาะตัว จึงสามารถทำให้มนุษย์รับสัมผัสได้ คนตาบอดเมื่ออธิบายให้ฟังว่า สีแดงสีเขียวเป็นอย่างไร เขาก็จะเข้าใจให้ถูกต้องไม่ได้ เพราะเรื่องสีจะต้องรู้ด้วยตา เครื่องมือสัมผัสอย่างหนึ่งที่ทำหน้าที่อย่างหนึ่ง คนหูหนวกย่อมไม่รู้ถึงลีลาความไพเราะของเสียงเพลง ดังนั้น การรับรู้ นับว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ การรับรู้ที่ถูกต้องจึงจะส่งผลให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง บุคคลจึงต้องได้รับการรับรู้ที่ถูกต้อง มิฉะนั้นความรู้ที่รับไปก็ผิดหมด กระบวนการของการรับรู้เป็นสิ่งแรกที่มนุษย์สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อม และระบบประสาทอวัยวะสัมผัส เป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการรับรู้ จะต้องมีความสมบูรณ์จึงจะสามารถรับรู้สิ่งเร้าได้ดี เพราะอวัยวะสัมผัส รับสิ่งเร้าที่มากกระทบประสาทรับสัมผัส แล้วส่งกระแสประสาทไปยังสมอง เพื่อให้สมองแปลความหมายออกมา เกิดเป็นการรับรู้ และอวัยวะสัมผัสของมนุษย์ มีขีดความสามารถจำกัดเคลื่อนอ่อนเกินไป เสียงเบาเกินไป แสงน้อยเกินไป ย่อมจะรับสัมผัสไม่ได้ ดังนั้น ประเภท ขนาด คุณภาพของสิ่งเร้า จึงมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนอง สิ่งเร้าบางประเภทไม่สามารถกระตุ้นอวัยวะสัมผัสของเราได้ เช่น คลื่นวิทยุ เป็นต้น

#### 2.5.4 การจัดระบบการรับรู้

เมื่อมนุษย์พบหรือสัมผัสกับสิ่งเร้า จะนำมาจัดระบบตามหลัก ดังนี้ 1) หลักแห่งความคล้ายคลึง (Principle of Similarity) สิ่งเร้าใดที่มีความคล้ายกันจะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน 2) หลักแห่งความใกล้ชิด (Principle of Proximity) สิ่งเร้าที่มีความใกล้กันจะรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน 3) หลักแห่งความสมบูรณ์ (Principle of Closure) เป็นการรับรู้สิ่งที่ไม่สมบูรณ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและ 4) ความคงที่ของการรับรู้ (Perceptual Constancy) ความคงที่ในการรับรู้มี 3 ประการ ได้แก่ 1) การคงที่ของขนาด 2) การคงที่ของรูปแบบ รูปทรง และ 3) การคงที่ของสีและแสงสว่าง การรับรู้ที่ผิดพลาด แม้ว่ามนุษย์มีอวัยวะรับสัมผัสถึง 5 ประเภท แต่มนุษย์ก็ยังรับรู้ผิดพลาดได้ เช่น ภาพลวงตา การรับฟังความบอกเล่า ทำให้เรื่องบิดเบือนไป การมีประสบการณ์และค่านิยมที่แตกต่างกัน ดังนั้น การรับรู้ถ้าจะให้ถูกต้อง จะต้องรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสหลายทางและผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองให้มากขึ้น

#### 2.5.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

สิ่งเร้าอย่างเดียวกัน อาจจะทำให้คนสองคนสามารถรับรู้ต่างกัน ได้ เช่น คนหนึ่งมองว่าคนอเมริกันน่ารัก แต่อีกคนมองว่าคนอเมริกันเป็นชาติที่น่ารักน้อยกว่าคนอังกฤษ

เพราะในใจเขาอาจชอบคนอังกฤษมากกว่า ซึ่งก็แล้วแต่มุมมองของแต่ละคน แล้วแต่การรับรู้ของแต่ละคน การที่มนุษย์สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างและจะรับรู้ได้ดีหรือมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น ประสบการณ์ วัฒนธรรม การศึกษา เป็นต้น ดังนั้น การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะใดขณะหนึ่งนั้น จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มี 2 ประเภท คือ 1) อิทธิพลที่มาจากภายนอก ได้แก่ ความเข้มและขนาดของสิ่งเร้า (Intensively and Size) การกระทำซ้ำๆ (Repetition) สิ่งที่ตรงกันข้าม (Contrast) การเคลื่อนไหว (Movement) 2) อิทธิพลที่มาจากภายใน ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) การคาดหวัง (Expectancy) ความสนใจ อารมณ์ ความคิด และจินตนาการ ความรู้สึกต่าง ๆ

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ยังเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับรู้ คือ การที่ บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อนหรือหลัง มากหรือน้อยอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้ด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะสัมผัส เช่น หู ตา จมูก และอวัยวะสัมผัสอื่น ๆ ปกติหรือไม่ มีความรู้สึกรับสัมผัสสมบูรณ์เพียงใด เช่น หูตึง เป็นหวัด ตาเอียง บอดสี สายตาสั้น สายตาสั้น ผิวหนังชา ตายด้าน ความชรา ถ้าคิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพ ก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไป ต้อยสมรรถภาพในการรับรู้ไปด้วย ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัสจะทำให้รับรู้ได้ดี การรับรู้บางอย่างเกิดจากอวัยวะรับสัมผัส 2 ชนิดทำงานร่วมกัน เช่น ลิ้นและจมูกช่วยกันรับรูรส การรับรู้จะมีคุณภาพดีขึ้นถ้าเราได้รับสัมผัสหลายทาง เช่น เห็นภาพและได้ยินเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้เราแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้องขึ้น อีกประการหนึ่งต้องขึ้นกับขอบเขตความสามารถในการรับรู้ด้วย คือ ขอบเขตความสามารถโดยธรรมชาติในการรับรู้ของคน ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับสัมผัส และความสามารถในการแปลความหมายของสิ่งเร้า ความสามารถของอวัยวะสัมผัสมีขอบเขตจำกัด ไม่สามารถรับสัมผัสสิ่งเร้าได้ทุกชนิด แสงที่มีความเข้มน้อยเกินไป วัตถุขนาดเล็กมากเราไม่สามารถมองเห็นได้ พวกรังสี คลื่นวิทยุ ประสาทหูรับไม่ได้ เสียงที่เบาเกินไป จนไม่ทำให้แก้วหูสั่นสะเทือนเราก็ไม่ได้ยิน ขนาดหรือความเข้มของสิ่งเร้า ที่สามารถทำให้อวัยวะสัมผัสเกิดความรู้สึกได้ เรียกว่า Threshold การเปลี่ยนแปลงความเข้มหรือขนาดของสิ่งเร้า เพื่อให้บุคคลสามารถรับรู้ได้ เรียกว่า The Differential Threshold ดังนั้น ลักษณะของผู้รู้ด้านกายภาพ หรือสรีระวิทยาของบุคคลจะต้องสมบูรณ์ การรับรู้จึงจะแปลความหมายออกมาได้ 2) ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคน ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ นั้นมีหลายประการ เช่น ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สถิติปัญญา

การสังเกตพิจารณา ความสนใจความตั้งใจ ทักษะค่านิยม วัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นผลจากการเรียนรู้เดิม และประสบการณ์เดิมทั้งสิ้น นักจิตวิทยาถือว่าการรับรู้ นั้น เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกสรรอย่างยิ่ง (High Selective) เริ่มตั้งแต่รับสัมผัส เลือกเอา เฉพาะที่ต้องการและแปลความให้เข้ากับตนเองบุคคลจึงจะเลือกรับรู้ นอกจากนี้แล้ว Novabizz.com [Online, 2005-2013 สืบค้น 14/06/2513] ได้อ้างถึงลักษณะของผู้รับรู้ทางด้าน จิตวิทยาว่ายังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ จำนวน 14 ประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้เดิม 2) ความ ต้องการหรือความปรารถนา 3) สภาวะของจิตหรืออารมณ์ 4) ทักษะคิด 5) อิทธิพลของสังคม (6) ความตั้งใจ 7) ความสนุกสนานเพลิดเพลินที่มีผลต่อการรับรู้ 8) แรงจูงใจ 9) คุณค่าและความ สนใจที่มีผลต่อการรับรู้ 10) ความดึงดูดในทางสังคม 11) สถิติปัญญา 12) การพิจารณาสังเกต 13) ความพร้อมหรือการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ และ 14) ความคาดหวัง

จากการศึกษาความหมายและองค์ประกอบของการรับรู้ พอสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ที่มาสัมผัสแล้วจะแปลความหมายของ สิ่งเร้า ออกมาโดยอาศัยประสบการณ์ในอดีต ค่านิยม ทักษะคิด และปทัสถานทางสังคม นั่นคือ เกิดการเรียนรู้ขึ้น จนทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ต่อสิ่งกระตุ้น และตั้งใจที่จะแสดง พฤติกรรมสนองต่อสิ่งเร้า นั้นด้วยตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต ของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัสกับเหตุการณ์ หรือ ได้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับความสำคัญของโลหิตต่อชีวิตมนุษย์ สภาพการขาดแคลนโลหิตที่ให้กับผู้ป่วย ในแต่ละช่วงเวลา และการบริจาคโลหิตที่ปลอดภัยทั้งผู้บริจาคและผู้รับโลหิต การปฏิบัติตน ก่อนบริจาค ขณะบริจาค และหลังการบริจาคโลหิตที่ถูกต้องเหมาะสม ข้อจำกัดของบุคคลใน การบริจาคโลหิต การปฏิบัติตนที่เป็นการส่งเสริมให้สภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพที่ดีเหมาะสมต่อการบริจาคโลหิต การรับรู้ วัน เวลา และสถานที่บริจาคโลหิตที่เดินทางสะดวก ง่ายต่อการเข้าถึง ตลอดจนความประทับใจต่อบริการที่ได้รับจากหน่วยรับบริจาคครั้งก่อน ซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารนี้อาจมาจากประสบการณ์บริจาคโลหิตของตนเอง หรือการได้รับรู้ ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือราชการ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต หอ กระจายข่าวประจำหมู่บ้าน รวมถึงสื่อที่เป็นบุคคล เช่น พ่อ แม่ ครู อาจารย์ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น และได้แปล ความหมายของข้อมูลข่าวสาร ตามความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์เดิม ส่งผลให้เกิดเป็น ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโลหิต และการบริจาคโลหิต เกิดทัศนคติที่ดี เกิดการยอมรับและ

สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดเป็นความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิตเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์และคนสังคม และเกิดการบริจาคโลหิตโดยสมัครใจไม่หวังสิ่งตอบแทน

### 2.5.6 การวัดการรับรู้

การวัดการรับรู้ นั้น เตือนจิตร แก้วเลิศ (2552 : 53-54) ศึกษา การรับรู้การบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิต ในจังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน สร้างแบบสอบถามวัดการรับรู้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ เป็น 5,4,3,2 และ1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ จำนวน 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้อันตรายต่อสุขภาพ 2) การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต 3) การรับรู้อุปสรรคของการบริจาคโลหิต 4) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 5) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 6) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการบริจาคโลหิต และ 7) ด้านอิทธิพลเพื่อนและครอบครัว นำไปหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา เชิงโครงสร้าง และด้านภาษา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับ (IOC) โดยการอ้างอิงจาก พรหมพรณ อุคมนตรี (2546 : 116) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.89 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยการอ้างอิงจาก ยุทธ ไกยวรรณ (2549 : 134) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

เนื่องจากการรับรู้ คือ คุณสมบัติทางความคิดของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น อันเนื่องจากการมีความรู้ ความเข้าใจหรือมีประสบการณ์ในสิ่งนั้น ๆ โดยการแปลความหมายสิ่งที่สัมผัสให้เกิดเป็นความรู้ความเข้าใจ สามารถวัดการรับรู้ได้โดยการวัดความคิดเห็นของบุคคล อาจใช้แบบทดสอบ หรือแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการวัด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้ ในการวิจัยขั้นตอนที่ 1 ส่วนที่ 4 สอบถามเกี่ยวกับ การรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิต และรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการขาดแคลนโลหิต มีข้อความวัดการรับรู้ จำนวน 10 ข้อ โดยแบบสอบถามวัดระดับการรับรู้ เป็นมาตราเรียงอันดับ จาก การรับรู้มากที่สุด การรับรู้มาก การรับรู้ปานกลาง การรับรู้น้อย และการรับรู้ที่น้อยที่สุด โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

### 2.5.7 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้การบริจาคโลหิต

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต จากการศึกษาของ วรรณิการ์ เศษะอุดม โภคา (2544 : ก) ที่ได้ศึกษา เรื่อง การเปิดรับข้อมูลข่าวสารความต้องการบริจาคโลหิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจ มีความสัมพันธ์กับ



ทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต การเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน และสื่อบุคคลมี ความสัมพันธ์กับความต้องการบริจาคโลหิต ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์ กับความต้องการบริจาคโลหิต ทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์กับการบริจาค โโลหิต ตัวแปรที่ทำนายการบริจาคโลหิตได้ดีที่สุด คือความรู้เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาค โโลหิต การศึกษาของ ธนิตา บุตรคล้าย (2544 : ก) และ อรุมา ช่วยเรือง (2546 : ก) ที่ ทำการศึกษา พบว่า บุคคลที่ชักชวนและมีอิทธิพลในการตัดสินใจบริจาคโลหิตครั้งแรก 3 อันดับแรก คือ เพื่อน ครู-อาจารย์ และคนในครอบครัว ตามลำดับ การศึกษาของ กรองทอง เพ็ชรวงษ์ (2544 : ก) ได้ศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อนำมาใจ บุคลากรภาครัฐ และเอกชนให้มาบริจาคโลหิต ผลการศึกษา พบว่า การเปิดรับสื่อบุคคลมี ความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต การเปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับ ทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต การเปิดรับสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริจาค โโลหิต ความรู้เรื่องการบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริจาคโลหิต และ การศึกษา ของ เสาวนีย์ อิศรเดช (2548 : ก) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาค โโลหิตของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กลุ่มตัวอย่างคือนิสิต ของมหาวิทยาลัยศรีนคริน ทรวิโรฒ จำนวน 300 คน เคยบริจาคโลหิต จำนวน 100 คน ไม่เคยบริจาคโลหิต จำนวน 200 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อันตรายเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต และการรับรู้อุปสรรคของ การบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ ประโยชน์ของการบริจาคโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ส่วน ผลการศึกษาของ Nilsson and Sojka. (2008 : 38) ที่พบว่า แรงผลักดันที่มีอิทธิพล ต่อการบริจาคโลหิตครั้งแรก คือ เพื่อน ร้อยละ 47.2 และการร้องขอผ่านสื่อหรือการโฆษณา ร้อยละ 23.5

สถานที่และความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่รับบริจาคโลหิต จากผล การศึกษาของ Schlumpf et.al. (2007 : 75) ที่พบว่า ท่าเลที่ตั้งในการรับบริจาคโลหิตมี ความสัมพันธ์ต่อการกลับมาบริจาคโลหิตภายใน 12 เดือน ในทิศทางบวก และการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 :ก) ; และ Oswalt . (1977 : 78) ที่พบว่า ผู้บริจาคโลหิตที่สามารถ เข้าถึงสถานที่รับบริจาคได้สะดวก คือ การเดินทางที่สะดวก สถานที่รับบริจาคตั้งอยู่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการบริจาคโลหิตในทิศทางบวก ผู้ที่บริจาค โโลหิตประจำสม่ำเสมอมักพบกับความไม่สะดวกของสถานที่ที่จะไปบริจาคโลหิตทำให้อัตรา

อัตราการบริจาคนโลหิตลดลง และจากผลการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) ที่พบว่า ในกลุ่มนักเรียนที่ไม่มาบริจาคโลหิตให้เหตุผลว่าตนเองไม่รู้ว่าจะไปบริจาคที่ไหน

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการบริจาคโลหิต 2) ประสบการณ์การบริจาคโลหิตและการเคยได้รับ โลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริจาคโลหิต และ 3) ปัจจัยด้านการเดินทางและสถานที่บริจาค โลหิต มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิต และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริจาคโลหิต

## 2.6 ปัญหาและอุปสรรคของการบริจาคโลหิต

ปัจจัยด้านปัญหาและอุปสรรคของการบริจาคโลหิต ได้แก่ ความรู้สึกกลัวเข็ม กลัวเจ็บ หรือกลัวเลือด ความไม่สะดวกของเวลาและสถานที่ การไม่รู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง มีผู้ศึกษาได้รายงานไว้ อาทิ อรุณี สุภนาม (2538 : ก) ได้ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของเยาวชน จากสถาบันการศึกษา ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากว่า กลุ่มผู้บริจาคอายุน้อยสามารถบริจาคโลหิตได้นานกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนั้น เยาวชนยังเป็นกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อ โรคใน โลหิตที่บริจาคน้อยที่สุด การศึกษา พบว่า ผู้ที่ไม่เคยบริจาคโลหิตระบุสาเหตุสำคัญเป็นเพราะ กลัวเข็ม/กลัวเจ็บ ร้อยละ 55.7 กลัวติดเชื้อโรค ร้อยละ 42.8 และยังพบว่า สาเหตุที่ไม่อยากบริจาคอีกคือ ความพอใจการให้บริจาคของทีมงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่มีอหิณห์ หาเส้น ไม่เจอ ดูแลผู้บริจาคไม่ทั่วถึง เสียเวลารอนาน จากสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เคยบริจาคโลหิตไม่บริจาคอีกต่อไป ร้อยละ 22.7 และหยุดชะงักการบริจาคโลหิต ร้อยละ 36.3 และจากผลการศึกษาของ กฤษณ์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง (2540 : ก) ได้ศึกษา เรื่องการงดบริจาคโลหิต ด้วยตนเองในผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย ผลการศึกษา พบว่า อัตราการงดบริจาคโลหิต ร้อยละ 15.3 พบการงดบริจาคโลหิตในผู้บริจาครายใหม่ ร้อยละ 26.6 เพศหญิง งดบริจาค ร้อยละ 19.5 สาเหตุการงดบริจาคโลหิตด้วยตนเอง คือ ความเข้มข้นของโลหิตต่ำ การรับประทานยาปฏิชีวนะ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่สามี ภรรยา โดยไม่สวมถุงยางอนามัย ภายในเวลา 3 เดือน และในส่วนของการศึกษาของ ธนิตา บุตรกล้าย (2544 : ก) และ อรุณา ช่วยเรือง (2546 : ก) ที่พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เคยบริจาคโลหิต แต่ในรอบปีที่ผ่านมาไม่ได้บริจาคโลหิต ให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาที่จะไปบริจาค ไม่รู้ว่าจะไปบริจาคที่ไหน กลัวเข็ม กลัวเจ็บ กลัวเลือด กลัวติดเชื้อ และพักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพไม่

แข็งแรง ตามลำดับ จากผลการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) พบว่า ระยะเวลาเดินทาง มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการบริจาคโลหิตในเชิงลบ ยังพบผลการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) ที่พบว่า การบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์กับการบริจาคเงิน และสิ่งของในทิศทางตรงกันข้าม จากผลการศึกษาของ ณัฏชา จำรูญจันทร์ (2552 : 71-122) ได้ศึกษา เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการบริจาคโลหิตซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ราย เคยบริจาคโลหิตจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่บริจาคโลหิตเพียง 1 ครั้งต่อปี (ในปี พ.ศ. 2551) หรือผู้บริจาคโลหิตที่ไม่มาบริจาคโลหิตทุกปี (ในช่วง พ.ศ. 2548 - 2551) เพราะไม่มีเวลาไปบริจาคโลหิต รองลงมาคือ ไม่สะดวกในการเดินทางไปบริจาคโลหิต ระดับที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อจำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทาง แรงจูงใจด้านสิทธิการรักษาพยาบาล แรงจูงใจด้านบุญกุศล แรงจูงใจจากการรับรู้ความต้องการโลหิต แรงจูงใจเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ระดับความพึงพอใจบริการของเจ้าหน้าที่ โครงการรณรงค์เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ระดับความกลัวเข็ม กลัวเจ็บ กลัวเลือด จากผลการศึกษา ของ สุรัชย์ จันทะวารีย์ (2553 : 175-183) ได้รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินผลผู้บริจาคโลหิต ที่ไม่ผ่านการคัดเลือกของโรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ไม่ผ่านการคัดเลือกในผู้บริจาคโลหิตรายเดิมมากกว่ารายใหม่ร้อยละ 21.9 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สาเหตุในการงดบริจาคโลหิตมากที่สุด คือ ความเข้มข้นโลหิตต่ำ ร้อยละ 38.4 ผลการตรวจฮีโมโกลบินของผู้บริจาคที่ได้รับการปฏิเสธให้งดบริจาคเนื่องจากมีภาวะซีด ภายหลังจากรับประทานยาธาตุเหล็กแล้ว จำนวน 13 ราย พบว่า 12 รายสามารถกลับมาบริจาคโลหิตได้ มีเพียง 1 รายที่ค่าฮีโมโกลบินไม่เปลี่ยนแปลงซึ่งรายนี้ไม่เคยบริจาคโลหิตมาก่อน โดยสรุปในการศึกษานี้ ภาวะซีดหลังการบริจาคโลหิตเป็นสาเหตุให้งดบริจาคโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การดำเนินการคือเน้นให้ความสำคัญของการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กให้ครบตามจำนวนที่แจกให้ รวมถึงให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้บริจาคโลหิตให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กด้วย หากจำเป็นต้องงดบริจาคโลหิต สามารถบริจาคโลหิตได้อีกภายหลังจากที่ระดับความเข้มข้นโลหิตเพียงพอตามเกณฑ์การยอมรับในทางการแพทย์ จากการศึกษาของ เพชรรัตน์ วอนเพียร (2550 : ก) Oswalt. (1977 : 36) ; Schlumpf et.al. (2007) ที่พบว่า ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่รับบริจาคโลหิตส่งผลให้ผู้บริจาคโลหิตมากขึ้น จากผลการศึกษาของ Oswalt. (1977 : 36) พบว่า ผู้ที่บริจาคโลหิตประจำสม่ำเสมอมักพบกับความล่าช้าในการให้บริจาค เช่น ความล่าช้าในขั้นตอนการบริจาคโลหิต จึงทำให้อัตราการบริจาคโลหิตลดลง และการไม่มาบริจาคโลหิต คือ ความกลัว เข็ม กลัวเลือด ความอ่อนเพลีย

กลัวการเจาะปลายนิ้ว เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการเจาะหู ความเพิกเฉยเอ็นชาของเจ้าหน้าที่ ปฏิกริยาหลังการบริจาคเลือด และความไม่สะดวกสบาย เหล่านี้ทำให้ไม่อยากบริจาคโลหิต เมื่อมาถึงหน่วยแล้วอยากหันหลังเดินกลับ "Pat-on-the-back" และจากการศึกษาของ Nguyen and others (2007 : 28 ) รายงานไว้ว่า ระดับความพึงพอใจในกระบวนการทั้งหมดของการบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่กลับมาบริจาคโลหิตในอนาคต ในทิศทางบวก จากผลการศึกษาของ Schlumpf et.al. (2007 ) พบว่า ผู้บริจาคที่สภาพร่างกายดีในช่วงบริจาคครั้งสุดท้าย มีความเป็นไปได้ที่จะกลับมาบริจาคโลหิตภายใน 12 เดือน มากกว่าผู้ที่มีอาการผิดปกติทางร่างกายหลังจากการบริจาคโลหิต จากการศึกษา ของ Germain, M (2007: 63-70) ได้ศึกษา การตัดสินใจกลับมาบริจาคซ้ำสำหรับกลุ่มที่บริจาคครั้งเดียวและกลุ่มที่กลับมาบริจาคซ้ำ โดยสุ่มตัวอย่างจาก กลุ่มที่บริจาคครั้งเดียว และผู้ที่กลับมาซ้ำใน 6 เดือน ศึกษา ย้อนหลังภายใน 2 ปี จากผู้บริจาคทั้งหมด จำนวน 1,672 คน กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้ จำนวน 1,280 คน ผู้บริจาคครั้งเดียวมีแรงจูงใจต่ำ และมีความสนใจในการบริจาคโลหิตน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้บริจาคที่ไม่กลับมาบริจาคซ้ำ พบในผู้ที่มีอายุน้อยเพศหญิง ผู้ที่กลับมาบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การบริจาคครั้งสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้สรุปว่า: ประสบการณ์การบริจาคในทางบวก เป็นปัจจัยที่สำคัญของพฤติกรรมการบริจาคโลหิต และจากการศึกษาของ Nilsson and Sojka (2008) พบว่า อุปสรรคในการเป็นผู้บริจาคโลหิตสม่ำเสมอส่วนใหญ่ ได้แก่ ความเกียจคร้าน การกลัวเข็ม กลัวเป็นลมหน้ามืด กลัวเลือด และไม่มีเวลา ตามลำดับ

## 2.7 พฤติกรรมตั้งใจบริจาคโลหิต

### 2.7.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคล ที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น โดยลักษณะของพฤติกรรมมี 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมภายนอก (Over Behavior) หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เป็นต้น และ 2) พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถที่จะรู้หรือทราบได้ว่ามีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือต่าง ๆ เช่น ความคิด ความฝัน เจตคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เณิมพล ตันสกุล, 2549 : 9 )

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรม คือ การกระทำหรือแสดงออกของมนุษย์ วัดทั้งทางตรง และทางอ้อม พฤติกรรมมี 2 อย่าง คือ 1) พฤติกรรมภายนอก ที่มองเห็นได้ และที่ต้องใช้ เครื่องวัด เช่นการเต้นของหัวใจ และ 2) พฤติกรรมภายในซึ่งสังเกตได้จากการกระทำ

### 2.7.2 หลักการเกิดพฤติกรรม

หลักของการเกิดพฤติกรรม นั้นมีผู้กล่าวไว้ อาทิ จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ (2546 : 12) ให้ข้อคิดไว้ว่า หลักการเกิดของพฤติกรรม จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) การเกิดของพฤติกรรมต้องมีสาเหตุ 2) พฤติกรรมที่มีสาเหตุเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมเดียวกันก็ได้ 3) การแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่งๆอาจมาจากหลายสาเหตุ 4) พฤติกรรมที่ต่างกันอาจมาสาเหตุเดียวกันก็ได้ และ 5) นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1) แนวคิดที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของตนเอง รากฐานของแนวความคิดนี้ ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลอันได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่สัมฤทธิ์ ดังนั้น พฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจแนวคิดนี้ จึงมุ่งศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น 2) แนวคิดที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรม เกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รากฐานของแนวคิดนี้อยู่บนสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์นี้จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสิ่งแวดล้อม ระบบสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสตร์ องค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม และ 3) แนวคิดที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรม มาจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย รากฐานของแนวความคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน

จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 แนวคิด ได้พัฒนามาจาก หลักการวิเคราะห์การเกิดของพฤติกรรมที่ว่า การแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่ง ๆ อาจมาจากหลาย ๆ สาเหตุ ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมจึงต้องอาศัยผู้มีความรู้ ความชำนาญมาจากหลายอาชีพ เพื่อร่วมกันดำเนินงานการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม

### 2.7.3 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การปรับนิสัย การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น เลิกแอลกอฮอล์ เลิกบุหรี่ ล้วนเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ เป็นการยากที่จะปลุกพลังใจให้พยายามได้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับคนที่พยายามแล้ว ไม่สำเร็จหรือสำเร็จแล้วกลับล้มเหลวใหม่อีก Prochaska JO, Velicer WF. (1997 : 38-48) ที่มหาวิทยาลัยโรดไอส์แลนด์ได้เฝ้าสังเกตพฤติกรรมของคนเลิกบุหรี่ โดยวิเคราะห์ประกอบกับทฤษฎีทางจิตบำบัดหลายทฤษฎี แล้ว สรุปออกมาเป็นทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model) ออกมาเผยแพร่ ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง ตัวอย่างทฤษฎีมี ดังนี้ 1) หลักขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นยังไม่สนใจ (Precontemplate) ยังไม่เห็นแววว่าจะเอาจริง อย่างน้อยก็ยังไม่เอาจริงภายใน 6 เดือนข้างหน้า บุคคลมักจะติดอยู่ที่ขั้นนี้นาน ส่วนใหญ่เป็นเพราะได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนต้องแท้ อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะเคยลองมาแล้วไม่สำเร็จ เลยไม่เชื่อว่าตนเองจะทำได้ เรียกว่ามีวิกฤตความเชื่อถือตนเอง จึงใช้วิธีหันหลังให้ ไม่สนใจ ไม่ทำ 2) ขั้นสนใจแต่รอฤกษ์ (Contemplate) สนใจที่จะทำแล้ว แต่ยังรั้งรออยู่บ้าง ประมาณว่าในหกเดือนข้างหน้าคงจะได้ลงมือทำแน่นอน 3) ขั้นตัดสินใจทำ (Preparation) เป็นขั้นตั้งใจเอาจริงแน่นอน วางแผนเป็นรูปธรรมแล้ว ประมาณว่าไม่เกินหนึ่งเดือนข้างหน้าคงจะได้ลงมือทำจริง 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) คือลงมือปฏิบัติไปแล้ว แต่ยังต่อเนื่องมาได้ไม่เกินหกเดือน 5) ขั้นทำได้ยึด (Maintenance) ปฏิบัติได้แล้ว ต่อเนื่องเกิน 6 เดือน แต่ยังไม่เกิน 5 ปี ยังพยายามทำอยู่มีความเสี่ยงจะกลับไปใช้นิสัยเดิมอยู่เหมือนกัน แต่ก็พยายามที่จะไม่กลับไป และ 6) ขั้นสำเร็จแน่แล้ว (Termination) เปลี่ยนพฤติกรรมได้แน่นอนแล้วไม่กลับไปทำแบบเก่าอีกเด็ดขาด 2) หลักกระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง (Process of Change) กระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง ที่ทฤษฎีนี้แนะนำไว้มี 10 วิธี ได้แก่ 1) ปลุกจิตสำนึก (Conscious Raising) เป็นการใช้วิธีต่าง ๆ บอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยน และผลดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้การศึกษา

อธิบาย ตีความหมาย ให้ฟัง บอกให้รู้ตรง ๆ หรืออรรถรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ 2) ใช้การเล่นละคร (Dramatic Relief) เพื่อกระตุ้นหรือผลักดันจิตใจอารมณ์ ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง เช่น การให้ลองเล่นเป็นคนอื่นดู (Role Play) ให้สามีและภรรยาเล่นละครสลับบทบาทกัน เพื่อสะท้อนความความรู้สึกต่อพฤติกรรมเลี้ยงต่อสุขภาพของกันและกัน การใช้ตัวละครโฆษณา แสดงความรู้สึกผิดหรือเสียใจที่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น 3) การใคร่ครวญผลต่อตนเอง (Self Reevaluation) เช่น จินตนาการว่าถ้าเอาแต่นอนดู โทรทัศน์ ภาพของตนเองต่อไปจะเป็นอย่างไร ถ้าขยันขันแข็งออกกำลังกายทุกวัน ภาพของตนเองจะเป็นอย่างไร 4) การใคร่ครวญผลต่อสังคมรอบข้าง (Social Reevaluation) เช่น นึกต่อไปว่าถ้าตนเองดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ต่อไปเรื่อยๆจะเป็นอย่างไร เป็นต้น 5) การปลดปล่อยตนเอง (Self Liberation) คือ การพยายามให้มีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง งานวิจัยบ่งชี้ว่าถ้าคนเรามีทางเลือกสองทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกทางเดียว ถ้ามีทางเลือกสามทาง จะมีมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกสองทาง ยกตัวอย่างการให้ทางเลือกเช่น ถ้าจะเลิกบุหรี่ก็ให้เลือกได้สามทาง จะเลิกแบบหักดิบก็ได้ แบบกินนิโคตินทดแทนก็ได้ หรือ เลิกแบบค่อยๆลดลงก็ได้ เป็นต้น 6) การปลดปล่อยสังคม (Social Liberation) คือ อาศัยความรู้สึกว่าเป็นการปลดปล่อยจากการถูกกดขี่เอาเปรียบทางสังคม มาเป็นตัวสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพชนกลุ่มน้อย เป็นต้น 7) ให้เรียนรู้สิ่งตรงกันข้าม (Countercondition) เช่น ให้เรียนรู้การสนองตอบแบบผ่อนคลายเพื่อแก้ปัญหาเครียด ให้เรียนรู้การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาการทนแรงกดดันจากเพื่อนชวนไม่ได้ เป็นต้น 8) บังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม (Stimulus Control) เช่น สร้างที่จอดรถให้ห่างที่ทำงาน เพื่อบังคับให้ต้องเดิน ติดตั้งงานศิลปกรรมไว้ข้างบันได เพื่อชักจูงให้ขึ้นลง 9) จงใจใช้แผนกระตุ้น (Contingency Management) เช่น การตรวจรางวัลถ้าทำสิ่งที่ดีกว่า การชื่นชมผลงาน หรือแม้กระทั่งการลงโทษถ้าไม่เลิกสิ่งที่ไม่ดี และ 10) กัลยาณมิตร (Helping Relationship) เช่น การเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ การมีบุคคลใกล้ชิดคอยสนับสนุน

งานวิจัยพบว่า แต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง คนเราจะต้องการวิธีช่วยที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในระยะที่ยังไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลง วิธีที่ช่วยได้คือการปลุกจิตสำนึกให้ข้อมูล ชักจูงให้เกิดอารมณ์อยากทำด้วยวิธีต่าง ๆ ในระยะที่สนใจแต่ยังไม่ตัดสินใจ วิธีที่ช่วยได้คือ การใคร่ครวญผลต่อตนเองและต่อสังคม พอมาอยู่ในขั้นตัดสินใจทำ สิ่งที่จะช่วยได้คือ การปลดปล่อยทางเลือกให้ตัวเอง พอมาอยู่ในขั้นลงมือทำ สิ่งที่จะช่วยได้คือการใช้แผนกระตุ้น การบังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม การทำสิ่งตรงข้ามที่ดีกว่า และการมีกัลยาณมิตรและการใช้

กัลยาณมิตรให้ถูกต้อง 3) หลักดุลการตัดสินใจ (Decisional Balance) หลักข้อนี้มีอยู่ว่า แต่ละคนจะเปลี่ยนแปลงอะไร ก็ต้องตั้งต้นด้วยการชั่งน้ำหนักดีหรือเสีย เหตุผลที่ควรเปลี่ยนแปลง เหตุผลที่ไม่ควรเปลี่ยนแปลง การหาเหตุผลมาสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงให้ได้มากที่สุด จะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ง่ายที่สุด 4) หลักความยืนยันหัดและสิ่งเข้ายวน (Self Efficacy and Temptation) ความยืนยันหัด (Self Efficacy) หมายถึง ความมั่นคงในทิศทางที่ตั้งใจไว้ แม้ในสถานการณ์ที่สั่นคลอน ซึ่งต้องต่อสู้กับสิ่งเข้ายวน (Temptation) ซึ่งหมายถึง ความแรงของสิ่งที่มาชักจูงให้ใจอ่อนหันเหกลับไปสู่วิถีเดิม ๆ ก่อนการเปลี่ยนแปลง การจะเปลี่ยนแปลงให้สำเร็จต้องคอยเสริมสร้างการยืนยันหัดให้หนักแน่นขึ้นทุกวัน และลดทอนสิ่งเข้ายวนให้เหลือน้อยที่สุด ทุกคนที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง ต้องหักเอาทฤษฎีนี้ไปใช้กับตนเอง ใช้ตนเองนั้นแหละเป็นที่เลี้ยงให้ตนเอง ก่อนอื่นต้องถามตัวเองก่อนว่าอยู่ ณ ชั้นไหนของการปรับเปลี่ยน คิดอยู่ที่ตรงไหน จะแก้ไขอย่างไร อย่างเช่นถ้าคิดอยู่ในขั้นที่ 1 คือยังไม่อยากทำ ก็ต้องหาแรงบันดาลใจก่อน หาเหตุผลที่คุณควรจะทำ คุณภาพชีวิตที่จะดีขึ้น และชีวิตที่จะยืนยาวขึ้น เป็นต้น ถ้าไม่อยากจะทำเพราะลึกลับ ๆ แล้วไม่เชื่อว่าตัวเองจะทำได้สำเร็จ ก็ควรไปทำอะไรกับศรัทธาหรือความเชื่อของตัวเองเสียก่อน เราต้องเชื่อก่อนว่าเราทำได้ มิฉะนั้นก็จะผ่านขั้นหนึ่งนี้ไปไม่ได้ บางครั้งความล้มเหลวเกิดจากการใจร้อนข้ามขั้น เช่น ลงมือลดน้ำหนักไปแล้ว (Action) แต่ไม่สำเร็จ เพราะไม่ได้จัดทำแผน คือไม่ผ่านขั้น Preparation ซึ่งเป็นขั้นตัดใจเอาจริงและทำแผน แผนที่ดีต้องมีเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม และสมจริง มีกรอบเวลาชัด ๆ เช่น ถ้าเป็นการออกกำลังกาย การวางแผนว่า “จะเดินให้มากขึ้น” อย่างนี้ถือว่าเป็นวิธีการและเป้าหมายที่ไม่ชัด ต้องให้ชัดแบบว่า “ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2555 เป็นต้นไป จะเดินให้ได้วันละ 5 กิโลเมตรทุกวัน” อย่างนี้จึงจะถือว่าเป็นแผนที่เป็นรูปธรรม ระหว่างปฏิบัติ แม้มีความคืบหน้าเล็กน้อย ก็อย่าลืมห้างรางวัลตัวเองปฏิบัติต่อตนเองเหมือนต่อเด็กที่เชื่อฟังผู้ใหญ่ด้วยดี เช่น เดินได้ทุกวันครบหนึ่งสัปดาห์แล้ว อย่างนี้ก็ควรได้รางวัล ประเมินและถามตนเองเป็นระยะว่า “สำเร็จไหม?” ถ้าไม่สำเร็จ ก็ประเมินสาเหตุว่าเพราะอะไร เป้าหมายนั้นมันสูงเกินไปหรือไม่ หรือมีอะไรมาขัดขวางไม่ให้ปฏิบัติได้ ประเมินแล้วก็วางแผนแก้ไข แล้วปฏิบัติใหม่อีกครั้ง ถ้าสำเร็จก็ให้ถือปฏิบัติอย่างจริงจังอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ของเรา นั่นหมายความว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสำเร็จแล้ว



#### 2.7.4 แนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

สุปรียา ตันสกุล (2550) ได้อ้างถึง ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA) TRA เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วยตนเอง (Volitional (Willful) Control) บุคคลที่มีเจตนา (Intention) จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Specific Behavior) มาจาก 2 ปัจจัย คือ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude Toward Behavior) ทศนคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ และการประเมินคุณค่าของผลกระทบนั้น ตามทฤษฎีนี้ถ้าบุคคลเชื่อว่า การทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก (Positive Outcome) เขาก็จะมีทศนคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้ว จะได้รับผลกระทบทางลบที่ไม่พึงปรารถนา (Negative Outcome) เขาก็จะมีทศนคติไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น 2) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (Subjective Norms) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง ถูกกำหนดโดยความเชื่อว่า บุคคล หรือกลุ่มที่สำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำ/ไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคล หรือกลุ่มบุคคลว่ามีมากน้อยแค่ไหน ถ้าบุคคลเชื่อว่าคนอื่น หรือกลุ่มคนที่สำคัญต่อเขา เชื่อว่าเขาควรทำพฤติกรรมนั้น และยิ่งถ้ามีแรงกดดันจากสังคมเพิ่มมากขึ้น เขาก็จะยิ่งมีแรงจูงใจที่จะทำตามเพิ่มมากขึ้น ตรงกันข้ามถ้าเขาเชื่อว่าคนที่สำคัญของเขาไม่เห็นด้วย หรือคัดค้านไม่ให้ทำพฤติกรรม และเขารู้ว่ามีแรงกดดันทางสังคมต่อต้านเพิ่มขึ้น เขาก็จะไม่คล้อยตาม และไม่ทำพฤติกรรมนั้น

มีทฤษฎีจำนวนมาก มุ่งสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง ทศนคติ (Attitude) และ พฤติกรรม (Behavior) แต่ในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action : TRA) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อทำนายว่าการที่บุคคลจะประกอบพฤติกรรมใดนั้น สามารถทำนายจากการ ทัศนคติ (Beliefs) ทศนคติ (Attitudes) และความตั้งใจกระทำ (Intention) ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาขึ้น โดย Ajzen and Fishbein (1975 : 1977) โดยทั้งสองได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ (Knowledge) และ ทศนคติ (Attitude) ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการไม่สูบบุหรี่ ขณะที่หลายทฤษฎีมุ่งเน้นที่การทำนายพฤติกรรมด้วยกรอบความเกี่ยวข้องกัน ระหว่าง ทศนคติกับพฤติกรรม แต่ Ajzen and Fishbein (1975 : 1977) ได้เสนอ กรอบความเกี่ยวข้องกัน ระหว่างความเชื่อ (Beliefs) ทศนคติ (Attitude) ความตั้งใจ (Intention) พฤติกรรม (Behavior) แนวคิดทฤษฎีนี้ เชื่อว่า มนุษย์โดยปกติจะเป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อตนเอง อย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุถึงการตัดสินใจของตน พฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนด โดยขาดการพิจารณามาก่อน ยิ่งกว่านั้นยังเชื่อว่า ได้มีการพิจารณา สิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล จะมีตัวกำหนดที่สำคัญ 2 ประการ คือ ทศนคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง ในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยที่พฤติกรรมความตั้งใจ (Behavioral Intention) สามารถทำนายได้โดยสมการ

$$B \sim BI = W1 (A) + W2 (SN)$$

โดยที่ B หมายถึง พฤติกรรม (Behavior)

BI หมายถึงความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Intention)

A หมายถึง ทศนคติต่อการกระทำในพฤติกรรม

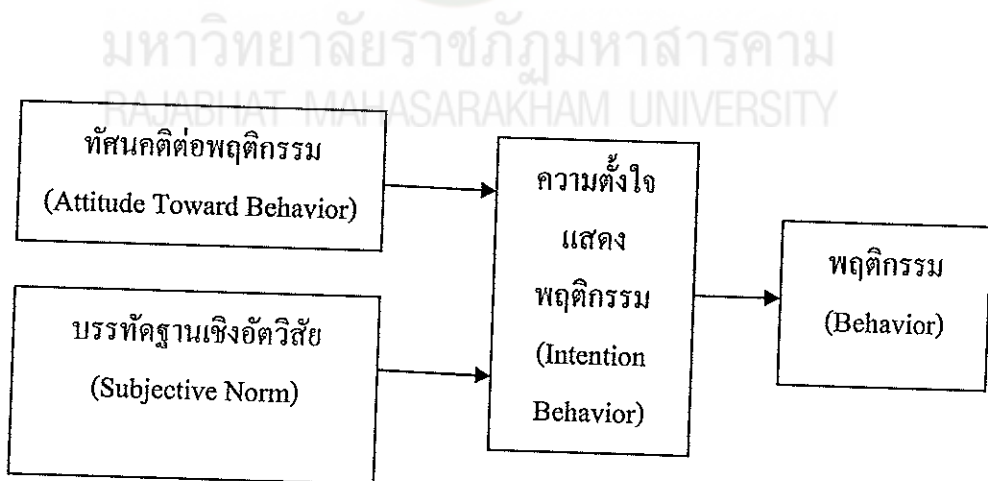
(Attitude Toward Performing the Behavior)

SN หมายถึงการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง หรือ บรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย

(Subjective Norm)

W1 และ W2 หมายถึง น้ำหนักความสำคัญของทศนคติกับการคล้อยตามสิ่งอ้างอิงตามลำดับ

เป้าหมายของทฤษฎีนี้คือการทำนายและการเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen and Fishbein, 1980 : 65) ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีนี้คือความตั้งใจของมนุษย์ที่กระทำหรือไม่กระทำถูกกำหนดโดยเกณฑ์ของพฤติกรรม (Behavioral Criterion) ซึ่งทฤษฎีนี้เสนอว่าปัจจัยในการกำหนดความตั้งใจของมนุษย์คือ ทศนคติและการคล้อยตามสิ่งอ้างอิงดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 : โมเดลแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา : Fishbein, M., and Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior:

An Introduction to Theory and Research. Reading, Mass. ; Don Mills, Ontario:

Addison-wesley Pub. Co.

ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Behavioral Attitudes) มีผลมาจากความเชื่อต่อพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ของบุคคลว่าการกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้นจะมีผลที่ได้รับแน่นอน และมีการประเมินผลลัพธ์ที่ออกมานั้น (Fishbien, 1980 : 26 สืบค้นวันที่ 25 สิงหาคม 2556 จาก [http://www.utcc.ac.th/thesis/academic week/2553/business/mantanaporn.pdf](http://www.utcc.ac.th/thesis/academic%20week/2553/business/mantanaporn.pdf))

ในทฤษฎีTRA กล่าวว่า ทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อ ดังนั้นการวัดความเชื่อที่มีความถูกต้อง และการประเมินผลลัพธ์จากการกระทำ จึงมีความเพียงพอในการวัดทัศนคติ ในงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นนี้หลายเรื่อง ที่มีการวัดทัศนคติแบบโดยตรง หรือวัดการแสดงออก (Affect) พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการกระทำน้อยกว่างานวิจัยที่วัดทัศนคติโดยทางอ้อมหรือวัดจากความเชื่อ (Beliefs)

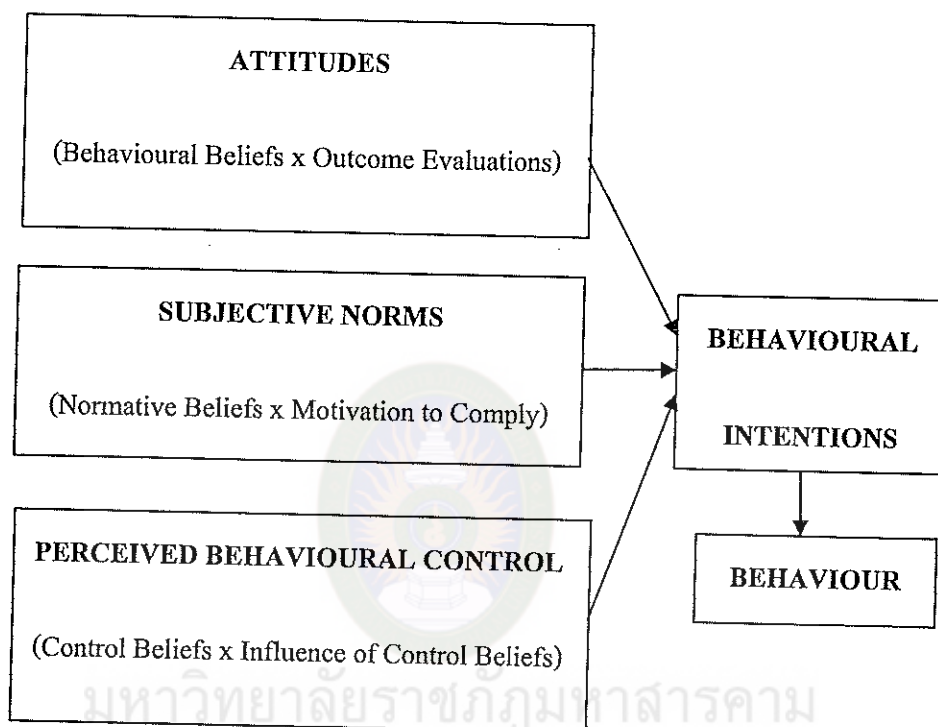
### 2.7.5 แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

สุปรียา ต้นสกุล (2550 : 73) ได้อ้างถึง ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ Ajzen, (1971) ได้เสนอ TPB ขึ้นมาใหม่โดยแยกตัวมาจาก TRA โดยเพิ่มตัวกำหนดเจตนาอีก 1 ตัว นอกเหนือจากทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control : PBC) ซึ่ง Ajzen, (1971) อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ว่าเขามีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม TPBกล่าวถึงความเชื่อ เป็น 3 ชนิด คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรมและการประเมินผลกรรมนั้น (Behavioral Beliefs) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับการจะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ และความสามารถที่จะทำพฤติกรรม (Control beliefs) ดังนั้นทัศนคติต่อการทำพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จึงร่วมกันมีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม ซึ่งถ้าบุคคลมีทัศนคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงสนับสนุน และเชื่อว่าตนควบคุมพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร บุคคลนั้นยิ่งจะมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น และเมื่อมีเจตนาที่หนักแน่นก็จะนำไปสู่การทำพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุคคลยังมีระดับของความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ และมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้ เขาจะยังมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมเพิ่มขึ้น นำไปสู่โอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น และจากมนตรี พิริยะกุล (2551 จาก <http://www.ru.ac.th/research/>) ได้กล่าวถึง TPB ว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดได้ ย่อมต้องมีสาเหตุ สาเหตุดังกล่าวคือทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward Behavior) การคล้อยตามอิทธิพลของครอบข้าง ทั้งใกล้และหรือไกล (Subjective

Norm) และการรับรู้ หรือเชื่อว่าตนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ ในทิศทางที่เหมาะสม (Perceived Behavior Control) นอกจากนี้ยังมีการควบคุมพฤติกรรมได้จริง (Actual Behavioral Control) มิใช่เพียงเชื่อว่าจะควบคุมได้เท่านั้น ปัจจัยทั้ง 3 นี้ (ยกเว้นปัจจัย Actual Behavioral Control) ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจหรือเจตนาที่จะแสดงพฤติกรรม และเจตนาดังกล่าวจะผลักดันให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยทั้ง 3 นี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีความเชื่อเป็นพื้นฐาน ก่อนที่จะเกิดเป็นผลของความเชื่อ ค่าของทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) การคล้อยตามอิทธิพลของรอบข้าง (Subjective Norm) และการรับรู้หรือเชื่อว่าตนสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นในทิศทางที่เหมาะสม (Perceived Behavior Control) จึงเกิดจากยอดรวมของผลคูณระหว่างระดับความเชื่อกับผลของความเชื่อ แต่เราก็สามารถวัดค่าของปัจจัยเหล่านั้นได้โดยตรง คือให้ผู้ตอบนึกถึงภาพรวมเลยไม่ต้องแยกเป็นความเชื่อ และนำเอาผลของความเชื่อคูณกัน ดูจาก Francis et.al. (2004 : 98) ทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้ได้มากมายหลายสาขาวิชา ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยเองว่า จะสนใจศึกษาพฤติกรรมอะไร คำอธิบายคำต่าง ๆ ใน TPB และคำอื่นที่ได้พูดพาดพิงไปถึงว่าสามารถนำมาผสมกับกรอบของ TPB อธิบายดังนี้ 1) Perceived Behavior Control หมายถึง การรับรู้หรือความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ โดยบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดเขาต้องเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ และมีโอกาสประสบความสำเร็จ การคล้อยตามคนรอบข้างหรือกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) เป็นการรับรู้ หรือเชื่อว่าสังคมอาจกดดันให้ทำหรือไม่ทำสิ่งนั้น กลุ่มอ้างอิงอาจเป็นคนไกล เช่น เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หรือคนใกล้คือคนในครอบครัว บุตร ภริยา สามี

2) ทัศนคติ หรือ เจตคติ (Attitude toward Behavior) คือระดับของผลการทำงานพฤติกรรมแต่ละเรื่องแต่ละประเด็น 3) ความตั้งใจ หรือ เจตนา (Behavioral Intention) คือ ความพร้อมที่จะทำพฤติกรรม 4) พฤติกรรม (Behavior) คือ การกระทำหรือการแสดงออกหรือการตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด และ 5) การรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการที่มนุษย์สื่อสารกับสิ่งรอบตัว จากนั้นจะตีความแปลความหมาย คือ วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสร้างเป็นความเข้าใจ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ได้สัมผัส เพื่อปฏิบัติต่อสิ่งนั้นอย่างเหมาะสม ตามผลการสัมผัสความเชื่อ และการตีความ คำว่าเหมาะสมขึ้นอยู่กับแต่ละคน เพราะต่างคนต่างเห็น และเนื่องจากคนเรามีพื้นฐานทางจิตใจ ความคิดและความรู้ต่างกัน เมื่อเห็นต่างก็รับรู้ต่างกัน ตีความต่างกัน เจตนาที่จะปฏิบัติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดก็จะต่างกัน และจะนำไปปฏิบัติต่างกัน เราสามารถนำการรับรู้ไปใช้คู่กับหลายอย่าง ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน จะมี Construct อยู่ 5 ตัว

แต่ละตัวที่เป็นนุปัจจัย (Antecedent) ของความตั้งใจ (Intention) จะมีค่าความเชื่อและผลของความเชื่อ ทำให้เราสามารถสร้างมาตรวัดได้โดยต้องสร้างค่าความเชื่อ และผลของความเชื่อ เมื่อเอามาคูณกันแล้วรวมค่าผลคูณ เราย่อมได้ค่าของConstruct ตามต้องการ หรืออาจสร้างมาตรวัดได้โดยวัดเป็นภาพรวม คือ ให้ผู้ตอบนึกถึงสิ่งที่ให้ตอบเป็นภาพรวม (Overall) ก็ได้ ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 : The Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991)

ที่มา : Francis, Jillian J.(2004 : 8 ; Retrieved July, 17, 2013 from [http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise\\_psych/downloads/tpb\\_manual.pdf](http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_psych/downloads/tpb_manual.pdf))

### 2.7.6 การวัดความตั้งใจบริจาคโลหิตและพฤติกรรมการบริจาคโลหิต

การวัดพฤติกรรมได้มีผู้เสนอประเภทของเครื่องมือวัดพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ต เอาไว้ เช่น การเสนอของ [api.ning.com/files/...I\\*bOWLVOSELZZXmxjSWQhKXOzk/1\\_2.ppt](http://api.ning.com/files/...I*bOWLVOSELZZXmxjSWQhKXOzk/1_2.ppt) (<https://www.google.co.th> สืบค้น วันที่ 23 สิงหาคม 2556) ได้รายงาน เครื่องมือวัดพฤติกรรม เป็น 4 ชนิด ดังนี้ 1) ชนิดที่ 1 : แบบทดสอบ (Test) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรม ประเภทความรู้ ระบุได้ว่าคำตอบนั้นผิด หรือถูก แบ่งเป็นแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ แบบทดสอบวัดความถนัด แบบวัดบุคลิกภาพ

2) ชนิดที่ 2 : การสัมภาษณ์ (Interview) ซึ่งมีประเภท 2 ประเภท คือ ของการสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) สัมภาษณ์ทุกคนเหมือนกัน และการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) ไม่กำหนดข้อคำถามตายตัว มีความยืดหยุ่น 3) ชนิดที่ 3: การสังเกต (Observation) มี 2 ประเภทคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ผู้สังเกตเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ หรืออาจร่วมกิจกรรมด้วยกัน และ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ผู้สังเกตเป็นบุคคลภายนอก และ

4) ชนิดที่ 4 : แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งมี 2 ชนิด คือ แบบสอบถามชนิดปลายเปิด (Open-ended form Question) ไม่กำหนดคำตอบไว้ เปิดโอกาสให้ตอบอิสระ และ แบบสอบถามชนิดปลายปิด (Closed form Question) ซึ่งมีคำตอบที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นให้ เลือกตอบ และจาก มนตรี พีริยะกุล (2551 from URL <http://www.ru.ac.th/research/>) ได้กล่าวถึง การวัดพฤติกรรมว่า สามารถวัดได้จากเจตนา หรือความตั้งใจ (Intention) ซึ่งหมายถึงเจตนาที่จะทำพฤติกรรมในภายหน้าซึ่ง วัดได้ 3 วิธี 1) วิธีวัดเป็นภาพรวม คำถามเดียว เช่น ถามว่า:ถ้ามีคนไข้ปวดหลัง 10 คน ท่านคาดว่าจะส่งคนไข้ไป x-ray กี่คน 2) วิธีวัด 3 คำถาม ได้แก่ คาดว่า (Expect) ต้องการ (Want) ตั้งใจ (Intend) และ 3) วิธีที่ 3 สร้างเหตุการณ์จำลอง (Scenario) ขึ้นมา 10 เรื่อง แล้วให้ตอบว่า ใช่ /ไม่ใช่ อาจถามถึงความลำบากในการตัดสินใจ การให้คะแนนความลำบากใจให้ใช้ค่าเฉลี่ยจากทุกสถานการณ์จำลองเหล่านั้น

การตั้งคำถามหมวดพฤติกรรม นั้น เพ็ญแข ลาภยิ่ง (From URL <http://www.gotoknow.org/posts/403444> สืบค้น วันที่ 23 สิงหาคม 2556) ได้นำเสนอการตั้งคำถามเชิงพฤติกรรมเอาไว้ ดังนี้ 1) การวัดค่าเป็น ใช่/ไม่ใช่ หรือ ทำ/ไม่ทำ หรือมีข้อคำตอบให้เลือก (Choices) ผู้ตอบจะตอบได้ง่ายกว่า และได้ข้อมูลตรงกว่า การวัดแบบ Likert's Scale เช่น ทำบ่อยที่สุด ทำบ่อย ปานกลาง ทำน้อย ทำน้อยที่สุด 2) ต้องใช้คำที่เจาะจงให้ผู้ตอบเข้าใจว่ากำลังถามถึง การกระทำของตัวเอง ไม่ใช่คนอื่น และไม่ได้ถาม ความเห็น 3) ข้อคำถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานั้นเอง หากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเพียงพอ จะทราบชนิด/ค่าตัวแปรจากการศึกษาอื่น ๆ และนำมาตั้งเป็นข้อคำถามและข้อเลือกตอบ หลักการข้อนี้ ใช้กับเครื่องมืออื่น ๆ ด้วย และ

4) เครื่องมือทุกชนิดต้องผ่านการทดสอบ ปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง มีน้อยกรณีที่ไม่สามารถทดสอบ ในการศึกษาของอนงค์ศรี ลิ้มศิริ วรรณิกา เรืองเดช และ ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2555 : 175-187) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎี

พฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of Planned Behavior ของ Ajzen, 1975 : 12) และปรับปรุงแบบสอบถามของ Jalalian, M. and others (2010 : 37) เครื่องมือที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ที่อยู่ในปัจจุบัน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน การดื่มสุราในปัจจุบัน การเป็นผู้บริจาคโลหิตมาก่อน และจำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต 2) ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ มีจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นคุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต จำนวน 6 ข้อ ขั้นตอนการบริจาคโลหิต จำนวน 5 ข้อ สิทธิประโยชน์ในการบริจาคโลหิต จำนวน 6 ข้อ ผลเสียจากการบริจาคโลหิต จำนวน 5 ข้อ สถานที่สำหรับบริจาคโลหิต จำนวน 3 ข้อ 3) ส่วนที่ 3 ทักษะคิดในการบริจาคโลหิต จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นด้านความเชื่อ จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้สึกลึก จำนวน 4 ข้อ ด้านแนวโน้มพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ 4) ส่วนที่ 4 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นความเชื่อเรื่องคนสำคัญ Normative Belief จำนวน 4 ข้อ การคล้อยตาม Motivation to Comply จำนวน 4 ข้อ 5) ส่วนที่ 5 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาคโลหิต จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นความเชื่อ จำนวน 3 ข้อ ผลของความเชื่อ จำนวน 2 ข้อ และ 6) ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการบริจาคโลหิต เป็น คะแนนเฉลี่ย จำนวน 3 คำถาม การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ค่าความยากง่ายแบบทดสอบความรู้ จำนวน โดยการใช้สูตรของจอห์นสัน Johnson. (1987) มีค่าในช่วง 0.2-0.8 หากค่าอำนาจจำแนก คำนวณโดยการใช้สูตรของไฟน์เลย์ (Findley) มีค่าในช่วง 0.2-0.67 และ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุด โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach. (1961) มีค่าเท่ากับ 0.83 และ การศึกษาของ Schnaubelt, A.T. (2010 : 45) ที่ได้สร้างเครื่องมือในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้บริจาคโลหิตที่เป็นทหารมีความตั้งใจบริจาคโลหิต : ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมตามแบบแผน และกลุ่มตัวอย่างเป็นทหารประเทศอเมริกายกเว้นกลุ่มทหารอากาศ

จากการประมวลเอกสารข้างต้น พอสรุปได้ว่า วิธีการวัดพฤติกรรม มีดังนี้ 1) การสัมภาษณ์ หรือ การสอบถาม 2) การสังเกต ซึ่ง เป็นการเฝ้ามองดูพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลว่า มีความดี หรือมีความยาวนานของพฤติกรรมแค่ไหน เป็นวิธีการพื้นฐานที่สุดที่นิยมใช้ในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ และ 3) การทดสอบ เช่น การใช้แบบทดสอบวัดความสามารถ แบบทดสอบวัดความเข้าใจ แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบทดสอบวัดความถนัด และ แบบทดสอบวัดความคิด เป็นต้น เครื่องมือนั้นวัดพฤติกรรมแบบให้เลือกตอบ เช่น ทำ ไม่ทำ ใช่ ไม่ใช่ ต้องการ ไม่ต้องการ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย

ถ้าการวัดเป็นแบบมาตราเรียงอันดับการวัดจะทำให้เกิดความยุ่งยากกว่า นักวิชาการบางท่านได้เสนอการวัดพฤติกรรมจากการวัด Intention ซึ่งวัดได้จากการถามความคาดหวัง ความต้องการ และความตั้งใจ โดยหาค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ด้าน

การวัดพฤติกรรมการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวัดความตั้งใจ ที่จะบริจาคโลหิตในอีก 6 เดือนข้างหน้า มาเป็นแนวทางในการวัดพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยให้ เลือกตอบว่าอีก 6 เดือนข้างหน้ามีความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิต ซึ่งให้เลือกตอบเป็น ระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ระดับความตั้งใจมากที่สุด ระดับความตั้งใจมาก ระดับความตั้งใจปานกลาง ระดับความตั้งใจน้อย และระดับความตั้งใจน้อยที่สุด โดยมีข้อความที่เป็นข้อคำถามวัดจำนวน 3 ข้อ คือวัดความคาดหวัง วัดความต้องการ และวัดความตั้งใจ โดยการหาค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ข้อ

#### 2.7.7 งานวิจัยเกี่ยวกับความตั้งใจบริจาคโลหิตและพฤติกรรมการบริจาคโลหิต

อนงค์ศรี สิมศิริ กระณีภา เรืองเดช และไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2555 : 175-187) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 17 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง และชนบทของพื้นที่ มีประชากรที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลามสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง 100 คน และเขตชนบทจำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนร่วมกับการวิจัยนำร่องของ Jalalian et.al. (1982) ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 60 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตไม่ถูกต้อง ได้แก่ คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต ขั้นตอนการบริจาคโลหิต และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการบริจาคโลหิต ร้อยละ 93.0 มีทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตในระดับดีมาก และมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริจาคโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 และมีระดับความตั้งใจบริจาคโลหิตอยู่ในระดับน้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 37.0 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ระหว่างความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา กับปัจจัยต่าง ๆ พบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพล 6 ปัจจัย ที่สัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนความตั้งใจในการบริจาคโลหิตโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นผู้บริจาคมาก่อน ( $b = 1.536$ ) จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต ( $b = 0.226$ ) ทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ( $b = 0.086$ ) และการคล้อยตาม



กลุ่มอ้างอิง ( $b = 0.128$ ) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนตั้งใจในการบริจาคโลหิต โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นนักเรียนและนักศึกษา ( $b = -2.640$ ) และ อายุ ( $b = -0.070$ ) ซึ่งปัจจัยทั้ง 6 ร่วมกันอธิบายความตั้งใจการบริจาคโลหิตได้ร้อยละ 22.80 ( $R^2_{adjusted} = 0.228$ ) ดังนั้นการสนับสนุนให้มีการบริจาคโลหิตมากขึ้น ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ที่ถูกต้อง และสร้างทัศนคติที่ดีในการบริจาคโลหิต สำหรับกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ครู อาจารย์ ส่วนผู้ประกอบการควรมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนส่งเสริม ให้วัยรุ่นบริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น เพราะเป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย และยังสามารถบริจาคโลหิตได้อีกยาวนานและยั่งยืน ซึ่งผล การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะมีความตั้งใจในการบริจาคโลหิตลดลง สัมพันธ์กับ ปัญหาสุขภาพ เพียงอีกไม่กี่ปีข้างหน้าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ จะยิ่งทำให้การ บริจาคโลหิตและประมาณโลหิตสำรองลดลง จึงต้องมีมาตรการให้วัยรุ่นบริจาคโลหิตมากขึ้น และการศึกษาของ Giles, et.al. (2004 :61) ได้ศึกษา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำ พฤติกรรมตามแบบแผน มาอธิบายการบริจาคโลหิต : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษา พบว่า การที่รู้ว่าตนเองมีสมรรถนะเพียงพอ เป็นเป็นกุญแจสำคัญในการเสริมสร้างจิตวิทยา ด้าน สุขภาพ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เคยบริจาคโลหิต ตามกรอบทฤษฎีการกระทำ พฤติกรรมตามแบบแผน (TPB) ของ Ajzen and Fishbein โดยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัย University of Ulster, Coleraine วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติ Multiple Regression ผลการศึกษานั้นสนับสนุน ทฤษฎีดังกล่าวเป็นอย่างมาก การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่ ส่งผลต่อความตั้งใจ ซึ่ง สามารถทำนายความตั้งใจภาพรวมได้ ร้อยละ 73.0 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถ ทำนายความตั้งใจได้มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ พฤติกรรมการเคยบริจาคโลหิตและการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิตได้มาก และสามารถอธิบายตาม ทฤษฎีพฤติกรรมกระทำตามแบบแผนได้ สรุป การศึกษาค้นคว้านี้ได้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ สมรรถนะของตนเองต่อการบริจาคโลหิต ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิต การสรรหาผู้ บริจาคโลหิตรายใหม่นั้น ต้องค้นหาวิธีการที่หลากหลาย ใช้เทคนิคการออกแบบกิจกรรมที่ เหมาะสม เพื่อเพิ่มระดับความรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งอาจใช้การฝึกอบรมโดยตรง หรือการ สร้างแบบจำลองขึ้นมา นอกจากนี้แล้วการรับรู้ที่จะควบคุมตนเองนั้นจะทำให้มีการตัดสินใจ บริจาคโลหิตมากขึ้น การวิจัยอาจจะทำซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น นอกจากนี้ แล้วผลการวิจัยสามารถอธิบายความตั้งใจทั้งผู้บริจาคโลหิตรายใหม่และรายเก่าที่ยังคงบริจาค โลหิตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมี Schnaubelt, A.T. (2010 : Abstract) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่

ส่งเสริมให้ผู้บริโภคโลหิตที่เป็นอาหารมีความตั้งใจบริโภคโลหิต : ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำ พฤติกรรมตามแบบแผน จากสถานการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา โลหิตที่ให้กับผู้ป่วย ทั้งหมดมาจากผู้บริโภคโลหิตที่เป็นอาสาสมัคร ปัจจุบันแนวโน้มการมีโลหิตสำรองลดน้อยลง แต่การใช้โลหิตมีปริมาณมากขึ้น ทำให้เพิ่มความหวุ่นวิตกเกี่ยวกับความสามารถในการสรรหา ผู้บริโภคโลหิต เพื่อสนองตอบความต้องการในอนาคตไม่ได้ โลหิตบางช่วงเวลามีความต้องการสูง และโปรแกรมการรับบริจาคโลหิต ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ เป็นเหตุให้มีการซื้อโลหิตจากหน่วยพลเรือน เพื่อตอบสนองความต้องการ ในเหล่าทหารนั้นจะเริ่มออกรับบริจาคโลหิตที่บ้าน จึงเป็นความตั้งใจที่จะให้ทหารบริจาคโลหิตและเป็นกลุ่มที่บริจาคโลหิตสม่ำเสมอและต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการวิจัยสำรวจ เพื่อการอธิบาย ลักษณะประชากรของผู้บริโภคโลหิตทหาร และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ พหุคูณดอย หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้บริโภค การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุม พฤติกรรม และความตั้งใจ ของพวกเขาที่จะบริจาคโลหิตอีกครั้งหนึ่ง ในอีกหกเดือนต่อมา การศึกษาใช้กรอบของทฤษฎีการกระทำ พฤติกรรมตามแบบแผน การออกแบบการสำรวจ และประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้างทางทฤษฎี ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสีผิวขาว เพศชาย และบริจาคครั้งแรก ผลการวิเคราะห์การถดถอย หลายตัวแปร แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของผู้ตอบที่มีต่อการบริจาคโลหิตและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิตอีกครั้งในอีกหกเดือนข้างหน้า แต่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีนี้ การศึกษารั้งนี้ เป็นครั้งแรกที่จะนำกรอบทฤษฎีไปใช้ เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภคโลหิตกลุ่มทหาร มีขั้นตอนที่จะสามารถให้คำอธิบายที่ชัดเจน เรื่องความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิตของกลุ่มทหารในอีก 6 เดือนข้างหน้า ซึ่งจะได้นำผลการวิจัย ไปออกแบบวิจัยเชิงทดลองในอนาคต เพื่อให้สามารถสรรหา ผู้บริโภคโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นการรณรงค์เพื่อให้ผู้บริโภคโลหิต คงอยู่ในระบบ โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้าใจให้กับประชากร โดยการจัดกิจกรรมแทรกแซงที่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มทหารเกิดแรงบันดาลใจที่จะบริจาคโลหิตเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า พฤติกรรมตั้งใจบริโภคโลหิต ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากแนวคิดทฤษฎีกระทำตามแบบแผนเพื่อวัดความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ในอีก 6 เดือน ข้างหน้ามี จำนวน 3 ข้อคำถาม

## 2.8 จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต

ปัจจัย ด้านจำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้บริจาคโลหิตที่มีความถี่ของการบริจาคโลหิตในปีแรกมาก จะมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการบริจาคโลหิตในช่วงระยะ 6 ปีต่อมาสูง ดังปรากฏในงานศึกษาของ Schreiber et.al. (2005 : 26) พบว่า จำนวนครั้งการบริจาคโลหิตในปีแรก มีความสัมพันธ์ กับการเป็นผู้บริจาคโลหิตเป็นประจำ ในทิศทางบวก โดยผู้บริจาคโลหิตครั้งที่ 1, 2, 3, 4 และตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ในปีแรกที่เริ่มบริจาค จะกลายเป็นผู้บริจาคโลหิตประจำ ร้อยละ 4, ร้อยละ 11, ร้อยละ 21, ร้อยละ 32 และ ร้อยละ 42 ตามลำดับ จากการศึกษาของ Germain. (2007 : 70) ได้ศึกษา พบว่า ผู้บริจาคครั้งเดียวมีแรงจูงใจต่ำ และมีความสนใจในการบริจาคโลหิตน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษา ของ Kasraian, Leila and Alireza Tavassoli (2012 :78) ได้ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริจาคโลหิตปีแรก การมาบริจาคซ้ำตามคุณลักษณะของประชากร พบว่า การรับบริจาคโลหิตครั้งแรกเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ปริมาณโลหิตมีความเพียงพอ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สร้างแรงบันดาลใจที่กระตุ้นให้ผู้บริจาคโลหิต ควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริจาคโลหิตของตนเอง สิ่งจูงใจและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการบริจาคโลหิต ที่จะทำให้ผู้บริจาคโลหิตหยุดหรือบริจาคต่อเนื่อง การออกแบบการรับผู้บริจาคโลหิตเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้เพิ่มจำนวนผู้บริจาครายใหม่ จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิตในช่วงปีแรก จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความมุ่งมั่นที่จะทำให้มีผู้บริจาคเพิ่มขึ้นในระยะยาว ดังนั้น โปรแกรมการสรรหา และมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น ควรจัดหา และสนับสนุนในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตในช่วงปีแรกให้กลับมาบริจาคซ้ำ จากการศึกษา ของ อนงค์ศรี สิมศิริ กรรณิกา เรืองเดช และ ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2555 : 175-187) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการบริจาคโลหิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญทางบวกกับความตั้งใจบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเป็นผู้บริจาคโลหิตมาก่อน ( $b = 1.536$ ) และ จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต ( $b = 0.226$ )

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้น ปัจจัย จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้นของการบริจาคโลหิต

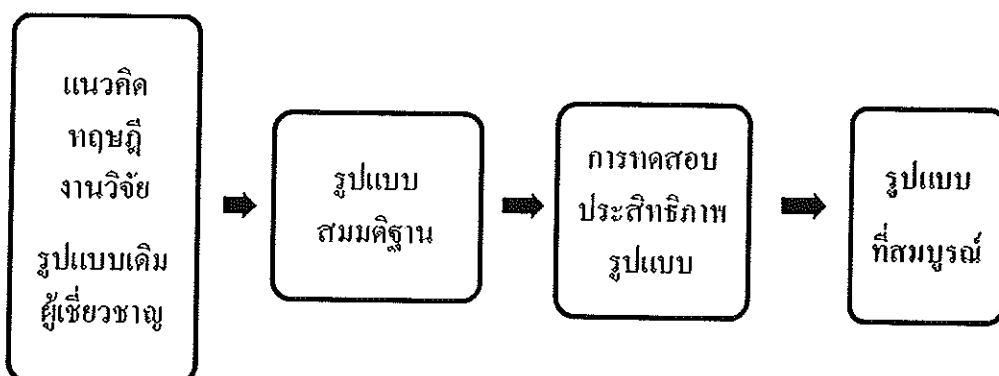
### 3. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

#### 3.1 ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบ หรือ Model เป็นคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายหลายอย่าง นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของรูปแบบไว้ อาทิ กู๊ด (Good, 1973) นั้นได้รวบรวมความหมายของรูปแบบเป็น 4 ความหมาย คือ ความหมายแรก รูปแบบเป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) เป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ 3) เป็นแผนภูมิหรือภาพสามมิติ ซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นหลักการหรือแนวคิด และความหมายสุดท้ายกล่าวว่า รูปแบบเป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน จากวันชัย ศิริชนะ (2536 : 53) ให้ความหมายของรูปแบบว่า กรอบความคิด (Conceptual Frame Work) ทางด้านหลักการ โครงสร้างการบริหาร วิธีการและเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบที่ถือเป็นระบบและถือเป็นมาตรฐานได้ และกนกพร เนติเมธี (2539 : 53) กล่าวถึงรูปแบบว่าหมายถึง แบบหรือแผนที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบคิดทางด้าน โครงสร้างและหลักการ แสดงความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินการ และจาก เขวดี ราชชัยกุล (2542 : 24) กล่าวว่า รูปแบบคือ วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความตั้งใจ ตลอดจนทั้งจินตนาการ ที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยการสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด แผนภูมิ หรือสมการ ทำให้เข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกันสามารถนำเรื่องราวต่าง ๆ มากระชับภายใต้หลักการให้ได้เรื่องราวอย่างมีระบบ และความหมายของ บุญชม ศรีสะอาด (2545 : 104-106) ให้ความหมาย รูปแบบ ว่า เป็นโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่าง ๆ และการพัฒนารูปแบบจะทำได้ 2 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน โดยการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบ ที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว ในเรื่องเดียวกันหรือเรื่องอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบ หรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ขององค์ประกอบนั้น การพัฒนารูปแบบจะต้องใช้หลักเหตุผล เป็นรากฐานสำคัญ ในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยอาจคิด โครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อน แล้วปรับปรุงโดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศ จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษารายละเอียดขององค์ประกอบย่อย หรือตัวแปรแต่ละตัวก่อน แล้วคัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญประกอบขึ้นเป็น โครงสร้างของรูปแบบ ความสำคัญของขั้นตอนนี้อยู่ที่ การเลือกองค์ประกอบ

รูปแบบ ซึ่งก็คือตัวแปรหรือกิจกรรม เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ควรกำหนดหลักการในการพัฒนา รูปแบบอย่างชัดเจน เช่น เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตัวแปรในรูปแบบมีน้อยตัวแต่สามารถอธิบายผลได้มาก ในการวิจัยบางเรื่อง จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ช่วยพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมด้วย 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้พัฒนารูปแบบขั้นต้นแล้ว จำเป็นต้องมีการทดสอบความเที่ยงของรูปแบบดังกล่าว เพราะว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น ถึงแม้ว่าจะพัฒนา โดยมีรากฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีรูปแบบของผู้อื่น และผลการวิจัยที่ดีผ่านมาแล้ว หรือแม้กระทั่งได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบ ตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทำการทดลองก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อทดสอบดูว่าเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งเรียกว่าการทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบ

จากความหมายของรูปแบบ ที่นักวิชาการหลายคนกล่าวไว้ พอสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่ง หรือปรากฏการณ์ที่สร้างขึ้น หรือพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลการวิจัย หรือรูปแบบที่มีอยู่แล้ว เพื่อถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ แสดงให้เห็นถึง รูปย่อ จำลองสภาพความจริง ของปรากฏการณ์ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ในปรากฏการณ์หนึ่ง เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะของปรากฏการณ์ และโครงสร้างองค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ เมื่อนำมาใช้ก็จะทำให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และสามารถตรวจสอบเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์จริงได้ ขั้นตอนการสร้าง พัฒนารูปแบบ และการทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบแสดงดังภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 : ขั้นตอนการสร้างรูปแบบ (Model)

ที่มา : บุญชม ศรีสะอาด. 2524

จากความหมายของรูปแบบที่ได้ จากบททวนเอกสารดังกล่าวเบื้องต้น ผู้วิจัยให้ความหมาย ของรูปแบบว่าเป็นแบบแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในเรื่องหนึ่งเรื่องใด เป็นกรอบคิด ซึ่งประกอบด้วยแผน โครงสร้าง และแนวทางปฏิบัติงานนั้น ๆ

### 3.2 ความหมายของการพัฒนา

การพัฒนา หมายถึง การชักชวนหรือการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการปฏิบัติตามแผนและโครงการอย่างจริงจัง และเป็นลำดับขั้นต่อเนื่องกันในลักษณะที่เป็นวงจรไม่มีการสิ้นสุด และการพัฒนา ในความหมายของการปฏิบัติการณ์นี้ เป็นความหมายต่อเนื่องจากความหมายทางการวางแผน โดยการมุ่งเน้นการนำแผน และโครงการไปปฏิบัติอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง เพราะถึงจะมีแผนและโครงการแล้ว แต่ถ้าหากไม่มีการนำไปปฏิบัติ การพัฒนา ก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2534 : 13) ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การพัฒนาคนให้มีความสุข และมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การพัฒนาในความหมายนี้ มีลักษณะเดียวกันกับการพัฒนา ในความหมายทางการวางแผน คือเป็นเรื่องของมนุษย์เท่านั้น แตกต่างกันเพียงการวางแผนให้ความสำคัญที่วิธีการดำเนินงาน ส่วนพุทธศาสนามุ่งเน้นผลที่เกิดขึ้น คือ ความสุขของมนุษย์ (พระราชวรมณี ประยูทธิปยุตโต, 2530 : 16-18)

จากความหมายในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า การพัฒนา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านปริมาณ คุณภาพ และสิ่งแวดล้อม ด้วยการวางแผน โครงการและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดสิ่งที่ดีประเสริฐ เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ชุมชน และสังคม

### 3.3 วิธีสร้างรูปแบบ

ในการสร้างรูปแบบ (Model) ขึ้นอยู่กับลักษณะของการสร้าง ซึ่งมีอยู่หลายอย่าง คือ การสร้างแบบบรรยาย การสร้างในรูปของสูตร การสร้างจากทฤษฎี การสร้างโดยการนำข้อมูลที่ได้อมาเป็นรูปแบบ ซึ่งจะช่วยให้เห็นกิจกรรมทั้งหมด อย่างเป็นระบบไม่เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่จะมีการแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ในรูปแบบจะแสดงให้เห็นทางเลือก และแนวทางในการดำเนินงาน จึงเป็นประโยชน์ ในการดำเนินงานสำหรับใช้ประกอบในการวิเคราะห์ ตัดสินใจเพื่อปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ หรือการนำไปใช้ ดังนั้น การสร้างรูปแบบจึงมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ 1) ระบุความต้องการ เป้าหมาย และข้อจำกัดต่าง ๆ และระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ศึกษาวิเคราะห์วัตถุประสงค์ ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน โดยวิธีการสำรวจ และศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นว่า

เป็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่มุ่งหวังหรือสิ่งที่ต้องการ กับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน 2) สร้างแนววิธีในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3) สร้างเกณฑ์และวิธีการประเมิน ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และ 4) นำวิธีการและการประเมิน ไปใช้และปรับปรุงขั้นตอนต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้น การพัฒนาดังกล่าว มีหลายวิธี เช่น 1) การใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) 2) การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi) และ 3) วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่มีอยู่แล้วหรือสร้างแบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็น (กนกพร เนติเมธี, 2539 : 56)

สรุป วิธีการสร้างรูปแบบ มีหลายวิธี องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย การศึกษาความต้องการ การกำหนดวิธีการปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนำไปใช้และประเมินปรับปรุงให้เป็นรูปแบบที่ดี โดยใช้วิธีพัฒนาได้แก่ 1) การใช้กระบวนการกลุ่ม 2) การใช้เทคนิคเดลฟาย และ 3) การทบทวนเอกสารและสำรวจ

### 3.4 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมการบริจจาคโลหิตของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยศึกษาจากทฤษฎี แนวคิดและหลักการ เพื่อนำมาสร้างรูปแบบดังนี้

#### 3.4.1 แนวคิดสู่ศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดสู่ศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของ สมบูรณ์ ขอสกุล (2551) ได้กล่าวไว้ดังนี้ ความหมาย “สุขศึกษา” (Health Education) เป็นการสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้ และกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยอาศัยรูปแบบที่หลากหลาย รูปแบบการสื่อสารที่คิดค้นขึ้นมา ในการเพิ่มพูนและพัฒนาทักษะชีวิต รวมทั้งพัฒนาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ความหมาย “พฤติกรรมสุขภาพ” (Health Behavior) พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ภายในบุคคล (เรียกว่าพฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ (พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพการป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการรักษา การจัดการกับสุขภาพของตนเอง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของประชาชน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายอย่าง ตามแนวคิดของ Green and Kreuter (1980) พบว่า อย่างน้อยมีปัจจัยอยู่ 3 กลุ่ม ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) กลุ่มปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องนั้น รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น 2) กลุ่มปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นกลุ่มปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ความพร้อมของบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ กฎระเบียบ และกฎหมาย ที่ชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติตาม เป็นต้น และ 3) กลุ่ม

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นกลุ่มปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการปฏิบัติ ซึ่งอาจสนับสนุนจิตใจให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เช่น คำชมเชยจากเพื่อน หรือแพทย์ การลอกเลียนหรือปฏิบัติตามแบบอย่าง ปัจจัยดังกล่าวนี้ สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งถ้าการปฏิบัตินั้นถูกต้องตามหลักสุขภาพก็จะเป็นผลดีต่อตนเอง

กระบวนการสุขศึกษามุ่งให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รายละเอียด มีดังนี้ 1) พฤติกรรมด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ การพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญาด้านสุขภาพ ความรู้นี้ประกอบเป็นขั้นๆ เริ่มจากการเรียนรู้ระดับง่าย ๆ ก่อน ดังนี้ 1) ขั้นความรู้ – ความจำ (Knowledge) 2) ขั้นความเข้าใจ (Comprehension) 3) ขั้นนำไปใช้ (Application) (4) ขั้นการวิเคราะห์ (Analysis) 5) ขั้นการสังเคราะห์ (Synthesis) และ 6) ขั้นการประเมินค่า (Evaluation) 2) พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก หรือความชอบ (Affective Domain) มุ่งสร้างศรัทธา สร้างคุณค่า หรือความรู้สึกที่ดีเรื่องสุขภาพ มีลำดับขั้นจากง่ายไปยาก 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการรับรู้ ขั้นการตอบสนอง ขั้นการสำนึกในคุณค่า ขั้นการรวมตัวของคุณค่า และขั้นยึดมั่นในคุณค่า และ 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายที่สังเกตได้ เป็นทักษะที่กระทำเป็นขั้นตอน มีการฝึกปฏิบัติ โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การลงมือทำตามระบบ ความถูกต้อง ต่อเนื่อง กระจ่างเป็นวิถีชีวิต อย่างเป็นธรรมชาติ

สุขศึกษาเป็นกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อก่อให้เกิด การพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ไปทางที่ถูกต้องเหมาะสม อันส่งผลดีต่อสุขภาพ สุขศึกษาจึงเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ที่สำคัญ ทั้งนี้ กระบวนการสุขศึกษามีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการรักษาโรค เพียงแต่สุขศึกษาเป็นกระบวนการรักษาพฤติกรรมด้วยเหตุผลที่ว่า การดำเนินงานสุขศึกษาจะกระทำก็ต่อเมื่อมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแผนสุขศึกษาจะต้องมีความสอดคล้องกับปัญหาและสภาพแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีการวางแผน และดำเนินงานสุขศึกษาให้สอดคล้องกับปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สำคัญที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ทฤษฎีหรือ โมเดลระดับบุคคล



(Individual/Intrapersonal Health Behavior Models / Theories) 2) ทฤษฎีระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Health Behavior Theories) และ 3) ทฤษฎีระดับชุมชน สังคม (Community Level Models / Theories)

ทฤษฎีหรือโมเดลระดับบุคคล และระหว่างบุคคลมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีในกลุ่มพฤติกรรม-ปัญญา (Cognitive-Behavioral Theories) โดยมองความสัมพันธ์ 2 ประเด็น คือ 1) พฤติกรรม (การกระทำ) สัมพันธ์กับปัญญา (Cognition) นั่นคือ บุคคล คิด รู้สึก อะไร จะส่งผลต่อการกระทำ และ 2) ความรู้ จำเป็นต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอ กระบวนการทางปัญญาอื่นๆ เช่น การรับรู้ การตั้งใจ ทักษะ และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม มีบทบาทสำคัญด้วย

### ทฤษฎีหรือโมเดลที่ใช้ปรับพฤติกรรมระดับบุคคล

ทฤษฎีหรือ โมเดลที่ใช้ปรับพฤติกรรมระดับบุคคล นำเสนอ 5 ทฤษฎี/โมเดล ดังนี้

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM : Health Belief Model : Rosenstock, et al. 1978) มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น ๆ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเองในด้านการเจ็บป่วย พิกัด เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตาม ที่รับคำแนะนำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงลงได้ และ 4) การรับรู้อุปสรรคและค่าใช้จ่าย เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ นั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ กล่าวโดยสรุป HBM พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การตอบคำถามว่าทำไมพฤติกรรมเหล่านี้จึงเกิดขึ้น และจะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร HBM จึงเป็นกรอบที่ใช้สร้างข่าวสารทางสุขภาพ (Health Message) เพื่อจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะมีสุขภาพที่ดี

2. โมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค (CIP : Consumer Information Processing Model : Bettman, Mc Guire, et al. 2005) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพได้ดังนี้ 1) ข่าวสารข้อมูลจะต้องเข้าถึงได้ง่าย 2) ใหม่มีประโยชน์ และ 3) การ

นำเสนอควรน่าสนใจ ไม่ซับซ้อน กล่าวโดยสรุป ในการออกแบบข่าวสารจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกประเด็น ที่สำคัญที่สุด มีประโยชน์มากที่สุด นำเสนอไว้ในส่วนแรก และหรือส่วนท้ายของเนื้อหา เพื่อเอื้อให้จำได้ดีที่สุด หัววิธีการใช้สื่อเพื่อเรียกร้องความใส่ใจ ข่าวสารบางส่วนอาจถูกแปลงเป็นคำวลี สั้น ๆ ง่าย ๆ หรือรูปภาพ สัญลักษณ์ เช่น การติดฉลากไขมันต่ำ แคลอรี 0% เป็นต้น ซึ่ง โมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก คือ 1) บุคคลมีข้อจำกัดในการรับข้อมูลในแต่ละครั้ง และ 2) การจะเพิ่มความสามารถในการรับข้อมูล จะต้องใช้กลยุทธ์การเพิ่มความจำ เช่น การจัดกลุ่มข้อมูล (Chunk) การให้กฎวิธีการคิดที่รวดเร็ว เป็นต้น

### 3. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action :

Ajzen and Fishbein) TRA เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วยตนเอง [Volitional (willful) Control] บุคคลที่มีเจตนา (Intention) จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Specific Behavior) มาจาก 2 ปัจจัย คือ 1) เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude Toward Behavior) และ 2) เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนด โดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ และการประเมินคุณค่าของผลกรรมนั้น สรุป ตามทฤษฎีนี้ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก (Positive Outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลกรรมทางลบที่ไม่พึงปรารถนา (Negative Outcome) เขาก็จะมีเจตคติไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (Subjective Norms) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนด โดยความเชื่อว่าบุคคลหรือ กลุ่มที่สำคัญ สำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจ ที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่ามีมากน้อยแค่ไหน

### 4. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior :

Ajzen, 1987) อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ว่าเขามีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม TPB กล่าวถึงความเชื่อ เป็น 3 ชนิด คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบและการประเมินผลกรรมนั้น (Behavioral Beliefs) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับการจะควบคุมปัจจัยต่างๆ และความสามารถที่จะทำพฤติกรรม (Control Beliefs)

5. โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (TTM : State of Change Model) โมเดลนี้มองบุคคลที่มีความพร้อมหรือระดับ

ของการถูกใจ (Readiness or Levels of Motivation) แตกต่างกัน TTM แบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็น 5 ระดับ คือ 1) ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation หรือ Ignorance) เป็นขั้นที่บุคคลไม่คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นั้น เช่น คนที่สูบบุหรี่จะคิดว่าตนเองสามารถควบคุม การสูบบุหรี่ได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ทันทีที่ต้องการหยุด และยังมีความสุขจากการได้สูบบุหรี่ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation หรือ Learning) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอยู่ เช่น สูบบุหรี่ ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็นโรคจะเกิดความรุนแรงต่อชีวิต ของตนเอง และคนใกล้ชิด เริ่มประเมินประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค ที่จะเกิดขึ้น แต่ก็ยังเชื่อว่าบุหรี่ หรือสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ 3) ขั้นตัดสินใจ (Preparation หรือ Planning) เป็นขั้นที่บุคคลคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มวางแผน (Action-oriented Program) เช่น มาพบแพทย์ ชื้อหนังสือเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ หรือวิธีการออกกำลังกาย เป็นต้นและ 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action หรือ Doing) เป็นการลงมือทำ เช่น หยุด หรือลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ซึ่งอาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอ และ 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance หรือ Habit) เป็นขั้นที่เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจจะเริ่มทำงานกลายเป็นวิถีชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ที่เลิกบุหรี่ได้หรือเลิกใช้สารเสพติดอื่น ๆ ได้ อาจไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่กลับไปสูบบุหรี่ (Relapse) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นั้น ไม่ได้สำเร็จด้วยการปรับเปลี่ยน โดยใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีคนเดียว ผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริจจาค โลหิต ด้วยการให้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องประโยชน์ของการบริจจาค โลหิตทั้งผู้ให้และผู้รับ โลหิต การใช้การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นระยะ ๆ ในเครือข่ายผู้บริจจาค โลหิต และในประชาชนทั่วไป จากนั้นก็ใช้วิธีการประชุมอบรมให้ความรู้เพื่อเปลี่ยนทัศนคติและมีความตั้งใจที่จะบริจจาค โลหิต ขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มบุคคลนั้นมีหลายขั้นตอนเช่น การไม่สนใจ การลังเลใจ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการกระทำอย่างต่อเนื่อง

### 3.4.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (From URL <http://www.baanjommyut.com/library/personality/07.html>) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของ Albert Bandura. (1925) นักทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งให้เห็นว่ากระบวนการความเข้าใจเป็นศูนย์กลางของการกระทำทั้งหลาย แบบคูร์ามีความเชื่อว่า มนุษย์มีศักยภาพในการใช้สัญลักษณ์เป็นกระบวนการ และสามารถเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ ตนเองให้เป็นการนำไปสู่การกระทำในอนาคต

บุคคลมีความสามารถสร้างสรรค์วิทยาการใหม่ด้วยการลงมือกระทำ โดยการรู้จักใช้ความรู้และพลังอำนาจ ในการรู้จักใช้สัญลักษณ์พฤติกรรม ของบุคคล มิใช่อาศัยเพียงแต่ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาแล้วและมีใช้ปฏิบัติยาตอบสนองในพื้นที่ทันใดต่อสิ่งแวดล้อม แต่เป็นการควบคุม โดยความคิดที่มองเห็นการณ์ไกล นั่นก็คือ อนาคตที่วางแผนไว้ ล่วงหน้าหรือกำหนดลำดับขั้นของการกระทำไว้เป็นการล่วงหน้า ส่วนมากพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ถูกจูงใจและควบคุม โดยมาตรฐานภายในตัวบุคคล การประเมินผล ปรับความคิดและ พฤติกรรมได้ รูปแบบของความคิดที่มีผลต่อการกระทำทั้งหลาย แบบดูร่ามีความเชื่อว่า บุคคลมีการตัดสินใจโดยการใช้ความสามารถของตนที่จะจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อสภาพการณ์ที่ต่างกัน นั่นก็คือ ศูนย์กลางที่เรียกว่า ประสิทธิภาพของตนเอง อิทธิพลที่เกิดจากประสิทธิภาพการทำงาน ของบุคคล เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการกระทำโดยใช้ความอุตสาหกรรมแต่ละอย่าง และถ้าเป็นงานที่บุคคลนั้นมีความกระตือรือร้นหรือมีความศรัทธา บุคคลนั้นก็สามารถเลือกระดับ ประสิทธิภาพการทำงานของเขาได้ การรู้จักสังเกตตัวอย่างบุคคลอื่นที่มีความสำเร็จในการทำงาน เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางฐานะความเป็นอยู่ในการดำรงชีพของตนเองได้ดีขึ้น แบบดูร่ามีความเห็นว่า การกระทำทั้งหลายของบุคคลเกิดขึ้นได้จาก พฤติกรรม ความเข้าใจปัจจัยส่วนบุคคลและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม การกระทำของแต่ละบุคคลจะมีพลังแตกต่างกัน โดยจะแปรตามสภาพการณ์ เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมในขณะใดขณะหนึ่งซึ่งจะมีพลังอิทธิพลต่อ พฤติกรรม เช่น เมื่อคนกระ โจนลงในน้ำลึก ทุกคนจะพยายามว่ายน้ำขึ้นมา การเรียนรู้โดยใช้การสังเกตจากบุคคลอื่น เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ แบบดูร่า กล่าวว่า บุคคลรู้จักสังเกต พฤติกรรมของบุคคลอื่น และรู้จักว่าหลังจาก การแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วผลที่ตามมาจะได้รับรางวัลหรือการลงโทษ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมจะถูกควบคุม โดยลำดับขั้นต่าง ๆ แต่ยังมีผลต่อความ เข้าใจและการประเมินสภาพการณ์ของบุคคล

สรุปเครือข่ายการเรียนรู้ทางสังคม นั้นผู้วิจัยจะจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับ โโลหิตและการบริจาค โโลหิต จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมการบริจาค โโลหิต ด้วยการประสานงานกับหน่วยกาชาดเคลื่อนที่จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะดวกเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงหน่วยรับบริจาค โโลหิตที่สะดวก ปลอดภัย รวมถึงการจัดบริการที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้เข้ารับบริการในหน่วยเคลื่อนที่ทั้งช่วงก่อนบริจาค โโลหิต ขณะบริจาค โโลหิต และหลังบริจาค โโลหิต พร้อมทั้งการประสานและขอความร่วมมือจากท่านนายอำเภอ เมืองสรวง เพื่อ

จัดทำใบประกาศให้ผู้เข้ารับบริการโลหิตครั้งแรกให้กับผู้บริจาคโลหิตทุกคน เพื่อเป็นสิ่งที่แสดงความขอบคุณที่เสียสละเวลาและโลหิตด้วยสมัครใจ และวางแผนร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยรับบริจาคโลหิตเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้มีความพร้อมที่จะบริจาคโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

### 3.4.3 ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม/แรงสนับสนุน (Social Network / Social Support Theories)

เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ กลุ่ม ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ฯลฯ ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ 1) มีโครงสร้าง (Structural) เช่น จำนวนคน การรู้จักมักคุ้นกัน 2) มีการปฏิสัมพันธ์ (Interactional) เช่น การแบ่งปันความช่วยเหลือ ระยะเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของการพบปะกัน ความง่ายในการพบปะ 3) มีหน้าที่ (Functional) เช่น ให้แรงสนับสนุนทางสังคม พันธะสัญญาต่อกัน และให้ความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชนิดของการช่วยเหลือที่สมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Support) เช่น การฟัง แสดงให้เห็นว่าสนใจ ยอมรับ ไว้วางใจ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental Support) และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Appraisal Support) การจัดตั้งเครือข่ายทางสังคมผู้วิจัยจะเสนอความคิดเห็นในการจัดตั้งเครือข่ายบริจาคโลหิตอำเภอเมืองสรวง เพื่อให้เกิดสื่อสารหลายช่องทาง เพื่อการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโลหิต พร้อมทั้งมีการเชิญชวนสมาชิกในเครือข่ายร่วมบริจาคโลหิต การให้กำลังใจกันและกัน เพื่อปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจมีความพร้อมที่จะเป็นผู้บริจาคโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### 3.4.4 การให้ความรู้ทางสุขภาพและการเขียนแผนสุขภาพ

ความหมาย “การให้ความรู้ด้านสุขภาพ” จาก อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ (2546 : 5) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของผู้ป่วยหรือประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการป้องกันโรค ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ให้สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีต้องอาศัยกระบวนการทางการศึกษา คือการวางแผนให้ความรู้อย่างมีระบบเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยให้เป็นที่ไปในทางที่ดี

การเขียนแผนให้ความรู้ด้านสุขภาพ จากความหมาย คาร์เตอร์ วิกู๊ด (Carter V. Good. 1973 ; อ้างถึงใน อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. 2546 : 5) ให้ความหมายของแผนสุขภาพว่า

เป็นการกำหนดสิ่งสำคัญของบทเรียนที่เป็นระบบ มีระเบียบ เพื่อเป็นแนวทางในการสอน ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผลแผนสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่จะทำให้การให้ความรู้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และเป็นหลักฐานประกันคุณภาพด้านการทำงานให้ความรู้ แก่ผู้รับบริการและประชาชนที่มีประสิทธิภาพและตรวจสอบได้อย่างชัดเจน

การให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ให้เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์การเรียนรู้ เนื้อหา ข้อเท็จจริง ความรู้ แนวคิดที่ดีทางสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการให้ความรู้ที่ตั้งไว้ ช่วยให้ผู้ฟังหรือผู้รับการการเรียนรู้ปัญหาสุขภาพในสิ่งที่ไม่รู้ หรือเรียนรู้ไม่ถูกต้อง ให้เกิดการเรียนรู้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้ที่ไม่สนใจสุขภาพของตนเองได้หันมาสนใจส่งเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และให้คำแนะนำการปฏิบัติจากสิ่งที่ไม่ได้ ทำไม่เป็น ให้สามารถทำได้ และปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพะ

การให้ความรู้ทางสุขภาพ นั้นมี เทคนิคสำหรับผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพ มีผู้กล่าวไว้ เช่น แฮนซิน และฟิสเบอร์ (Hansen and Fisber. 1998 : ไม่มีเลขหน้า อ้างถึงใน อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. 2546 : 108) ได้กล่าวถึง เทคนิคการให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี มีเทคนิค 5 ประการ (TEACH) ได้แก่ 1) T = Tune in to the Patient คือ การที่ผู้สอนปรับกระบวนการสอนให้เหมาะสมกับผู้รับ สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง ศึกษาความต้องการพื้นฐานของผู้รับ และปรับแผนการสอนให้เหมาะสมกับผู้ฟัง 2) E = Edit Your Content คือ การเลือกวิเคราะห์เนื้อหา นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ ที่สำคัญที่ผู้รับควรทราบ 3) A = Act on Teachable Moments คือ ให้ความรู้ทางสุขภาพแก่บุคคลทันทีที่มีโอกาสแม้ในขณะที่ให้การพยาบาล 4) C = Clarify Ofen คือ เปิด โอกาสให้ผู้รับได้สนทนา แลกเปลี่ยนแนวความคิดเห็น และ 5) H = Honer the Patient as a Partner คือ เคารพ ยกย่อง ให้เกียรติในความคิดเห็น และ ประสบการณ์ของผู้รับฟัง

สรุป การให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นวิธีการที่จะจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้กับประชาชนหรือผู้ป่วย มีแผนการให้ความรู้ ซึ่ง ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผล ที่สอดคล้องเหมาะสมกับผู้ฟัง ภายใต้เทคนิคการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม มีเนื้อหาของความรู้ที่ให้อย่างชัดเจน เหมาะสมกับผู้ฟัง มีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเวลาและโอกาส รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้ซักถามหรือเสนอแนะประสบการณ์ของตนเอง และสุดท้ายต้องเคารพในความคิดเห็นและ

ประสบการณ์ของผู้ฟัง เพื่อเป้าหมาย คือ ผู้ฟังได้รับความรู้ความเข้าใจ เกิดทัศนคติที่ดีและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องที่จัดให้

การให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับ โลหิตและการบริจาค โลหิต ผู้วิจัยจะเขียนแผนการสอนซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผลขึ้นมา จัดการเรียนรู้ด้วยการอบรมให้กลุ่มนักเรียนและประชาชนจำนวน 44 คน ด้วยกระบวนการสอนและตั้งวงสนทนา (สุนทรียสนทนา) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ภายในกลุ่ม จัดประสบการณ์รณรงค์บริจาค โลหิต และช่วยเหลือผู้บริจาค โลหิตรายอื่น เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมตั้งใจบริจาค โลหิตเพิ่มมากขึ้น

### 3.4.5 สุนทรียสนทนา

ความหมาย “สุนทรียสนทนา” (Dialogue. 1958 อ้างถึงใน เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข. 2554 : 50 ) ให้ความหมายว่า Dialogue มาจาก ภาษากรีกว่า “Dialogos” โดยคำว่า Logos หมายถึง คำ (The Word) หรือ “ ความหมายของคำ ” และคำว่า “Dia” หมายถึง “ ทะลุปรุโปร่ง ” ไม่ได้หมายความว่า “ สอง ” ดังนั้น การสนทนาจึงสามารถเกิดได้จากการกระทำของคนหลายคนไม่ใช่แค่สองคน บางครั้งแม้มีเพียงคนเดียวก็สามารถทำได้ หากแม้เราตั้งใจที่จะฟังเสียงของตนเองที่เปล่งออกมา การสนทนาแบบ Dialogue เป็นการรับฟังวิธีคิด วิธีการให้คุณค่า ความหมายของคนอื่นต่อสิ่งที่พูด เพื่อเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ละทิ้งสิ่งที่แต่ละคนยึดถือเพื่อผ่าข้ามพรมแดนแห่งตัวตนไปพร้อมๆกัน ด้วยเหตุที่มนุษย์มีความสามารถเฉพาะของอวัยวะสัมผัสที่แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ความสามารถของตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง ของมนุษย์นั้น ถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่การที่มนุษย์มี ” ใจ ” หรือ “ สัมผัสที่หก ” ทำให้มนุษย์สามารถสัมผัสสิ่งรอบตัวได้ละเอียดลึกซึ้งกว่าสิ่งมีชีวิตแบบอื่น ๆ และจาก ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (2551) ได้ให้ความหมายของ สุนทรียสนทนา ว่า เป็นการสนทนาที่รับฟังกันอย่างจริงใจเปิดเผย ไม่มีอคติ ด้วยความรักสื่อสารกันด้วยใจที่เปิดกว้าง มองบวก และไม่มีการตำหนิกัน ผ่านบรรยากาศที่สบาย ๆ และใกล้ชิดธรรมชาติ เป็นการสนทนาที่เอาใจเขามาใส่ใจเรา

หลักของการสุนทรียสนทนา ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (2551) กล่าวถึงหลักของการสนทนา ดังนี้ คือ

- 1) การยอมรับกันและกันอย่างเท่าเทียมโดยต้องถอดยศ ตำแหน่ง วิทยุติ คุณวุฒิออกก่อนจะเข้าวงสนทนา
- 2) การดำรงความอยากรู้อยากเห็นในกันและกัน หมายถึง ต้องทำความรู้สึกว่าเขายังเป็นคนที่ยังไม่เก่ง ต้องได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือจากกันและกันเพื่อพัฒนาตนเอง

ให้เข้าใจมากขึ้น จะได้เปิดใจรับฟังโดยบุคคลอื่นอย่างไม่มีทิฐิมานะ ว่าตนเองดีกว่าเหนือกว่า ขณะเดียวกันก็ชื่นชมและรับฟังความคิดของทุกคน และไม่ตัดสินคนอื่นด้วยความคิดของตนเอง 3) ตระหนักว่าเราต้องการความช่วยเหลือจากกันและกันในกลุ่ม จะช่วยให้เป็นผู้รับฟังที่ดี โดยการตั้งใจฟังผู้อื่นและฟังให้จบเพื่อทำความเข้าใจในความหมายในสิ่งที่เขาพูด เมื่อเราทำแบบนี้กับคนอื่นๆก็จะทำแบบนี้กับเราเช่นกัน นั่นหมายถึงเราฟังคนอื่นอยากลึกซึ่งมากขึ้น 4) ลดอัตราความเร็วการสนทนาให้ช้าลง เพื่อให้มีมอญ่อนจากสิ่งต่าง ๆ หมายถึง ต้องเข้าใจว่าการฟังเป็นสิ่งสำคัญ การเร่งตนเองจะทำให้ไม่ได้ใจการฟัง ทำให้ไม่รู้จักความหมายของผู้พูด 5) ให้จดจำว่าการสนทนาเป็นวิถีทางที่เป็นธรรมชาติที่ทุกคนจะได้คิดร่วมกัน ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการสนทนาให้ช้าลงและอย่าเร่งรีบ นั่นหมายถึงการพูดคุยต้องทำหลายครั้ง และ 6) คาดได้เลยว่าในการสนทนาบางครั้งจะยุ่งเหยิง หมายความว่าบางครั้งในการสนทนาดูเหมือนว่าต่างคนต่างพูดคนละเรื่องกันเราก็ไม่ควรจะกังวลใจและรีบจัดการให้มันไปในทิศทางที่ดีอย่างที่ตัวเราเองคิด แต่ควรปล่อยให้มันเป็นไปตามธรรมชาติของวงสนทนา

ในการสนทนาตามหลักจิตปัญญา มีหลัก 4 ประการเพื่อให้การสนทนา นำไปสู่การได้เรียนรู้และเกิดองค์ความรู้ขึ้นในวงสนทนา ดังนี้ (William Isaacs อ้างอิงจาก วิศิษฐ์ วัจวิญญู, 2552 : 65) ประการที่ 1) คือ การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) ต้องหลุดออกจากโลกของตนเอง และรับโลกของผู้อื่นเข้าสู่ตัวเรา โดยฝึกให้ว่างจากความคิดของเราเองและรับความคิดของผู้อื่นเข้ามา โดยเชื่อว่ายังมีสิ่งอื่นที่เราไม่รู้ ดังนั้นทำไมถึงจะเชื่ออย่างเดียวว่าสมมติฐานของเราถูก นึกเช่นนี้ เป็นการเปิดใจให้ฟังคนอื่น โดยไม่เอาใจของเราไปขัดขวาง และตัดสินจนเราเองขาดโอกาสที่จะได้เรียนรู้ร่วมกับคนอื่นจนเกิดปัญหาร่วมกัน 2) เคารพในสิ่งที่ไม่ว่าก้าวก้าว (Respecting) เป็นการให้ความเคารพในความคิดของคนอื่น มองเห็นสิ่งที่มีคุณค่าสูงที่สุดในบุคคล การเคารพบุคคลอื่นจะทำให้เรา รับฟังคนอื่นได้มากขึ้น ทำให้การฟังของเราดีขึ้นด้วย และ 3) ทดแขวน เป็นการตรวจสอบ สมมติฐาน การตัดสิน (Suspending) เป็นการฟังอย่างไม่ตัดสินคนอื่น ขณะที่ไม่ตัดสินคนอื่นนั้นมันเป็นบ่อเกิดของสมาธิและปัญญา ทำให้เห็นคุณงามความดีของผู้อื่นมากขึ้นจากการที่เราฟังอย่างลึกซึ้ง ให้ความเคารพ และไม่ตัดสินคนอื่นด้วยสมมติฐานของเรา จะทำให้คุณภาพการฟังดีขึ้น การฟังแบบไม่ตัดสินจะทำให้เราใคร่ครวญยิ่งขึ้นจนไม่ตกไปในร่องของอารมณ์โกรธหรืออารมณ์ที่ไม่ดีต่าง ๆ และประการสุดท้าย เปิดเผย เสียงภายใน (Voicing) เมื่อเราฟังอย่างลึกซึ้ง เคารพผู้อื่นและห้อยแขวนการตัดสินคนอื่น ทำให้ได้ยินเสียงภายในของตนเอง นั่นคือการรู้จักตนเองหรือเรียกว่าความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นจุดเปลี่ยนแปลงของคน การฟังอย่างลึกซึ้ง ผู้ฟังจะ



เกิดความคิดความรู้สึกต่อตัวผู้พูดขึ้น ความคิดความรู้สึกที่ก่อตัวให้เห็นชัดเจนจากการฟังซึ่งเป็นเนื้อที่ภายในที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน ทำให้เราอยากพูดคุยในวงสนทนาและสามารถพูดได้อย่างเป็นธรรมชาติ การฟังอย่างลึกซึ้งเป็นต้นเค้าที่ทำให้เราค้นพบความคิดความรู้สึกของตนเองอย่างแจ่มชัดและแทรกซึมไปสู่ชีวิตด้านอื่น ๆ

เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข (2554) กล่าวถึง สุนทรียสนทนาไว้ดังนี้ 1) เป็นการสนทนากับคนเพียงหนึ่งคนขึ้นไป หรือตนเองสนทนากับตนเองก็ได้ เช่น การชั่งน้ำหนักความคิดเห็น โดยไม่ตัดสิน สุนทรียสนทนามากลุ่มที่เล็กเกินไปนั้นอาจไม่ค่อยดีนัก แต่ถ้ามากเกินไป 40 คนก็จะทำให้การนั่งล้อมวงสบาย ๆ ได้ยาก วิธีนั่งล้อมวงอาจนั่งล้อมวงเป็นวงกลมเดียว หรือวงกลมสองวงซ้อนกันก็ได้ ถ้ากลุ่มคน 20 – 40 คน จะทำให้เห็นวัฒนธรรมย่อยของกลุ่ม พลังกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นในทันทีถ้าจำนวนคนร่วมมีจำนวนมาก 2) การเข้าร่วมสุนทรียสนทนา ต้องนั่งเป็นวงกลม ไม่มีการกำหนดวาระในการสนทนา แต่ช่วงแรก ๆ นั้นอาจเริ่มกลุ่มโดยมีผู้คอยประสานช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ก็จะทำให้คนในกลุ่มเริ่มมีการพูดคุยกันอย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น อาจจะมีการนัดพูดคุยกัน ทุกสัปดาห์ หรือเดือนละครั้ง ได้แล้วแต่จะตกลงกัน แต่ที่สำคัญการสร้างกลุ่มสุนทรียสนทนาอย่าทำให้อยู่แบบถาวร เพราะจะทำให้เกิดความเคยชิน อาจตั้งวงระยะเวลาสั้นพอที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น 3) ระเบียบยังสมบูรณ์ คนเข้ากลุ่มตอนแรก คนจะตั้งข้อสงสัย หรือสมบูรณ์ไว้ในใจตนเองว่าจะทำอะไร และทำแล้วได้อะไร บางทีจะต่อต้านในสิ่งนั้น อาจจะแสดงความรู้สึกนั้นออกมา อาจเป็นด้วยคำพูดหรือท่าทาง คนในกลุ่มก็จะมองเห็น แล้วจะสะท้อนกลับให้เจ้าตัวเห็น ได้ สุนทรียสนทนานั้น เราจะไม่ไปเปลี่ยนมุมมองของใคร และเมื่อการสนทนาสิ้นสุดลง คนอาจเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนความคิดเห็นของเขาก็ได้ 4) ความจำเป็นของแรงกระตุ้น เป็นช่วงที่อาจจะหงุดหงิดเพราะไม่สามารถปลดปล่อยตนเองตามที่ตนเองขัดข้องใจได้ จึงอยู่ในช่วงที่อยู่ในภาวะขัดแย้ง ความจำเป็นสามารถสร้างแรงกระตุ้นอันทรงพลัง ความจำเป็นจะกระตุ้นและสร้างสรรค์ให้เกิดแบบแผนใหม่ ๆ ของความจำเป็น ถ้าทำได้ก็จะเป็นการรู้สึกปลดปล่อยอย่างแท้จริง เราต้องมีความจำเป็นอันสร้างสรรค์ เพื่อให้เราค้นพบ อาจค้นพบด้วยตนเองหรือเป็นหมวดหมู่ก็ได้ 5) ความคิดที่รับรู้ตนเอง ความคิดก่อให้เกิดการกระทำ เป็นการรับรู้ตนเอง สุนทรียสนทนาจะช่วยให้คนเกิดจิตสำนึกใหม่ 6) การมีส่วนร่วมแบบรวมหมู่ คือการที่ทุกคนมาร่วมคิดกัน แบ่งปันความคิดเห็น โดยไม่มีการ โกรธ เกิดเมื่อคนหนึ่งเกิดความคิดขึ้น ทุกคนก็จะหยิบเอาประเด็นมาร่วมคิดกัน เป้าประสงค์ของสุนทรียสนทนาไม่ได้เป็นไปเพื่อวิเคราะห์สิ่งใดสิ่งหนึ่งและไม่ใช่อการเถียงที่จะชนะกัน แต่เป็นไปเพื่อระงับยับยั้งความคิดของตนเอง และ

คอยมองความคิดเห็นของตนเอง คอยรับฟังความคิดเห็นของทุก ๆ คน แลกเปลี่ยนเรียนรู้สาระความคิดเห็นร่วมกัน แต่ไม่ใช่การโน้มน้าวหรือชักจูง สุนทรียสนทนาไม่จำเป็นต้องโน้มน้าวหรือเชิญชวน เพราะมันดูไม่กลมกลืน หรือปราศจากเหตุผล เพราะถ้าถึงใดถูกต้องก็ไม่จำเป็นต้องเชิญชวน และ 7) วัฒนธรรมใหม่ ถ้าเราสามารถเอาความหมายมารวมกันได้ เราก็สามารถทำให้กลมกลืนกัน และเกิดเป็นข้อตกลงร่วมกันได้

โดยสรุป ผู้วิจัยใช้สุนทรียสนทนา ในการจัดกระบวนการอบรมให้กับกลุ่มทดลองในการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 โดยจัดนั่งล้อมวงกันไม่เกิน 50 คน เพื่อพูดคุยกันหลังจากที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต ให้คนที่เข้าร่วมวงได้พูดคุยกันเปิดเผยความรู้สึกของตนเองออกมา มีการคุยกัน รับฟังกันอย่างลึกซึ้ง ไม่ตัดสินแนวความคิดของคนในกลุ่ม ให้ใคร่ครวญในตนเอง ในศักยภาพของตนเองที่จะทำในสิ่งที่เป็นการถูกต้องสำหรับตนเองมากที่สุด ในการนี้อาจจะใคร่ครวญในเรื่องเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของตนเอง เป็นการรับรู้ทัศนคติของตนเองต่อการบริจาคโลหิต กระบวนการนี้ใช้เพิ่มความสามารถของตนเองให้เห็นตัวตนจากภายในได้ชัดเจนมากขึ้น

### 3.4.6 แนวคิดการวิจัยและพัฒนาแบบผสมวิธี

แนวคิดการวิจัยและพัฒนาแบบผสมวิธี จาก URL <http://www.prapasara.co.uk/Mixed%20MethodologyResearch.html> สืบค้นวันที่ 4 กันยายน 2556 ความหมายของการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology, Mixed Methods, Mixed Methods Research) เป็นวิธีการวิจัยที่ผู้วิจัยใช้เทคนิค แนวทาง วิธีการ ความคิดรวบยอด หรือภาษา ผสมผสานร่วมกันระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัยเรื่องเดียวกัน

จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมวิธี จากการศึกษาว่าเพราะเหตุใดต้องใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีคำตอบที่เป็นเหตุผลหลักของทุกสำนักและทุกคน ที่ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี (Mixed Methods) คือ เป็นการแก้จุดอ่อนของแต่ละวิธีด้วยการเสริมจุดแข็ง โดยมีจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายประการดังนี้ (วิโรจน์ สารรัตน์. 2545 : 13 ; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ วรรณิการ์ สุขเกษม. 2547: 285-286 อ้างอิงจาก <http://www.prapasara.co.uk/Mixed%20MethodologyResearch.html>) คือ 1) เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เพิ่มความเชื่อมั่นในผลของการวิจัย 2) เพื่อเป็นการเสริมสร้างให้มีความสมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม (Complementarities) เช่น ตรวจสอบประเด็นที่เข้าซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น 3) เพื่อเป็นการริเริ่ม (Initiation) เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ประเด็นที่ผิดธรรมดา ประเด็นที่ขัดแย้งหรือทัศนะใหม่ ๆ เป็นต้น 4) เพื่อเป็นการ

พัฒนา (Development) เช่น นำเอาผลจากการศึกษาในขั้นตอนหนึ่ง ไปใช้ให้เป็นประโยชน์กับในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น และ 5) เพื่อเป็นการขยาย (Expansion) ให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) มีความสำคัญตามแนวคิดดังนี้ 1) ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมวิธีสามารถเสริมต่อกัน โดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกกลวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว 2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง 3) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น 4) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ และ 5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมวิธีมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

วิวัฒนาการของการวิจัยแบบผสมวิธีในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้มีการถกเถียงในทางความคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์ (Paradigm) การวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ระหว่างกลุ่มปฏิฐานนิยมหรือประจักษ์นิยม (Positivist) ที่นิยมระเบียบวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative methods) และกลุ่มโครงสร้างนิยมหรือปรากฏการณ์นิยม (Constructivist) ที่นิยมระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative Methods) ต่างฝ่ายต่างโต้แย้งว่าทฤษฎีของตนถูกต้อง และพยายามโจมตีฝ่ายตรงข้ามเพื่อให้ฝ่ายตนเหนือกว่า จนกระทั่งได้เกิดนุคเคลออีกกลุ่มหนึ่งขึ้นมาที่ระยะต่อมาเรียกว่า นักปฏิบัตินิยม (Pragmatists) ได้มีการจัดรวมทั้ง 2 กระบวนทัศน์เข้าด้วยกันเพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในการวิจัย เรียกว่า ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยจำแนกได้เป็น 3 ยุคใหญ่ ได้แก่ 1) ยุคระเบียบวิธีเดียวหรือยุคนักวิจัยบริสุทธิ์ (Monomethod or Purist Era) 2) ยุคระเบียบวิธีผสม (Emergence of Mixed Methods) และ 3) ยุคการวิจัยรูปแบบผสมวิธี (Emergence of Mixed Model Studies) รูปแบบของการผสมวิธีกันระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ

รูปแบบหลักของการวิจัยในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยแบบผสมวิธี

(Mixed Methods Research) โดย Mixed Methods เป็นเทคนิควิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์แบบ ผสานวิธีระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน จุดมุ่งหมายของการผสานวิธี ก็เพื่อการแก้ไขข้อจำกัดของแต่ละวิธี ให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รูปแบบ ที่นิยมทำทั้งไทยและต่างประเทศ คือ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นตัวตั้งก่อนแล้วตามด้วยการ วิจัยเชิงคุณภาพ ยกเว้นกรณีที่เป็นอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น จึงจะใช้ การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวตั้ง แล้วค่อยมาตรวจสอบสมมติฐานหรือทฤษฎีด้วยวิธีการวิจัยเชิง ปริมาณ ลักษณะการผสมผสาน จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ระเบียบวิธีแบบผสานวิธี (Mixed Methods) และรูปแบบผสานรูปแบบ (Mixed Model) ในการผสานวิธีกันระหว่างการ วิจัย 2 รูปแบบนั้น อาจเป็นการผสมผสานแบบครั้งต่อครั้ง การผสมผสานนี้มีรูปแบบหลักร่วมกับ รูปแบบรอง หรือแบบผสมผสานทุกขั้นตอน มีดังนี้ 1) การวิจัยแบบ 2 ภาค (Two-phase Design) เป็นการวิจัยในรูปแบบที่แยกการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนอย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่ แยกต่างหาก (การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งต่อครั้ง) แล้วนำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอนโดยเอกเทศ แต่ละตอนตอบคำถามวิจัยต่างประเด็นกัน โดยมีบทสรุปเป็น ตัวเชื่อมโยงการวิจัยทั้งสองตอนเข้าด้วยกัน 2) การวิจัยแบบนำ-แบบรอง (Dominant – less Dominant Design) เป็นการวิจัยที่ดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยหลักแนวทางใดแนวทางหนึ่ง แล้ว เสริมด้วยอีกแนวทางหนึ่ง เช่น ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก และใช้วิธีการบางอย่างของการ วิจัยเชิงคุณภาพมาเสริม เช่น เพื่อขยายความ เพื่อตรวจสอบยืนยัน หรือเพิ่มความลึกของ ข้อมูล ในทางตรงกันข้ามอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักเสริมด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และ 3) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methodology Design หรือ Integrated Approach) รูปแบบนี้เป็นการผสานทั้งระดับมหภาค และจุลภาคระหว่าง 2 กระบวนทัศน์และแนวทางการ วิจัย รูปแบบการวิจัยนี้จัดว่าเป็นการวิจัยลูกผสม (Hybrids) ในทางปฏิบัติเป็นการวิจัยที่ ดำเนินการได้ยาก เนื่องจากต้องมีการผสมผสานทุกขั้นตอนของการวิจัยตั้งแต่นำเสนอปัญหา (ในบทนำของการวิจัย) จนถึงบทสรุปของการวิจัย ซึ่งในบางขั้นตอนอาจจะสามารถ ผสมผสานกันได้เต็มที่ด้วยข้อจำกัดของความแตกต่างในกระบวนทัศน์การวิจัยระหว่างการวิจัย เชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ( ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ นิตราภรณ์, 2553 : 313-343 )

ขั้นตอนการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research Process) จาก ผ่องพรรณตรียมงคลกุล และสุภาพ นิตราภรณ์ (2553) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้  
 ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามการวิจัย ผู้วิจัยอาจจะตั้งคำถามการวิจัยเพียงหนึ่งคำถามซึ่งมี

ลักษณะที่เป็นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรือจะตั้งคำถามการวิจัยหลายคำถามซึ่งอาจจะแยกเป็นคำถามเชิงปริมาณและคำถามเชิงคุณภาพ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ข้อเดียวหรือหลายข้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัย ขั้นตอนที่ 3 การเลือกระเบียบวิธีในการวิจัย ผู้วิจัยต้องพิจารณาเลือกรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตอบคำถามการวิจัย ให้ถูกต้อง แม่นยำ น่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานวิจัย โดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เวลาที่เหมาะสม การให้ค่าน้ำหนักของข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ การผสมผสานวิธีการ ความลึกซึ้งในทฤษฎีหรือวิธีการเปลี่ยนแปลงไป ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 6 การตีความหรือแปลผลข้อมูล ขั้นตอนที่ 7 การกระทำข้อมูลให้ถูกต้อง ขั้นตอนที่ 8 การสรุปผลและการจัดทำรายงานการวิจัย ข้อจำกัดในการใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี ในทางปฏิบัติ พบว่าการวิจัยแบบผสมวิธีมีข้อพึงระวังและมีข้อจำกัดบางประการ คือ วิธีการวิจัยเชิงปริมาณนั้นเป็นวิธีการที่เข้มงวด เป็นระบบและเป็นแบบแผน ส่วนวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นวิธีการที่แบบเนียบ ละเอียดอ่อน และยืดหยุ่น เมื่อนำวิธีทั้งสองมาใช้ในการวิจัยเรื่องเดียวกัน จะต้องใช้ให้เหมาะสม อย่างปล่อยให้ความรู้สึกนึกคิดเชิงคุณภาพไปพ่นคลายความเข้มงวด และความเป็นแบบแผนของวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ในขณะเดียวกันก็อย่าปล่อยให้ความรู้สึกนึกคิดเชิงปริมาณมีอิทธิพลทำให้วิธีการเชิงคุณภาพกลายเป็นการสำรวจหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างฉาบฉวย ซึ่งจะส่งผลทำให้คุณภาพของงานวิจัยขึ้นนั้นลดลงนอกจากนี้ยังพบว่า งานวิจัยแบบผสมวิธีมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ 1) นักวิจัยโดยเฉพาะหัวหน้าโครงการวิจัยต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคนที่ถูกต้องตามหลักวิธี ไม่เช่นนั้นจะได้งานวิจัยที่ไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร 2) ในการวิจัยแบบผสมวิธี จะต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณมากกว่าการทำวิจัยเชิงเดี่ยว ดังนั้นโครงการที่ถูกจำกัดด้วยเวลาและงบประมาณจึงไม่สามารถใช้กลยุทธ์โดยวิธีผสมวิธีได้ ยกเว้นเป็นข้อมูลเสริมบางส่วน และ 3) อาจมีการใช้การวิจัยแบบผสมวิธีตามสมัยนิยม โดยเป็นการใช้แบบผิด ๆ ตามที่ตนเข้าใจหรือใช้โดยมั่วๆ เช่น นักวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบผิวเผิน หรือนักวิจัยเชิงคุณภาพคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามหลักสถิติโดยไม่พิจารณาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม

สรุป ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ในขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี ในขั้นตอนนี้ เป็นการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการบริจาดโลหิต สร้าง

เครื่องมือสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ และยังใช้การสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัจจัยเพิ่มเติมจากการสำรวจ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ คัดข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ด้วยการประชุมระดมสมอง โดยผู้วิจัยร่างชุดกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ให้ผู้เกี่ยวข้องเสนอแนะเพิ่มเติมใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสรุปรูปแบบ ส่งใช้กับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำสู่การปรับปรุงให้รูปแบบที่ร่างขึ้นนั้น มีความสมบูรณ์มากขึ้น จากนั้นนำไปทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบในขั้นตอนที่ 3 ด้วยการวิจัยทดลอง ใช้วิธีการประเมินผลด้วยด้วยการใช้ระเบียบวิธีประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพ และในขั้นตอนที่ 4 เป็นการนำเสนอรูปแบบที่ได้จากการทดลองในขั้นตอนที่ 3 นำเสนอให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตและประชาชนรับทราบเพื่อประเมินความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในเขตพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

### 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบ

มีผู้วิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ อาทิ เช่น พัทธรา พุ่มชาติ (2552 : ง) ได้ศึกษา เรื่อง พัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์การแก้ไขปัญหาคารสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาคารสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย มีการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนิยาม ความสามารถ พฤติกรรมบ่งชี้ และแนวทางพัฒนาความสามารถ ในการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ของเด็กปฐมวัย ตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาคารสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด และโครงสร้างรูปแบบการจัดประสบการณ์ และเครื่องมือประกอบการใช้เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการจัดประสบการณ์ และเครื่องมือประกอบการใช้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทดสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดประสบการณ์การแก้ไขปัญหาคารสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบแผนการวิจัย โดยกำหนดกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการจัดประสบการณ์ต่อเนื่องตามเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ครูปฐมวัย จำนวน 3 คน และนักเรียนชั้นอนุบาล 1-3 จำนวน 74 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดประสบการณ์การแก้ไขปัญหาคารสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่ายู และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือการจัดประสบการณ์

คือรูปแบบจัดประสบการณ์การแก้ไขปัญหาการสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย เครื่องมือประเมิน คือ 1) เครื่องมือประเมินครู ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของครูปฐมวัยเกี่ยวกับเกี่ยวกับรูปแบบการจัดประสบการณ์ แบบประเมินความสามารถในการเขียนแผนการจัดประสบการณ์ และแบบประเมินความสามารถในการจัดประสบการณ์ของครูตามรูปแบบการประเมินความคิดเห็นของครูปฐมวัยที่มีต่อรูปแบบการจัดประสบการณ์ และ 2) เครื่องมือประเมินเด็กปฐมวัย ได้แก่ แบบทดสอบความสามารถ แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบประเมินผลงานความสามารถในการแก้ไขปัญหาการสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย ผลการวิจัยพบว่า 1) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์แก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาลงจากการจัดประสบการณ์สูงกว่าก่อนจัดประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์แก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาลงจากการจัดประสบการณ์สูงเด็กที่ไม่ได้จัดประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เด็กปฐมวัยได้รับการจัดประสบการณ์แก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา 4 ระยะคือ ก่อนการจัดประสบการณ์ หลังการจัดประสบการณ์ครั้งที่ 1 หลังการจัดประสบการณ์ครั้งที่ 2 และติดตามการจัดประสบการณ์ มีการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีความคงทนของพฤติกรรมความสามารถในแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ในระยะติดตามผลการจัดประสบการณ์ และพบว่า เด็กปฐมวัยเกิดจินตนาการ การคิดสร้างสรรค์ การคิดหาเหตุผล ในการนำความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ตามระดับการพัฒนา มาใช้ในการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ และ 4) ครูปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบการจัดประสบการณ์อยู่ในระดับ ดีมาก มีความสามารถในการเขียนแผนการจัดประสบการณ์ และมีความสามารถในการจัดประสบการณ์อยู่ในระดับมาก และมีความคิดเห็นของครูปฐมวัยที่มีต่อรูปแบบการจัดประสบการณ์ มีความเหมาะสม และอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเป็นรูปแบบการจัดประสบการณ์ที่แสดงแนวคิด กระบวนการจัดประสบการณ์ และการจัดสภาพแวดล้อม และการประเมินที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ตามสภาพจริง รูปแบบดังกล่าวนี้ พิชรา พุ่มชาติ (2552 : 5-9) ได้ทบทวนแนวคิด นำแนวคิดมาบูรณาการกัน จำนวน 5 แนวคิด อันดับแรกเป็น แนวคิดกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย 2) แนวคิดพัฒนาการทางสติปัญญา 3) แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์เด็กปฐมวัย 4) แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ และอันดับสุดท้ายคือแนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

จากการทบทวนพัฒนาในรูปแบบดังกล่าว สรุปว่า การพัฒนาจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องทำการทบทวนแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนนำแนวคิดเหล่านั้นมาบูรณาการกัน สร้างและพัฒนา รูปแบบที่ต้องการขึ้นมาจากกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวน

สรุป รูปแบบการส่งเสริมการบริจจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด คือ สิ่งที่ถูกวิจัยได้จัดกระทำให้เกิดขึ้น จากการทบทวนเอกสารและสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จัดสนทนากลุ่มในการค้นหาปัจจัยเพิ่มเติมจากการสำรวจ นำข้อมูลที่ได้ไปสร้างรูปแบบการส่งเสริมการบริจจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ใช้ แนวคิด หลักการ และทฤษฎี จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) แนวคิดการศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม 3) ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม 4) หลักการให้ความรู้และการเขียนแผนให้ความรู้ 5) สุนทรียสนทนา และ 6) หลักการวิจัยแบบผสมผสานวิธี นำ 6 ประเด็นมาผสมผสานกัน วิเคราะห์และสังเคราะห์ สร้างเป็นรูปแบบการส่งเสริมการบริจจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง แล้วนำรูปแบบไปทดลองและประเมินผลการใช้ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงสถิติและเชิงเนื้อหา ให้ได้รูปแบบที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริจจาคโลหิต

โสภิตา เพชรสารกุล (2552 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะติดต่อการบริจจาคโลหิต ของประชากรในอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริจจาคโลหิตเห็นด้วยอย่างมากกับการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์

ดวงภา อินทรสงเคราะห์ (2555 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา การตัดสินใจบริจจาคโลหิตในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษา ความรู้ทัศนคติ การรับรู้ และแรงจูงใจ เกี่ยวกับการบริจจาคโลหิต ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจบริจจาคโลหิต ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาพื้นที่กลุ่มกรุงเทพใต้ จำนวน 1,363 คน ระหว่าง วันที่ 10 –25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจบริจจาคโลหิตมากกว่า ร้อยละ 50 ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.0 ระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 มีทัศนคติเชิงลบสูงกว่าทัศนคติเชิงบวก สวนระดับการรับรู้เกี่ยวกับการบริจจาคโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.8 และมีระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการบริจจาคโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73. ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ แรงจูงใจ กับการตัดสินใจบริจจาคโลหิต ในกลุ่มที่มีความรู้สูง



กว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคโลหิตทุกกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และประวัติการบริจาคโลหิตของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน จะมีการตัดสินใจบริจาคโลหิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศและศาสนาที่แตกต่างกันจะมีการตัดสินใจบริจาคโลหิตไม่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะ จากการวิจัย ควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตแก่ประชาชนและชุมชนต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ และทัศนคติที่ดี การสร้างแรงจูงใจโดยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย และวิธีการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอมีส่วนทำให้มีการบริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น

Rodolfo et.al. (2001: 119) ได้ศึกษา ภาวะการขาดธาตุเหล็กในผู้บริจาคโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริจาคโลหิต 300 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริจาคโลหิตหลายครั้งมีภาวะของการขาดธาตุเหล็กมากกว่าผู้บริจาคโลหิตหนึ่งครั้ง ผู้ชายบริจาคโลหิต 3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อปี และผู้หญิงบริจาคโลหิต 2 ครั้งหรือมากกว่าต่อปี มีภาวะของการขาดธาตุเหล็กสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gillespie, T.W. and Hillier. (2002 : Abstract) ได้ศึกษา การบริจาคโลหิตและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจบริจาคโลหิต ของประชาชนในสหรัฐอเมริกา พบว่า มีการบริจาคโลหิต ร้อยละ 5.0 ในขณะที่ปัจจุบันความต้องการโลหิตเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เกิดความหวุ่นวิตกว่าโลหิตอาจไม่เพียงพอและไม่ปลอดภัย ในทศวรรษที่ผ่านมา ทั่วโลกกำลังค้นหาวิธีการที่จะเพิ่มการบริจาคโลหิต และทำให้โลหิตปลอดภัย ด้วยการศึกษากลุ่มผู้บริจาคโลหิตหลายๆ กลุ่ม การศึกษานี้มุ่งไปที่ แหล่งที่มาของแรงบันดาลใจ ในการตัดสินใจของผู้บริจาคโลหิต การศึกษาบางเรื่องเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของการบริจาคโลหิต ผลการศึกษาอาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ศึกษาอยู่ในปัจจุบัน ข้อมูลการศึกษาที่ได้จึงอาจสะท้อนให้เห็น การนำผลการศึกษาไปกำหนดนโยบาย การกำหนดเป้าหมายการสรรหาผู้บริจาคโลหิต เพื่อที่จะได้สรรหาผู้บริจาคโลหิตได้จริงตามเป้าหมายที่ควรจะเป็น ผลการศึกษาล่าสุด เรื่อง สิ่งจูงใจที่ได้รับเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ก้าวหน้ามากขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบทั้งทางบวกและลบ ที่ผ่านผลการวิจัยหลายเรื่องมีกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น ไปที่ให้สิ่งตอบแทนผู้บริจาค สำหรับที่จะให้ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกเข้ามาบริจาคโลหิตในครั้งต่อไป ยังมีความจำเป็นที่ต้องการคำตอบจากการวิจัยอีกมาก ที่จะค้นหาวิธีการจัดกิจกรรมแทรกแซงที่ได้ผลดี และมาออกแบบพัฒนาระบบการเพิ่มผู้บริจาคโลหิตที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

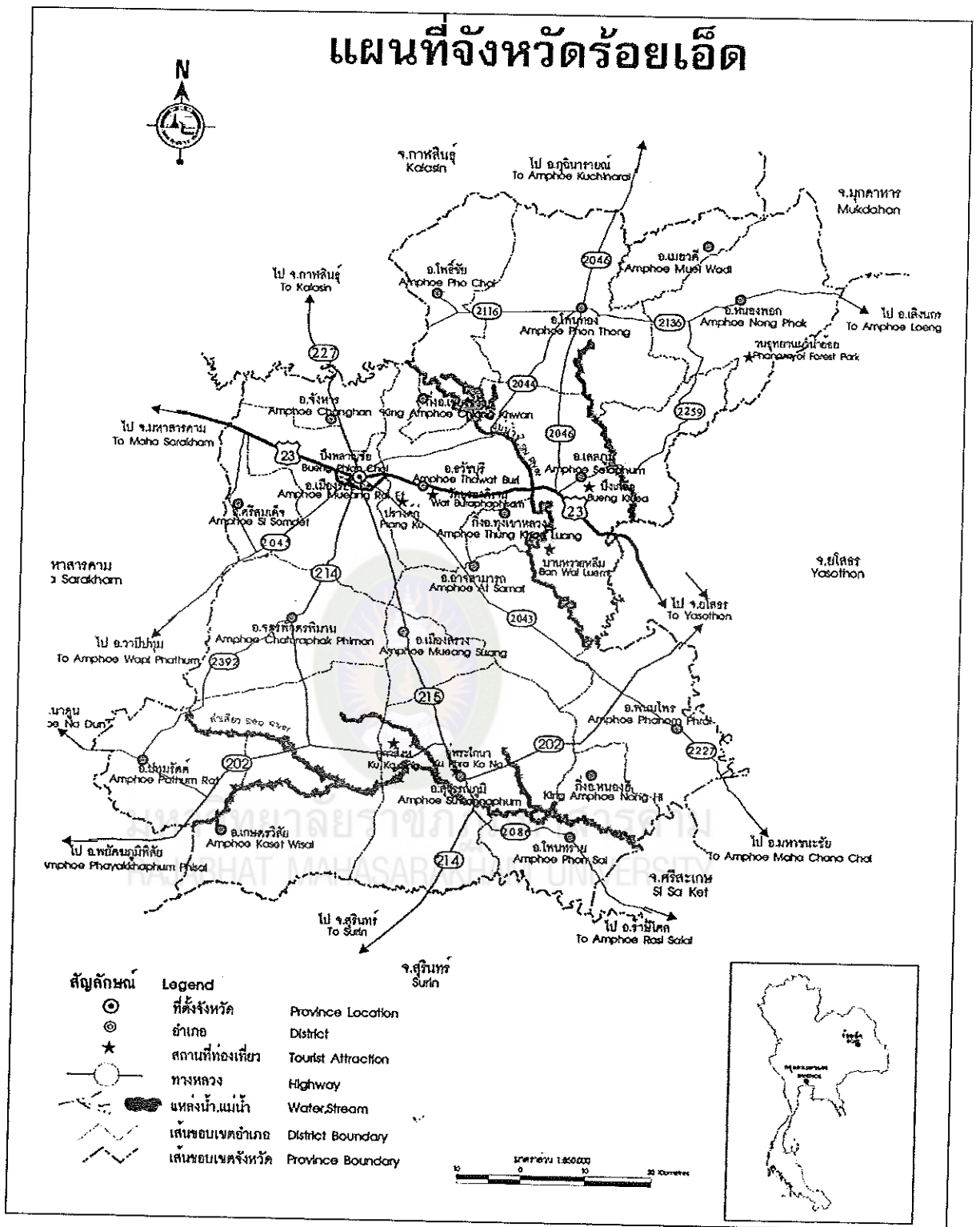
Ownby et.al. (2002 : Abstract) ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้บริจาคโลหิต ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ : ความพยายามที่จะทำให้โลหิตเพียงพอ และปลอดภัย จากสถานการณ์ที่พบว่า จำนวนการบริจาคโลหิตลดลงกว่าเดิม หากเป็นเช่นนี้อาจส่งผลให้มีการขาดแคลนโลหิตอย่างถาวร ประกอบกับที่ประชาชนขาดสิ่งจูงใจในการบริจาคโลหิต รวมถึงกระบวนการสรรหาผู้บริจาคโลหิตขาดประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความถี่ของการบริจาค และ หรือระยะเวลาของการบริจาค ในปีแรก จะส่งผลให้มีการบริจาคอย่างสม่ำเสมอ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เคยบริจาคโลหิตตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป จำนวน 879,816 คน จัดกิจกรรมส่งเสริมการบริจาคโลหิต โดยมีสิ่งตอบแทนให้ เมื่อบริจาคโลหิตครบห้าครั้ง และครบสิบครั้ง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนมากบริจาคโลหิต 2 ครั้ง สัดส่วนของผู้บริจาคซ้ำเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา อัตราการบริจาคเพิ่มขึ้นตามอายุ และยังพบว่าผู้บริจาคที่มีโลหิตหมู่พิเศษ Rh-negative ส่วนมากเป็นผู้บริจาคโลหิตรายเก่า การวิจัยนี้ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริจาคโลหิตในทิศทางบวก และอัตราความต้องการสิ่งตอบแทนสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต จึงน่าจะมีประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปจัดกิจกรรมหรือ โปรแกรม แทรกแซง ที่จะสนับสนุนให้กลุ่มที่บริจาคโลหิตครั้งแรกกลับมาเป็นผู้บริจาคโลหิตซ้ำ กลยุทธ์ การจัดหาสิ่งตอบแทนเพื่อให้ผู้บริจาคกลับมาบริจาคซ้ำ จึงน่าจะเป็นกลยุทธ์การเก็บรักษาผู้บริจาคเก่าให้คงบริจาคอยู่อย่างสม่ำเสมอ

## 5. บริบทของจังหวัดร้อยเอ็ด

### 5.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดร้อยเอ็ด

จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทาง 512 กิโลเมตร มีพื้นที่ 8,299.46 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 5,187,156 ไร่ คิดเป็น ร้อยละ 5.1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดเป็นลำดับที่ 10 ของภาค และลำดับที่ 23 ของประเทศ สามารถเดินทางจากกรุงเทพมหานครถึงจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ 2 ทาง คือ 1) ทางรถยนต์ ใช้เวลาเดินทาง 6 ชั่วโมง 2) ทางอากาศ มีท่าอากาศยาน 1 แห่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง และมีภูเขาเตี้ย ๆ ทางด้านทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนทางด้านใต้เป็นที่ราบ และแอ่งอยู่ในบริเวณทุ่งกุลาร้องไห้ สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลางประมาณ 130-160 เมตร สภาพภูมิอากาศ มี 3 ฤดู ฤดูฝนมีฝนตกไม่สม่ำเสมอระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน ปริมาณน้ำฝนประมาณ 1,200 มิลลิเมตรต่อปี จังหวัดร้อยเอ็ดแบ่งการปกครอง ออกเป็น 20 อำเภอ 192 ตำบล 2,444 หมู่บ้าน 20 ชุมชน ใน 20

อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอปทุมรัตต์ อำเภอธวัชบุรี อำเภอจตุรพักตรพิมาน อำเภอพนมไพร อำเภอโพนทอง อำเภอโพธิ์ชัย อำเภอหนองพอก อำเภอเสลภูมิ อำเภอสว่างแดนดิน อำเภอเมืองสรวง อำเภอโพนทราย อำเภออาจสามารถ อำเภอเมยวดี อำเภอศรีสมเด็จ อำเภอจังหาร อำเภอเชียงขวัญ อำเภอหนองฮี และ อำเภอทุ่งเขาหลวง มีประชากร รวม 1,305,058 คน แยกเป็น ชาย 651,054 คน หญิง 654,004 คน จัดเป็น ลำดับที่ 8 ของภาค และลำดับที่ 12 ของประเทศ ด้านการสื่อสาร มีที่ทำการไปรษณีย์โทรเลข 16 แห่ง มีชุมสายโทรศัพท์ 100 ชุมสาย มีจำนวน 32,093 เลขหมายแต่มีผู้เข้าจำนวน 26,020 เลขหมาย ด้านประชาสัมพันธ์ มีสถานีวิทยุกระจายเสียง จำนวน 6 สถานี ได้แก่ สถานีวิทยุกระจายเสียง จส.3 สถานีวิทยุกระจายเสียงกองทัพภาคที่ 2 สถานีวิทยุกระจายเสียง ตำรวจภูธร ภาค 4 สถานีวิทยุกระจายเสียง อสมท. สถานีวิทยุกระจายเสียงกรมประมง และ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีสถานีวิทยุชุมชนอีกจำนวน 106 แห่ง ประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ดส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ นอกจากนั้น นับถือศาสนาอื่น ๆ เช่น ศาสนาคริสต์ อิสลาม ซิกข์ตามลำดับ ด้านการศึกษา มีโรงเรียนระดับอนุบาล-มัธยมศึกษา จำนวน 924 แห่ง (รัฐบาล 862 แห่ง เอกชน 41 แห่ง โรงเรียนทอ้งถิ่น 7 แห่ง โรงเรียนพระปริยัติธรรม 14 แห่ง) สถานศึกษาระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย จำนวน 16 แห่ง (วิทยาลัย 14 แห่ง มหาวิทยาลัย 2 แห่ง) มีนักศึกษาจำนวน 19,944 คน ด้านการสาธารณสุขมีโรงพยาบาล จำนวน 20 แห่ง (รัฐบาล 18 แห่ง เอกชน 2 แห่ง) สถานีอนามัย จำนวน 230 แห่ง คลินิกทุกประเภท จำนวน 211 แห่ง มีบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 129 คน (รัฐบาล 119 คน เอกชน 10 คน) ทันตแพทย์ จำนวน 39 คน (รัฐบาล 37 คน เอกชน 2 คน) พยาบาล จำนวน 1,222 คน (รัฐบาล 1,169 คน เอกชน 53 คน) ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 11 คน (รัฐบาล 6 คน เอกชน 4 คน) มีเตียงคนไข้ จำนวน 1,349 เตียง (รัฐบาล 1,149 เตียง เอกชน 200 เตียง) จังหวัดร้อยเอ็ด มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้ ด้านทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดมุกดาหาร ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดศรีสะเกษ ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดยโสธร และทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดมหาสารคาม รายละเอียดแสดงในแผนภาพที่ 5



แผนภาพที่ 5 : แผนที่จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2556 : 3

ประชากรจังหวัดร้อยเอ็ด แยกรายอำเภอ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรจังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามเพศรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน ตำบล	จำนวนประชากร (คน)		
			ชาย	หญิง	รวม
1	เมืองร้อยเอ็ด	14	76,412	79,281	155,693
2	เกษตรวิสัย	13	48,924	49,159	98,084
3	ปทุมรัตน์	8	26,552	26,878	53,430
4	จตุรพักตรพิมาน	12	39,925	40,580	80,505
5	ธวัชบุรี	12	33,975	34,165	68,140
6	พนมไพร	13	36,906	36,481	73,387
7	โพนทอง	14	53,631	54,001	107,632
8	โพธิ์ชัย	9	28,801	28,819	57,620
9	หนองพอก	9	32,946	32,552	65,498
10	เสลภูมิ	18	59,841	60,440	120,281
11	สุวรรณภูมิ	15	58,114	58,230	116,344
12	เมืองสรวง	5	11,067	11,652	23,259
13	โพนทราย	5	13,952	13,983	27,935
14	อาจสามารถ	10	37,268	37,068	74,336
15	เมยวดี	4	11,292	11,374	22,666
16	จังหาร	8	23,362	23,713	47,075
17	ศรีสมเด็จ	8	19,153	17,633	36,786
18	เสิงสาง	6	13,829	13,959	27,778
19	หนองฮี	4	12,665	12,294	24,959
20	ทุ่งเขาหลวง	4	11,898	11,752	23,650
จังหวัดร้อยเอ็ด		192	651,054	654,004	1,305,059

ที่มา : ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2556: 4-6)

การจำแนกประชากรตามช่วงอายุ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลประชากรจังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนประชากร (คน)		
	ชาย	หญิง	รวม
0-4	37,770	31,363	69,133
5-9	41,251	40,134	81,385
10-14	52,594	50,632	103,227
15-19	64,841	50,500	115,341
20-24	43,571	43,190	86,762
25-29	55,946	54,088	110,034
30-34	59,040	59,004	118,045
35-39	63,294	64,188	127,482
40-44	55,817	59,004	114,822
45-49	54,247	47,044	92,291
50-54	37,770	40,665	78,436
60-64	32,743	33,622	66,365
65-69	23,977	27,642	51,619
70-74	10,442	20,067	36,052
75 ปีขึ้นไป	10,699	18,074	28,779
ไม่ทราบกลุ่มอายุ	65	35	100
<b>รวมทุกช่วงอายุ</b>	<b>651,054</b>	<b>654,004</b>	<b>1,305,059</b>

ที่มา : ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2556 : 8-9)

## 5.2 ข้อมูลด้านสาธารณสุขและการรับบริจาคโลหิตของจังหวัดร้อยเอ็ด

สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป  
จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30

เตียง จำนวน 13 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ขนาด 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง  
โรงพยาบาลเอกชนขนาด 100 เตียง จำนวน 2 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.  
2556 : 8)

โลหิตที่ใช้ภายในจังหวัดร้อยเอ็ดนั้น ได้มาจาก 3 ช่องทาง ได้แก่ 1) การรับ  
บริจาคโลหิตโดยคลังเลือดในโรงพยาบาล 2) รับบริจาคโลหิตโดยหน่วยรับบริจาคโลหิต  
เคลื่อนที่ และ 3) ขอเบิกจากแหล่งอื่น อาทิ เช่น โรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง ศูนย์บริการ  
โลหิตแห่งชาติสาขาขอนแก่น และสาขาอุบลราชธานี กรณีรับบริจาคโลหิตภายในโรงพยาบาล  
นั้นจะรับบริจาคโลหิตได้เป็นบางโรงพยาบาลเท่านั้น อาทิ เช่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด  
โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นขนาด 60 เตียง แต่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ยกเว้น  
โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ไม่สามารถรับบริจาคโลหิตได้เอง เวลาจะใช้โลหิตภายในโรงพยาบาล  
ที่ยังไม่สามารถรับบริจาคโลหิตได้เอง ส่วนมากต้องขอเบิกจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยตรง  
ถ้าโลหิตสำรองที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดไม่เพียงพอที่จะจ่ายให้กับโรงพยาบาลอื่น ก็จะเบิกโลหิต  
จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดไม่ได้ (โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. 2555: เอกสารอัดสำเนา)  
สำหรับกรณีของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่นั้น เป็นบทบาทหน้าที่ของเหล่ากาชาดจังหวัด  
ร้อยเอ็ด ร่วมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จัดทีมออกให้บริการเคลื่อนที่ตามจุดต่าง ๆ ในแต่ละ  
อำเภอ ตามแผนของเหล่ากาชาดจังหวัดร้อยเอ็ด การออกรับบริจาคโลหิต สัปดาห์ละประมาณ  
2-3 ครั้ง ซึ่งจะหมุนเวียนไปในแต่ละจุดบริการของแต่ละพื้นที่ทุก ๆ 3 เดือน โลหิตที่ได้รับ  
บริจาค จะนำไปตรวจคุณภาพตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าปลอดภัยที่จะให้กับผู้ป่วย  
จากนั้นนำโลหิตจากการบริจาคไปจัดเก็บที่คลังเลือดของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้แต่ละ  
หน่วยบริการทำเรื่องขอเบิกไปให้กับผู้ป่วย ตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีโลหิตตรวจ  
คุณภาพแล้วไม่ผ่าน จะจำหน่ายโลหิตทิ้งไป โดยไม่นำมาให้กับผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละปีมีการ  
จำหน่ายโลหิตทิ้งไป ประมาณ 700-1,000 ยูนิต ต่อปี ซึ่งส่วนมากเป็นการติดเชื้อที่สามารถ  
ติดต่อจากการถ่ายโลหิต เช่น ติดเชื้อเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบ เป็นต้น (โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.  
2555: เอกสารอัดสำเนา)

### 5.3 ข้อมูลอำเภอเมืองสรวง

อำเภอเมืองสรวงตั้งอยู่ที่ทิศใต้ของจังหวัดร้อยเอ็ด ห่างจากตัวจังหวัดร้อยเอ็ด 26  
กิโลเมตร มีพื้นที่ 209.4 ตารางกิโลเมตร จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2556 : 8-9)  
มีประชากร จำนวน 23,259 คน เพศชาย จำนวน 11,067 คน และเพศหญิง จำนวน 11,652 คน  
จากรายงานของโรงพยาบาลเมืองสรวง (2555) อำเภอเมืองสรวงแบ่งพื้นที่การปกครองเป็น 5

ตำบล จำนวน 49 หมู่บ้าน คือ 1) ตำบลหนองผือ จำนวน 9 หมู่บ้าน 2) ตำบลหนองหิน จำนวน 10 หมู่บ้าน 3) ตำบลคูเมือง จำนวน 10 หมู่บ้าน 4) ตำบลกกกุง จำนวน 11 หมู่บ้าน และ 5) ตำบลเมืองสรวง จำนวน 9 หมู่บ้าน อำเภอเมืองสรวงมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 แห่ง คือ 1) เทศบาลตำบลเมืองสรวง ครอบคลุมพื้นที่ 2 ตำบล คือตำบลหนองผือและตำบลเมืองสรวง 2) เทศบาลตำบลหนองหิน 3) เทศบาลตำบลคูเมือง และ 4) เทศบาลตำบลกกกุง มีโรงเรียน จำนวน 18 โรงเรียน เป็นโรงเรียนของรัฐบาล จำนวน 17 โรงเรียน มีโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 2 โรงเรียน มีโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ภูมิอากาศแห้งแล้ง ไม่มีแม่น้ำไหลผ่าน หน้าแล้งจะมีแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานนอกพื้นที่เป็นจำนวนมาก

ในส่วนการรับบริจาคโลหิตในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จะรับบริจาคเมื่อมีหน่วยกาชาดเคลื่อนที่ออกมารับบริจาคเท่านั้น หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ส่วนใหญ่จะใช้หอประชุมของอำเภอเมืองสรวง เป็นสถานที่ตั้งรับบริจาคโลหิตชั่วคราว ออกรับบริจาคโลหิตที่อำเภอเมืองสรวง ทุก ๆ 3 เดือน หรือ จำนวน 4 ครั้งต่อปี ได้รับจำนวนโลหิตบริจาคประมาณ 60 – 140 ยูนิต ต่อครั้งบริจาค ในช่วงโรงเรียนปิดภาคเรียนหรือใกล้ช่วงสอบปลายภาคเรียน จำนวนผู้บริจาคโลหิตจะมีจำนวนน้อยกว่าช่วงอื่น ๆ เนื่องจากมีจำนวนนักเรียนมาบริจาคโลหิตน้อยหรือไม่มีนักเรียนมาบริจาคโลหิตเลย สำหรับโรงพยาบาลเมืองสรวงไม่ได้รับบริจาคโลหิตที่โรงพยาบาล ไม่มีคลังเลือดในโรงพยาบาล แต่มีตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาโลหิตไว้ที่กลุ่มงานชั้นสูตสาธารณสุข ซึ่งเก็บสำรองโลหิตจากการเบิกจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำรองโลหิตเอาไว้หมู่โลหิตละ 1 ยูนิต บางครั้งก็เบิกมาสำรองไม่ได้เนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดต้องใช้โลหิตให้กับผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจำนวนมาก ไม่สามารถจ่ายโลหิตบริจาคให้กับโรงพยาบาลที่ขอเบิกได้ ต้องรอเบิกโลหิตจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในครั้งต่อไป แต่ถ้าเป็นกรณีผู้ป่วยต้องรักษาโดยการให้โลหิตทดแทนแบบเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในกรณีผู้ป่วยรอได้ เช่น การผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินต้องจองโลหิตไว้ให้ผู้ป่วยก่อน แต่ถ้าจองโลหิตสำรองมาไว้สำหรับให้ผู้ป่วยไม่ได้ จำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปจนกว่าจะมีความพร้อม บางครั้งต้องส่งเรื่องไปขอเบิกโลหิตจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติออุบลราชธานี ซึ่งก็ต้องง้อล่วงหน้าเช่นเดียวกัน



## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามี 8 ปัจจัย ที่ส่งเสริมการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโลหิตและการบริจาคโลหิต ทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิตและภาวะการณ์ขาดแคลนโลหิต ปัญหาและอุปสรรคของการบริจาคโลหิต จำนวนครั้งของการบริจาคโลหิต พฤติกรรมตั้งใจบริจาคโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริจาคโลหิตของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด นำปัจจัยที่มีผลจากการวิจัยขั้นตอนที่ 1 ไปสร้างรูปแบบการส่งเสริมการบริจาคโลหิตด้วยการนำแนวคิด ทฤษฎี 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) แนวคิดการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม 3) ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม 4) หลักการให้ความรู้และการเขียนแผนให้ความรู้ 5) ศูนย์เรียนสนทนา และ 6) หลักการวิจัยแบบผสมผสานวิธี วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว สร้างและพัฒนาตามกระบวนการ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการบริจาคโลหิต ของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด กรอบแนวคิด ดังแสดงในแผนภาพที่ 6





แผนภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย