

ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต และพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในสวนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคโลหิต” ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโลหิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคโลหิต

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโลหิต⁽²³⁻²⁶⁾

โลหิต คือของเหลวข้นสีแดง ที่ไหลเวียนอยู่ภายในหลอดโลหิตทั่วร่างกาย โดยสูบฉีดจากหัวใจ อวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่สร้างโลหิต คือ ไชกระดูก

ปริมาณโลหิตในร่างกายมนุษย์แตกต่างกัน ตามน้ำหนัก เพศ อายุ สามารถคำนวณได้โดยเทียบจากน้ำหนักตัว ซึ่งจะมีประมาณร้อยละ 8 ของน้ำหนักตัว ปกติจะมีโลหิตไหลเวียนอยู่ในร่างกายประมาณ 4,000-5,000 ซี.ซี

โลหิตแบ่งได้ 2 ส่วน คือ

1. เซลล์เม็ดโลหิต จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 45 ของโลหิตทั้งหมด เซลล์เม็ดโลหิตมี 3 ชนิด คือ

1.1 เม็ดโลหิตแดง(Erythrocytes) มีหน้าที่สำคัญในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกาย เม็ดโลหิตแดงมีอายุการทำงานประมาณ 120 วัน หลังจากนั้นจะถูกทำลายที่ม้าม

1.2 เม็ดโลหิตขาว(Leucocytes) ทำหน้าที่ปกป้องและทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และสารที่เป็นอันตรายอื่นๆ มีอายุการทำงานในกระแสโลหิตประมาณ 10 ชั่วโมง

1.3 เกร็ดโลหิต(Platelets) ทำหน้าที่ช่วยในการห้ามโลหิตเมื่อหลอดโลหิตมีการฉีกขาด และเกร็ดโลหิตจะเป็นตัวที่ก่อให้เกิดกลไกในการแข็งตัวของโลหิต ในภาวะปกติเกร็ดเลือดจะช่วยเสริมความแข็งแรงของหลอดเลือด มีอายุการทำงานในกระแสโลหิต ประมาณ 5 - 10 วัน

2. พลาสมา(Plasma) คือ ส่วนที่เป็นของเหลวของโลหิตที่ทำให้เม็ดโลหิตทั้งหลายลอยตัวมีลักษณะเป็นน้ำสีเหลือง จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 55 ของโลหิตทั้งหมด มีหน้าที่ควบคุมระดับความดันและปริมาตรของโลหิต ป้องกันโลหิตออก และเป็นภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่จะเข้าสู่ร่างกาย

พลาสมา ประกอบด้วยส่วนที่เป็นน้ำ ประมาณร้อยละ 92 และส่วนโปรตีน ประมาณร้อยละ 8 ซึ่งโปรตีนที่สำคัญ ได้แก่

- อิมมูโนโกลบูลิน มีหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันโรคติดต่อต่างๆ ที่จะเข้าสู่ร่างกาย
- แอลบูมิน มีหน้าที่รักษาความสมดุลของน้ำในหลอดเลือดและเนื้อเยื่อ

หมู่โลหิต

หมู่โลหิตที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการรับโลหิต การรับโลหิตผิดหมู่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หมู่โลหิตสามารถจำแนกได้มากมายหลายระบบ ระบบหมู่โลหิตที่สำคัญคือหมู่โลหิตระบบ ABO และระบบ Rh

1. หมู่โลหิตระบบ ABO

การจำแนกหมู่โลหิตในระบบ ABO นั้นจะมีสารโปรตีน (Antigen) เป็นตัวจำแนกหมู่โลหิต คือ สารโปรตีน A (Antigen-A) และสารโปรตีน B (Antigen-B) เป็นตัวกำหนด กล่าวคือ

1.1 หมู่โลหิต A คือหมู่โลหิตที่มีสารโปรตีน A (Antigen-A) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง และมี Antibody-B อยู่ในน้ำเหลือง คนไทยจะมีหมู่โลหิต A ประมาณร้อยละ 21

1.2 หมู่โลหิต B คือหมู่โลหิตที่มีสารโปรตีน B (Antigen-B) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง และมี Antibody-A อยู่ในน้ำเหลือง คนไทยจะมีหมู่โลหิต B ร้อยละ ประมาณ 34

1.3 หมู่โลหิต O คือหมู่โลหิตที่ไม่มีสารโปรตีน A (Antigen-A) และไม่มีสารโปรตีน B (Antigen-B) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง แต่มี Antibody-A กับ Antibody-B อยู่ในน้ำเหลือง คนไทยจะมีหมู่โลหิต O ประมาณ ร้อยละ 38

1.4 หมู่โลหิต AB คือ หมู่โลหิตที่มีสารโปรตีน A (Antigen-A) และมีสารโปรตีน B (Antigen-B) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง ไม่มี Antibody-A กับ Antibody-B อยู่ในน้ำเหลือง คนไทยจะมีหมู่โลหิต AB ประมาณ ร้อยละ 7

2. หมู่โลหิต Rh⁽³²⁾

การจำแนกหมู่โลหิตระบบ Rh จะอาศัยสารโปรตีนที่จับอยู่บนผิวของเม็ดโลหิตแดง เรียกว่าสารโปรตีน ดี (Antigen-D) เป็นตัวบอก หมู่โลหิตระบบ Rh แบ่งออกได้ 2 หมู่

2.1 หมู่โลหิต Rh บวก คือหมู่โลหิตที่มีสารโปรตีน ดี (Antigen-D) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง คนไทยพบว่า มีหมู่โลหิต Rh บวก ประมาณร้อยละ 99.7 ซึ่งถือว่าเป็นหมู่โลหิตธรรมดา

2.2 หมู่โลหิต Rh ลบ คือหมู่โลหิตที่ไม่มีสารโปรตีน ดี (Antigen-D) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง คนไทยพบว่า มีหมู่โลหิต Rh ลบ ประมาณร้อยละ 0.3 ซึ่งถือว่าเป็นหมู่โลหิตหายากหรือหมู่โลหิตพิเศษ

การบริจาคโลหิต^(24,26)

หมายถึง การเอาโลหิตออกจากร่างกายโดยการเจาะออกจากทางเส้นโลหิตดำบริเวณข้อพับแขน ครั้งหนึ่งๆ ประมาณ 300 – 450 มิลลิลิตร หรือประมาณร้อยละ 6 ของปริมาณโลหิตในร่างกาย การบริจาคโลหิตสามารถบริจาคได้ ทุก 3 เดือน (ปีละ 4 ครั้ง) เพราะเมื่อบริจาคออกไป ไชกระดูกจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเม็ดโลหิตขึ้นมาทดแทนให้มีปริมาณโลหิตในร่างกายเท่าเดิม ถ้าไม่ได้บริจาค ร่างกายจะขับเม็ดโลหิตที่สลายตัว เพราะหมดอายุออกมาในรูปของปัสสาวะ อุจจาระ หรือเหงื่อ การบริจาคโลหิตใช้เวลาประมาณ 15 นาที/ครั้ง

คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต⁽²⁴⁾

1. บริจาคได้ทั้งหญิงและชาย ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
2. ต้องมีอายุ 17-60 ปี
3. น้ำหนัก 45 กก. ขึ้นไป
4. ไม่มี ประวัติเป็นโรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี
5. ไม่เป็นไข้มาเลเรียในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้ คือ กามโรค คุดทะราด ไอเรื้อรัง ไอมีโลหิต โลหิตออกง่ายผิดปกติ โรคหืดหอบ อาการแพ้อื่นๆ เป็นลมบ่อยๆ ชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน
6. ไม่อยู่ในระหว่างน้ำหนักลดมากในระยะสั้นโดยไม่ทราบสาเหตุ
7. ไม่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ไม่เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์
8. ไม่เคยเสพยาเสพติด, ไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน, ภายหลังผ่าตัดหรือคลอดบุตร 6 เดือน
9. ความดันโลหิต ซิสโตริกไม่ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท
10. สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง นอนหลับพักผ่อนเต็มที่ก่อนมาบริจาคอย่างน้อย 6 ชั่วโมง และวันระยะ 3 เดือน ถ้าเคยบริจาคโลหิตมาก่อน

การจัดหาผู้บริจาคโลหิตที่ปลอดภัย⁽¹⁶⁾

จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อให้ได้โลหิตที่ปลอดภัย ปราศจากเชื้อองค์การอนามัยโลกและสภากาชาดโลก มีข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดหาผู้บริจาคโลหิตที่ปลอดภัยความ เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคเอดส์ในการรับถ่ายโลหิตโดยมีกลวิธีดำเนินการดังนี้

1. ส่งเสริมการบริจาคโลหิตโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน(Non-remunerated voluntary dopnation) และมีการคงไว้ซึ่งกลุ่มผู้บริจาคโลหิตอย่างสม่ำเสมอ(Regular Donors)
2. สรรหาผู้บริจาคโลหิตจากกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อต่ำ(Low-risk community group)

3. สร้างกลไกการงดการบริจาคโลหิตด้วยตนเอง(Self-exclusion, Self deferral)อย่างมีประสิทธิภาพ
4. กำหนดให้มีการตรวจสอบสุขภาพเพื่องดรับผู้บริจาคที่ไม่ครบเกณฑ์มาตรฐาน
5. มีการฝึกอบรมผู้จัดหาและผู้ประสานงานการจัดการโลหิตอย่างถูกต้องและเหมาะสม
6. จัดทำเอกสารและสื่อที่เหมาะสม และสามารถตอบสนองต่อคำถามการคัดกรองตามความเป็นจริง
7. มีการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิตเรื่อง ความปลอดภัยในการบริจาคโลหิต การรับถ่ายโลหิต และการติดโรคเอดส์

โรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อได้จากการบริจาคโลหิต

เชื้อที่สามารถติดต่อจากผู้บริจาคไปยังผู้รับ ได้แก่⁽²⁷⁾

1. เชื้อไวรัส

- 1.1 ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
- 1.2 Retroviruses ได้แก่ HIV-1, HIV-2 และ HTLV-1
- 1.3 ไวรัสอื่นๆ ได้แก่ Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, Parvovirus และ Herpes Zoster virus

Herpes Zoster virus

2. เชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ เชื้อซิฟิลิส(Treponema pallidum), Salmonella, Rickettsia และ Mycobacterium leprae เป็นต้น

3. เชื้อปรสิต ได้แก่ มาลาเรีย, โรคเท้าช้าง(Microfilariae) และ Toxoplasma gondii

โรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาในการบริจาคโลหิตนั้นมักจะเป็นโรคที่มีเชื้ออยู่ในโลหิตหรือในเม็ดโลหิตโดยที่ผู้ให้นั้นยังไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งอยู่ในระยะฟักตัวหรือเป็นพาหะของโรค ถ้าไปบริจาคโลหิตโดยไม่ทราบว่ามีการติดเชื้ออยู่ในร่างกายก็จะเป็นผลให้ผู้รับโลหิตได้รับเชื้อโรคเข้าไปด้วย โรคติดเชื้อที่มากับโลหิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี, โรคไวรัสตับอักเสบบี, โรคซิฟิลิส และโรคเอดส์ เป็นต้น

1. โรคไวรัสตับอักเสบบี⁽²⁸⁾

ไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคตับอักเสบบีเฉียบพลัน ตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง ตับแข็ง เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนหนึ่งจะทำให้เกิดเป็นพาหะ(ตรวจพบ HBs Ag) ต่อมาเมื่อตับอักเสบบีเรื้อรัง และกลายเป็นตับแข็งแล้วจึงเป็นมะเร็งตับตามมา ระยะฟักตัวของโรคไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 50-80 วัน โดยเฉลี่ย 90 วัน จะสามารถตรวจพบ เชื้อ HBs Ag ในน้ำเหลืองหรือน้ำคัดหลังของผู้ติดเชื้อ

อาการแสดง อาการจะเริ่มด้วย เพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะสีเข้ม ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา มีตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด และถ้ามีอาการเรื้อรังจะมี ตับม้ามโต อาจมีน้ำในท้อง ต่อไปอาจจะเป็นตับแข็ง

การติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นโดยการมีเพศสัมพันธ์ การรับโลหิต การถูกเข็มฉีดยาที่เชื่อมปนเปื้อน ไวรัสตับอักเสบบีนั้นเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ง่ายกว่า โรคอื่น เช่น ถ้าถูกเข็มฉีดยาที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตำมีโอกาสดูดเชื้อได้ถึงร้อยละ 50-70 (กรณีไม่มีภูมิคุ้มกัน) ทั้งนี้เพราะเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบในน้ำเหลืองได้ในปริมาณสูง ในขณะที่เชื้อโรคเอดส์จะอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว นอกจากนี้การใช้ของร่วมกัน เช่น มีดโกนหนวด แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ เจาะหู ลัก ผึ้งเข็ม เป็นต้น

2. โรคไวรัสตับอักเสบบี⁽²⁸⁾

ไวรัสตับอักเสบบี หรือรู้จักกันในชื่อ NANB(Non A Non B Virus) จากการศึกษาการติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 1.3⁽¹⁴⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของกองระบาดวิทยา คือ ร้อยละ 1.9 มีระยะฟักตัวประมาณ 5-10 สัปดาห์

อาการแสดง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือถ้ามี ก็แสดงอาการน้อย ได้แก่ ตัวเหลือง ตาเหลือง และเมื่อมีการติดเชื้อแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้อเรื้อรังร้อยละ 50-75 แล้วจะเป็นตับอักเสบบีเรื้อรังแล้วกลายเป็นตับแข็ง

การติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นโดยการมีเพศสัมพันธ์ ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการรับโลหิต รวมทั้งผลิตภัณฑ์ของโลหิต

3. โรคซิฟิลิส

เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* (ซิฟิลิส) มีระยะฟักตัวประมาณ 10-90 วัน(โดยเฉลี่ย 21 วัน) จากการศึกษาหาความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้บริจาคโลหิตที่หน่วยคลังเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ.2535-2542 พบอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 1.1 ซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ร้อยละ 1.54

อาการแสดง หลังจากระยะฟักตัว จะเกิดเป็นแผล มักเป็นแผลเดี่ยว ลักษณะกลมหรือรี ซึ่งมีขอบสีแดง ต่อมน้ำเหลืองโต มีผื่นที่ผิวหนัง ผอมร่างเป็นหย่อมๆ

การติดต่อเชื้อ สามารถติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยขณะมีเพศสัมพันธ์ จะเข้าสู่ผิวหนังที่มีรอยถลอก เชื้อจะแพร่ไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ต่อมาจะแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด และถ้าไปบริจาคโลหิตจะทำให้ผู้ป่วยที่รับโลหิตมีเชื้อโรคซิฟิลิสเข้าไป ดังนั้นเชื้อสามารถติดต่อกันจากการรับโลหิตได้

4. โรคเอดส์⁽²⁹⁻³¹⁾

ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 เป็นผู้ป่วยชายไทยที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ติดเชื้อจากประเทศสหรัฐอเมริกา แล้วกลับมารักษาที่เมือง

ไทยและถึงแก่กรรมในเดือนพฤศจิกายนปีเดียวกัน ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้ทำการสุ่มตรวจ HIV antibody ในโลหิตซึ่งได้รับบริจาคจากกลุ่มผู้บริจาคกลุ่มต่างๆ ปรากฏว่าตรวจพบ anti-HIV บวก ในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 0.12 ของผู้บริจาคโลหิตที่สุ่มตรวจทั้งหมด จากการตรวจพบเชื้อโรคเอดส์ครั้งนี้ทำให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติตั้งรับบริจาคโลหิตจากผู้ต้องขังในเรือนจำ เพราะถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อมาในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2530 มีการตรวจพบ anti-HIV บวก ในผู้ป่วยรายหนึ่งโดยไม่มีประวัติเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV นอกจากการรับโลหิต 10 หน่วยเมื่อประมาณ 6 เดือนก่อนหน้านั้น เมื่อทำการสืบสวน และตรวจสอบย้อนหลังพบว่าผู้บริจาครายหนึ่งในจำนวน 10 ราย นั้น มีผล anti-HIV บวก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจึงเริ่มทำการตรวจกรองโลหิตบริจาคทุกขวด ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2530 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม ยังมีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์จากการรับโลหิตที่ได้ผ่าน การตรวจ anti-HIV แล้ว จึงได้มีการเสนอให้มีการตรวจ HIV antigen ควบคู่กับ anti-HIV กันไปด้วยเพื่อที่จะช่วยลดการติดเชื้อเอดส์จากการรับโลหิตได้ เพราะยังมีผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้ออยู่ในระยะ Window period คือระยะที่ตรวจไม่พบ antibody แม้ว่าจะได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว ดังนั้นศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจึงได้ทำการตรวจ HIV antigen ควบคู่กับ anti-HIV ของโลหิตบริจาคทุกขวดที่ได้รับบริจาคมาตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2534 เป็นต้นมา

อาการแสดง ในระยะแรก อาจจะไม่มีอาการใดๆเลย เป็นระยะที่มีการติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่แสดงอาการ ต่อมาเป็นระยะที่มีอาการแสดง ซึ่งสัมพันธ์กับโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการดังนี้ มีไข้ อูจจาระร่วงเรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองโต มีเชื้อราในปาก เป็นงูสวัด น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเช่น วัณโรค ปอดบวม ติดเชื้อราขึ้นสมอง เป็นต้น

การติดต่อเชื้อเอดส์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ การรับโลหิตที่มีเชื้อไวรัสเอดส์ ใช้เข็มฉีดยาเพื่อฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ลูก และการถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อไวรัสเอดส์ตำหรือบาด

การตรวจโลหิตก่อนนำไปใช้

เพื่อลดความเสี่ยงในการรับโลหิต(Transfusion Risk) ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นความเสี่ยงจากการถ่ายโลหิตที่สำคัญมี 2 ประเภท^(7,32) คือ

1. Mismatched Reaction ซึ่งเกิดจากการได้รับถ่ายโลหิตผิดหมู่ เป็นปฏิกิริยาระหว่างหมู่เลือด ABO และ antibody ถ้ามีผู้รับ Antibody ต่อหมู่โลหิตหมู่ใดหมู่หนึ่งของโลหิตที่ได้รับการถ่ายก็จะเกิดปฏิกิริยาขึ้น ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกและจับกลุ่ม(Hemolytic Transfusion Reaction) ทำให้เสียชีวิตได้
2. Transmissible Infection คือการติดเชื้อโรคจากการรับถ่ายโลหิต มีทั้งเชื้อไวรัสแบคทีเรีย และปรสิต ที่สำคัญต่อประเทศไทยได้แก่ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซีฟิลิส เชื้อโรคเอดส์ และมาลาเรีย(ไม่มีการตรวจหาเชือนี้)

ดังนั้นโลหิตบริจาคทุกหน่วยต้องได้รับการตรวจก่อนนำไปให้ผู้ป่วย เพื่อให้ได้โลหิตที่มีคุณภาพ และมีความปลอดภัยสูงสุด ใช้วิธีตรวจกรองเพื่อลดช่องว่างของการตรวจพบเชื้อ(window period)โดยแยกตรวจดังต่อไปนี้^(30,18)

1. ตรวจหาหมู่โลหิต ในระบบ ABO และ ระบบ Rh
2. ตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ (anti-HIVใช้วิธี Chemiluminescence ยืนยัน ด้วยELISA และRapid Test, ส่วน HIV-Ag ใช้วิธี ELISA)
3. ตรวจหาร่องรอยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี(HBs Ag) ใช้วิธี Chemiluminescence
4. ตรวจหาร่องรอยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV)ใช้วิธี Chemiluminescence
5. ตรวจหาเชื้อซิฟิลิส ใช้วิธีRPR(reactive plasma reagin) ยืนยัน ด้วยTPHA (Treponema pallidum haemagglutination)
6. ตรวจกรองแอนติบอดี(antibody)ของหมู่โลหิตระบบอื่น

2. ทักษะ (Attitude)

2.1 ความหมายของทักษะ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526) ⁽³³⁾ให้ความหมายของ ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆเช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำสถานการณ์ และอื่น ๆรวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทักษะเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ

ศักดิ์ สุนทรเสณี (2531) ⁽³⁴⁾ กล่าวว่า ทักษะ เป็นการรวบรวมเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความเชื่อ และความจริง(ได้แก่ความรู้ต่างๆ) ซึ่งอาจเป็นการประเมินทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกันแล้วบรรยายให้รู้ถึงจุดแกนกลางของวัตถุนั้น แล้วความรู้และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มก่อให้เกิดพฤติกรรมชนิดใดชนิดหนึ่งต่อไป

เฉลิมพล ดันสกุล(2541) ⁽³⁵⁾ ให้ความหมายของ ทักษะ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่างๆหรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ

Thurstone (1967) ⁽³⁶⁾ กล่าวว่า ทักษะเป็นระบบของความรู้สึกมาก น้อยในด้านบวก และลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรได้หลายอย่าง เช่น สิ่งของ บุคคล บทความ ความคิด ความรู้สึกเหล่านี้ผู้ที่รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

Rokeach(1970)⁽³⁷⁾ กล่าวถึง ทศนคติ คือ การผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

สรุปได้ว่าทศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นที่เป็นภาพรวมของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อสิ่งใดๆ ซึ่งอาจเป็นบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นแรงจูงใจให้ตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ ในลักษณะที่สนับสนุนหรือต่อต้าน เช่น ชอบ - ไม่ชอบ, เห็นด้วย - ไม่เห็นด้วย เป็นต้น

2.2 องค์ประกอบของทศนคติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ⁽³⁵⁾ คือ

1.ด้านความรู้(Cognitive Component) คือ การรับรู้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น

2. ด้านความรู้สึก (Affective Component) คือ การแสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า ชอบ หรือ ไม่ชอบ, พอใจ หรือ ไม่พอใจซึ่งเป็นการทำที่แสดงออกว่าชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งเร้า และส่วนที่เป็น

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือ ความพร้อมที่จะกระทำ เป็นความโน้มเอียงที่จะกระทำ ทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมิน และมีความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

2.3 การวัดทศนคติ

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ(2534)⁽³⁸⁾ ได้กล่าวว่าการวัดทศนคติต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบของทศนคติ ฉะนั้นการวัดจะต้องวัดเป็นภาพรวม โดยพิจารณาจากกิริยาทำที่ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า หลายด้าน รวมโดยการใช้วัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคล นอกจากนั้นการวัดทศนคติจะบอกถึงปริมาณ(magnitude) ของทศนคติที่มีต่อสิ่งเร้าและทิศทาง(direction) ที่บอกว่าไปในทางบวกหรือทางลบ โดยเสนอมาตรวัดไว้ 4 วิธี คือ

1. มาตรวัดทศนคติของเธอร์สโตน (Thurston s' Method) เป็นวิธีการสร้างมาตรวัด ออกเป็นปริมาณเปรียบเทียบตำแหน่งของทศนคติไปทางเดียวกัน เป็นมาตรวัดที่มีช่วงห่างเท่ากัน(Equal Appearing Intervals)

2. มาตรวัดทศนคติของกัตต์แมน (Guttman s' Scale) เป็นวิธีวัดทศนคติในแนวเดียวกัน สามารถจัดอันดับข้อความทศนคติ สูง ต่ำ แบบ เปรียบเทียบกัน จากอันดับต่ำสุด ถึงสูงสุดได้

3. วิธีจำแนกแบบ S - D Scale (Semantic Different Scale) เป็นการใช้อำนาจศัพท์ที่มีความหมายตรงข้าม เช่น ดี-เลว,ฉลาด-โง่, ชยัน-ซี้เกียจ เป็นต้น

4. มาตรวัดทศนคติของลิเคอร์ท (Likert s' Method) เป็นมาตรวัดที่อาศัยรูปแบบค่ารวมเป็นหลัก และนิยมแพร่หลายเพราะวัดง่าย ประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทศนคติในทางที่ชอบหรือไม่ ซึ่งจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และการให้

คะแนนขึ้นอยู่กับ ใจความว่าเป็นเชิงบวก หรือเชิงลบ และในการวิจัยครั้งนี้ใช้มาตรวัดทัศนคติของ ลีเคอร์ท

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง

3.1 ความหมาย

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์(2524)⁽³⁹⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมต่างๆของ อินทรีย์ที่แสดงออกมาโดยสามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น เช่น การพูด การนั่ง การหัวเราะ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สังเกตได้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 ได้แก่ ตา ปาก จมูก หูและผิวหนัง แต่กิจกรรมบางอย่างต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น เวลาตกใจ อาจไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยเครื่องมือวัด ความดันเลือดที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

กันยา สุวรรณแสง(2536)⁽⁴⁰⁾ ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

เฉลิมพล ต้นสกุล(2541)⁽³⁵⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่ง อาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้ อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2525)⁽⁴¹⁾ อธิบายคำว่า เสี่ยงหมายถึง ลองเผชิญ ดู ทำลงไปโดยไม่เกรงภัย อย่างไม่เห็นแก่ชีวิต

นิรมล เมืองโสม(2543)⁽⁴²⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงเป็นการจัดกลุ่มของพฤติกรรมทางสังคมตามแนวคิดทางด้านวิทยาศาสตร์ที่ได้มาจากการประเมินความเสี่ยงหรือการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของบุคคลว่าจะไรเป็นอันตรายหรือเป็นภัยคุกคามต่อชีวิต ในการวัดทางระบาดวิทยาจะวัดออกมาเพื่อที่จะบอกว่าบุคคลที่ได้รับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคจะมีโอกาสเกิดโรคได้เป็นที่เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับปัจจัยเสี่ยง

จันทิชาติตา พุกษานานนท์(2537)⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงหมายถึง พฤติกรรมที่ทำแล้วเสี่ยงต่อการเสียชีวิต พิกการ หุพพลภาพ เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัย

Shore(1993)⁽⁴³⁾ ได้กล่าวถึงพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น หมายถึง พฤติกรรมที่ทำแล้วเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิต

ลักษณะของพฤติกรรม⁽³⁵⁾

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก(Positive Behavior)หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติ และเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การเสพยาเสพติด เป็นต้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วย ร่างกายอาจได้รับเชื้อโรค แล้วเกิดโรค ทำให้มีสุขภาพที่ทรุดโทรม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงกับการบริจาคโลหิต

เป็นที่ทราบว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิต งานบริการโลหิตเป็นงานบริการทางการแพทย์อย่างหนึ่งที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย การบริการโลหิตที่ไม่ปลอดภัยเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น การสรรหาโลหิตที่ปลอดภัยที่สุดได้มีการถูกกำหนดเป็นเป้าหมายสูงสุดของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ตรงตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้ ฉะนั้นโลหิตที่จะให้กับผู้ป่วยต้องปราศจากเชื้อก่อโรคที่ทำให้เกิดโรคติดต่อที่มากับโลหิต เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ และโรคซิฟิลิส เป็นต้น ซึ่งสามารถตรวจพบเชื้อโรคเหล่านี้ในเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ และสามารถแพร่ไปยังผู้อื่นได้โดยทางการรับโลหิต การมีเพศสัมพันธ์ ทารกคลอดจากมารดาที่เป็นพาหะ และไม่ว่าจะถูกของแหลมคมที่มีเชื้อปนเปื้อน อย่างไรก็ตามวิธีการตรวจกรองที่กระทำอย่างดีที่สุดในปัจจุบันยังไม่อาจคัดกรองโรคที่อาจติดต่อทางโลหิตได้ ดังนั้นมาตรการที่สำคัญจึงต้องเริ่มต้นด้วยการจัดหาผู้บริจาคโลหิตที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย หรือไม่มีพฤติกรรมซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอองค์ประกอบและกลไกในการแสวงหากลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ปลอดภัยดังต่อไปนี้⁽¹⁶⁾ (WHO, 1993 อ้างใน อองอาจ วิบุรชศิริ, 2540)

1. ประเภทของผู้บริจาคโลหิต แบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่ ประเภทที่หนึ่ง คือผู้บริจาคโลหิตไม่หวังสิ่งตอบแทน (Voluntary Nonremunerated) เป็นกลุ่มผู้บริจาคที่จะได้โลหิตที่มีคุณภาพปลอดภัย ประเภทที่สอง คือผู้บริจาคทดแทน (Replacement Donors) เป็นผู้บริจาคโลหิตทดแทนให้แก่ญาติ ประเภทนี้อาจถูกขอร้องให้มาบริจาคแล้วให้ค่าตอบแทน⁽⁷⁾ ประเภทที่สาม ผู้บริจาคที่ขายโลหิต (Paid or Professional Donors) ซึ่งสองประเภทหลังมีการตรวจพบเชื้อในโลหิตบริจาคสูงกว่าประเภทแรก

2. หลีกเลี่ยงกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือผู้บริจาคที่มีสภาวะร่างกายไม่สมบูรณ์

3. การสงวนกลุ่มผู้บริจาคสม่ำเสมอหรือผู้บริจาคซ้ำ (Regular Donors Retention) ผู้บริจาคสม่ำเสมอหมายถึงผู้ที่เคยบริจาคอย่างน้อย 3 ครั้งและยังคงบริจาคต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. ส่งเสริมให้ผู้บริจาคพิจารณาและตัดสินใจบริจาคโลหิตด้วยตนเอง (Donor Self-exclusion) เพื่อพิจารณาดูตนเองว่าอยู่ในสภาวะที่สามารถบริจาคโลหิตได้หรือไม่

องอาจ วิพุธศิริ (2540)⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า ผู้บริจาคโลหิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่ของตนหรือเป็นหญิงบริการโดยไม่ได้ป้องกันด้วยถุงยางอนามัยในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน เคยเป็นผู้เสพยาเสพติด เคยมีอาชีพบริการทางเพศ รู้ตัวหรือไม่แน่ใจว่าติดโรคเอดส์

การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾

หลักการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตคือต้องได้โลหิตที่ปลอดภัยจากผู้บริจาค และผู้ป่วยที่รับโลหิต ต้องได้รับโลหิตที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ที่สำคัญ คือ

1. Donor screening คือ การจำกัดผู้บริจาค ตามสภาพร่างกาย ได้แก่
 - 1.1 น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 45 กิโลกรัม
 - 1.2 อายุ 17-60 ปี
 - 1.3 ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก โรคหอบหืด โรคไตวาย โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรค SLE โรคภูมิแพ้ เป็นต้น
 - 1.4 ได้รับการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดม้าม ผ่าตัดสมอง เป็นต้น
 - 1.5 การได้รับยา เช่น ยาอินซูลิน ยาลดความดันโลหิต ยาติจิตาลิส ยาฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต เป็นต้น
 - 1.6 เคยเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคที่ถ่ายทอดทางโลหิตได้ เช่น มาลาเรีย ผู้ที่เคยเป็นมาลาเรียหรือเคยกินยาป้องกันและเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค 3 ปีหลังจากหายดีหรือออกจากพื้นที่ แต่ถ้าเข้าไปพื้นที่โดยไม่ได้กินยาป้องกันและไม่เป็นโรคในครั้งบริจาค 1 ปีหลังจากออกจากพื้นที่แล้ว เนื่องจากไม่มีการตรวจเชื้อมาลาเรียในโลหิตบริจาคเพราะไม่มีวิธีการตรวจในห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจพบเชื้อนี้ได้เหมาะสม
 - 1.7 ได้รับวัคซีนในระยะ 14 วัน หรือฉีดเซรุ่มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา
2. Donor self selection คือ การเลือกผู้บริจาคที่น่าจะให้โลหิตที่ปลอดภัย โดยการซักประวัติหรือสอบถามผู้บริจาคถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการติดโรค ข้อพิจารณาสำหรับการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต ได้แก่
 - 2.1 การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายที่ขายบริการทางเพศ หรือผู้อื่นที่ไม่ใช่สามีภรรยา โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย
 - 2.2 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดยาเสพติด โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย
 - 2.3 มีประวัติติดยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ที่ฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดดำ และเคยเป็นผู้ต้องขัง
 - 2.4 เคยได้รับโลหิต ผลิตภัณฑ์ของโลหิต และ อวัยวะของผู้อื่นก่อนหน้านี้ภายในระยะ 6-12 เดือน เมื่อมีการได้รับโลหิตจากผู้อื่น จะมีการสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาในระบบโลหิต แม้ว่าจะ

มีการตรวจเพื่อหากกลุ่มโลหิตหลักที่เข้ากันได้ แต่กลุ่มย่อยไม่สามารถหาได้ตรงกันหมด อีกทั้งยังมี ความเสี่ยงต่อการรับเชื้อที่ติดต่อทางโลหิตด้วย ถึงแม้จะมีการตรวจหาเชื้อมาก่อน

2.5 เคยสัก ลบรอยสัก เจาะหู ผิงเข็ม ปลูกเซลล์ผิวหนัง ปลูกผมจากผู้อื่น

2.6 เป็นหญิงหรือชาย ที่มีอาชีพขายบริการทางเพศ

2.7 เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบ หรือสิ่งส่งตรวจและเคยได้รับอุบัติเหตุของมีคมแทงผ่านผิวหนังที่อาจติดเชื้อได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต

อรุณี ศุภนาม(2538)⁽⁴⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ของเยาวชน จากสถาบันการศึกษาในกรุงเทพฯ พบว่าเยาวชนเคยบริจาคโลหิตร้อยละ 21.5 เหตุผลของการบริจาคโลหิตคือ อยากรักษา ช่วยชีวิตคนและตรวจสุขภาพ สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต พบว่าเยาวชนมากกว่าร้อยละ 75 มีทัศนคติที่ถูกต้อง ยกเว้น 3 ประเด็นที่ไม่ถูกต้องคือ โโลหิตซื้อขายกันได้ การบริจาคโลหิตทำให้ติดเชื้อเอดส์ และการบริจาคโลหิตปีละ 4 ครั้งมากเกินไป ในสองประเด็นหลังพบว่า เยาวชนที่ เคยบริจาคโลหิตกับไม่เคยบริจาคโลหิตมีทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษา ของวณิ ปิ่นประทีป ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติ เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของจังหวัดพิษณุโลกปี พ.ศ.2534 พบว่า ความรู้ ความเข้าใจของนักเรียนต่อการไปบริจาคโลหิตยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง คือ ร้อยละ 75 คิดว่า ไปบริจาคโลหิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

พัฒน์มาศ มณีกาญจน์(2539)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริจาคโลหิตของพระภิกษุจากวัดในกรุงเทพมหานคร พบว่า พระภิกษุเคยบริจาคโลหิตร้อยละ 43.5 บริจาคเป็นประจำทุกปีร้อยละ 49.0 และมีความยินดีบริจาคโลหิตถ้ามีหน่วยเคลื่อนที่มารับบริจาคโลหิตภายในวัด พระภิกษุส่วนใหญ่มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เช่นการผลิตสารละลายอื่นทดแทน, ปริมาณโลหิตในร่างกาย ด้านทัศนคติ พระภิกษุมีทัศนคติในเรื่องการบริจาคโลหิตเป็นการให้ทานเป็นอันดับสูงสุดและทุกคนควรชวนญาติมิตรมาบริจาคโลหิต(ร้อยละ 92.5, 79.6)ตามลำดับ เหตุผลที่บริจาคโลหิตเพื่อช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ และเหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่สะดวกในการบริจาคคือ เจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิตเป็นสตรี

Hosain GMและคณะ(1997)⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษา ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยดักกา ประเทศบังคลาเทศ พบว่านักศึกษามีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตร้อยละ 93 ซึ่งจะเป็นในเรื่องกลัวจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และเกิดความกลัว ดังนั้นจึงต้องมีการจูงใจ ปลูกฝัง ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตในประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคโลหิต

สมพร พุกษทวีศักดิ์ (2537)⁽⁴⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและผู้บริโภคโลหิต พบว่า ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดมีอัตราความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสูงมาก คือร้อยละ 95.33 และปัจจัยที่อาจมีผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้แก่ การสักหรือการเจาะหู การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ระยะเวลาและความถี่ของการฉีดยาเสพติด ระยะเวลาของการอยู่ในเรือนจำ และการมีรายได้มาก ส่วนในกลุ่มผู้บริโภคโลหิต การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการมีรายได้ต่ำ เป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

กฤษณ์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง(2540)⁽⁵⁰⁾ ศึกษาเรื่องการงดบริโภคโลหิตด้วยตนเองในผู้บริโภคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โดยใช้แบบสอบถามผู้บริโภคโลหิตจำนวน 4,170 คน พบว่า อัตราการงดบริโภคโลหิตด้วยตนเองร้อยละ 8.9 และงดบริโภคโลหิตโดยเจ้าหน้าที่แนะนำร้อยละ 6..2 สาเหตุของการงดโลหิต เช่น มีความเข้มข้นของโลหิตต่ำ รับประทานยาปฏิชีวนะ และการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาโดยไม่สวมถุงยางอนามัยภายในระยะ 3 เดือน ส่วนในกลุ่มนักเรียน นักศึกษามีการงดบริโภคร้อยละ 20.3 และสาเหตุของการงดบริโภคโลหิต 6 อันดับแรกของกลุ่มนี้ได้แก่ มีความเข้มข้นของโลหิตต่ำ รับประทานยาปฏิชีวนะในช่วง 7 วัน อายุต่ำกว่า 17 ปี ความดันโลหิตต่ำ นอนน้อยกว่า 6 ชม. ดื่มน้ำก่อนบริโภคโลหิต และอยู่ในระยะมีประจำเดือนหรือตั้งครรภ์

บุรณี ซีพบรัฐ(2540)⁽⁵¹⁾ ศึกษาเรื่องการศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ในผู้บริโภคโลหิต โดยศึกษาในกลุ่มผู้บริโภคโลหิตเพศชาย 300 คน พบว่า ผู้บริโภคโลหิตมีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการใช้เข็มฉีดยาหรือของมีคมร่วมกับบุคคลใกล้ชิด แต่มีความรู้ถูกต้องมากในเรื่อง การติดเชื้อเอดส์ ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง และมีความเชื่อด้านสุขภาพว่า การปฏิบัติหน้าที่ การงานได้ดี มีคุณภาพ ต้องมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และผู้บริโภคโลหิตมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง คือ ใช้กรรไกรตัดเล็บร่วมกับบุคคลอื่น มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

ปวีณา สายสูง(2541)⁽²¹⁾ ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดน่าน พบว่า นักศึกษามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 10-21 ปี ซึ่งมีเพศสัมพันธ์กับคู่อ้อยละ 74.2 ในกลุ่มนี้มีคู่นอนมากกว่า 1 คนร้อยละ 32.6 ต่่มสุราก่อนมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 65.7 และไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 31.9 นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษามีเคยเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศร้อยละ 12.5 ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 25 และแหล่งบันเทิงเรีงรมย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$)

ปาริชาติ เพิ่มพิกุล และคณะ(2543)⁽⁵²⁾ ศึกษาเรื่อง ข้อมูลพื้นฐานของผู้บริโภคโลหิตที่ติดเชื้อเอชไอวี : ประสบการณ์ของธนาคารเลือด โรงพยาบาลศิริราช เป็นการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เข้าถึงสุขภาพทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้บริโภคโลหิตที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการให้ค่า

ปรึกษา จำนวน 89 ราย ในจำนวนนี้เป็นนักเรียน,นักศึกษา 5 ราย พบว่า พฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ซึ่งในแต่ละรายอาจมีพฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากกว่า 1 ชนิด) ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรส 63 ราย(ร้อยละ70.79) เคยสักตามร่างกาย 16 ราย(ร้อยละ17.98) การใช้ยาเสพติดชนิดฉีด 8 ราย(ร้อยละ8.98) การที่เคยสัมผัสโลหิตเช่นการใช้มีดโกนร่วมกับผู้อื่น 5 ราย(ร้อยละ 5.61) เคยต้องโทษคุมขัง 1ราย(ร้อยละ1.12) นอกจากนั้นยังพบว่าหญิงที่มีคู่สมรสหรือคู่นอนที่มีความเสี่ยง 8 ราย(ร้อยละ8.98) และสัมผัสภาชนะแล้วไม่พบพฤติกรรมเสี่ยง 8 ราย(ร้อยละ8.98)

Egger et al.(1993)⁽⁵³⁾ ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเมืองมานากัว ประเทศนิการากัว เป็นนักเรียนชาย 155 คน และนักเรียนหญิง 296 คน พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 64 โดยนักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้วถึงร้อยละ 90 และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 10-21 ปี โดยเฉลี่ย 15 ปี ส่วนนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-21 ปี โดยเฉลี่ย 17.40 ปี สำหรับการใช้อนามัยของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์พบว่า นักเรียนชายใช้อนามัยร้อยละ 49 และมีเพียงร้อยละ 11ที่ใช้อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนชายที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คนร้อยละ 60 ส่วนนักเรียนหญิงมีเพียงร้อยละ 3

Jacobs et al.(1994)⁽⁵⁴⁾ ศึกษาเรื่อง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย : กลุ่มประชากรผู้บริจาคโลหิตที่มีความปลอดภัยที่อาศัยในเมืองที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง ที่ประเทศแทนซาเนีย ทวีปแอฟริกา ตะวันออก ประเมินจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มาบริจาคโลหิตโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ดูอัตราการติดเชื้อเอดส์ เชื้อซิฟิลิส เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี โดยแบ่งกลุ่มผู้บริจาคที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มนักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 24 ปี อีกกลุ่มเป็นกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแรกมีอัตราการติดเชื้อเอดส์ เชื้อซิฟิลิส เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 1.5,2.1,และ50.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่สอง พบอัตราการติดเชื้อเอดส์ เชื้อซิฟิลิส เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ4.7,9.0และ70.3 จะเห็นได้ว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอาจเป็นกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่มีความปลอดภัย นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ง่ายและโลหิตที่ได้มีคุณภาพ อัตราการทิ้งโลหิตมีน้อย สามารถลดค่าใช้จ่ายได้

Poulin และ Graham (2001)⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมทางเพศอื่นๆของวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษา เกรด 9,10 และ12 ของประเทศคานาดา จำนวน 9,997 คน จาก 5 จังหวัดในปีค.ศ.1998 พบว่า ร้อยละ37.5ของนักเรียนชายและร้อยละ39.7ของนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วงปีที่ผ่านมา ในจำนวนนี้ พบว่าร้อยละ 68 ของนักเรียนชายและร้อยละ61.5 ของนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน(unplanned), ร้อยละ40.9ของนักเรียนชายและร้อยละ32.1 ของนักเรียนหญิงมีคู่นอนมากกว่า 1 คน และร้อยละ49.9 ของนักเรียนชายและร้อยละ64.1ของนักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้อนามัย ยังพบว่าการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้อนามัยและทำให้มีคู่นอนมากกว่า 1 คน

Hein Stigum และคณะ(2001)⁽⁵⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงผู้บริจาคโลหิตของประเทศนอร์เวย์ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์กับผู้มาบริจาคโลหิตที่มีอายุ 18-60 ปีอาศัยอยู่ในเมืองหลวง ในปี ค.ศ.1997 จำนวน 4,110 คน เปรียบเทียบกับผลการสำรวจกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุ 18-60 ปี ในปี ค.ศ.1992 จำนวน 4,760 คน พบว่า กลุ่มผู้บริจาคโลหิตมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกช้ากว่ากลุ่มประชากรทั่วไป การเปลี่ยนคู่นอนใหม่ในแต่ละปี จำนวนครั้งการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งชายรักร่วมเพศ ทั้งหมดมีจำนวนน้อยกว่า เป็นไปได้ว่า กลุ่มผู้บริจาคโลหิตมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ร้อยละ 1.5 ของผู้บริจาคโลหิตต้องถูกปฏิเสธให้บริจาคโลหิต จากการสัมภาษณ์ก่อนบริจาค ส่วนมากจะเป็นผู้บริจาควัยรุ่นชาย และมีประวัติเปลี่ยนคู่นอนหลายคน นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มผู้บริจาคเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เป็นโรคเอดส์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยที่ไม่ได้ป้องกัน

จุฬารัตน์ หัวหาญ(2539)⁽⁵⁷⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นชาย พบว่า การไปเที่ยวคลับ บาร์หรือแหล่งสถานบันเทิงต่างๆ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายได้ดีอีกด้วย และนักเรียนที่เคยไปเที่ยวสถานบันเทิงจะมีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์เป็น 3.3 เท่าของกลุ่มที่ไม่เคยเที่ยว

จุฑามาศ นุชนารถ(2531)⁽⁵⁸⁾ ศึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมปลาย พบว่าการเที่ยวสถานบันเทิงมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.01$) กล่าวคือ ผู้ที่เคยเที่ยวสถานบันเทิง จะเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 41.6 ส่วนผู้ที่ไม่เคยเที่ยวสถานบันเทิง เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 9.0

งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคโลหิต

จารุพร พรหมวงศ์ และคณะ(2543)⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาย้อนหลังหาความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี, ไวรัสตับอักเสบบี และซี และเชื้อซิฟิลิส ในผู้บริจาคโลหิตที่หน่วยคลังเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ.2535-2542 ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 86 ของผู้บริจาคเป็นเพศชาย อีกร้อยละ 14 เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มผู้บริจาคหลักเป็นชายวัย 16-25 ปี ซึ่งส่วนมากเป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา และตรวจพบการติดเชื้อเอช ไอ วี และไวรัสตับอักเสบบี พบเฉลี่ยปีละ 0.54% และ 0.69% ตามลำดับ และอัตราการตรวจพบค่อนข้างคงที่ ส่วนไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อซิฟิลิสพบเฉลี่ยปีละ 2.26% และ 1.1% ตามลำดับ และมีแนวโน้มลดลง จากผลการตรวจหาเชื้อต่างๆ ที่ผลเป็นบวกจะพบในผู้บริจาคชายมากกว่าผู้บริจาคหญิงอย่างมีนัยสำคัญ และประมาณ 21% ของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รวมด้วยซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้บริจาคที่ใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด จากข้อมูลต่างๆ สามารถที่จะบ่งบอกว่ากลุ่มผู้บริจาคที่มีอัตราการติดเชื้อสูงน่าจะเป็นเพศชายช่วงอายุ 26-35 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 16-25 ปี

ประกาย สมพานและคณะ(2545)⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้บริจาคโลหิตโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปีพ.ศ.2540-2544 ทำการศึกษาย้อนหลังผลการตรวจกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามี Anti -HCVบวกร้อยละ1.55 และพบว่าผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเพศชาย(ร้อยละ74.42)สูงกว่าเพศหญิง(ร้อยละ25.58) นอกจากนี้ยังพบผู้บริจาคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับซิฟิลิสร้อยละ0.7 ร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ4.8 พบรวมทั้งซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ0.3 และพบร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีและเอดส์ร้อยละ0.5

พิพัฒน์ เคลือบวังและคณะ(2545)⁽⁶¹⁾ ได้ศึกษาอัตราการติดเชื้อของโลหิตที่ได้รับบริจาคของโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โดยได้ตรวจโลหิตบริจาคเพื่อดูการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี เชื้อเอดส์ และเชื้อซิฟิลิส ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ.2540 - กันยายน พ.ศ.2544 ตรวจพบโลหิตติดเชื้อร้อยละ7.1 แยกเป็นการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 4.5 เชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 1.5 เชื้อเอดส์ร้อยละ0.4 และเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 0.7 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า20ปี มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ11 จำแนกตามกลุ่มอาชีพ กลุ่มนักเรียนนักศึกษา มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 4.7



คุรุณวิทย์วิทยธรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย