

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคธาลัสซีเมีย และการพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker
 - 4.3 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
5. การสนับสนุนทางสังคม
 - 5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) หรือ Cooley's anemia หรือ Mediterranean Anemia เป็นโรคเลือดทางพันธุกรรมอย่างหนึ่งที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย

สาเหตุและพยาธิสภาพ

โรคธาลัสซีเมีย เกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์โกลบิน โดยมีสายโกลบินชนิดหนึ่ง น้อยลงหรือไม่มีเลย ฮีโมโกลบินที่ผิดปกตินี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของผนังเม็ดเลือดแดง ทำให้ความยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงเสียไป รวมทั้งเม็ดเลือดแดงจะมีลักษณะรูปร่างและขนาดต่างๆ กัน (Anisopoikilocytosis) เช่น รูปร่างเบี้ยว เว้าแหว่ง ซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดแดงถูกทำลายได้ง่าย และมีอายุสั้นกว่าในคนปกติ (บุญเชียร ปานเสถียรกุล, 2536; พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, 2540; บุญเพ็ญ จันทวัฒนา, 2545; วรวรรณ ต้นไพจิต, 2546)

ความผิดปกติทางพันธุกรรมของโกลบิน แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความผิดปกติทางคุณภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหรือการเรียงตัวของกรดอะมิโน เช่น ฮีโมโกลบินอี (Hemoglobin E) มีกรดอะมิโนไลซีน (Lysine) อยู่แทนที่กรดอะมิโนกลูตามิก (Glutamic) ในตำแหน่งที่ 26 บนเส้นเบต้า
2. ความผิดปกติทางปริมาณ หมายถึง การมีเอ็นควมคุมการสังเคราะห์โพลีเปปไทด์ผิดปกติ ทำให้มีการสังเคราะห์โพลีเปปไทด์ชนิดใดชนิดหนึ่งลดลง หรือสังเคราะห์ไม่ได้เลย โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง

ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียแบ่งตามชนิดที่พบได้บ่อยในประเทศไทย เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. แอลฟาธาลัสซีเมีย (α -Thalassemia) หมายถึง โรคธาลัสซีเมียที่มีการลดลงของสายโกลบินที่เรียกว่า แอลฟา พบบ่อยมี 2 ชนิด

1.1 ฮีโมโกลบิน บาร์ท (Hemoglobin Bart's Disease) ผู้ป่วยมักเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือภายใน 1 – 2 ชั่วโมงหลังคลอด และในระยะเวลาที่เด็กเหล่านี้อยู่ในครรภ์มารดาอาจจะมีอาการครรภ์เป็นพิษ มารดามักจะมีอาการบวม ท้องโตมาก เนื่องจากมีน้ำมากมีความดันโลหิตสูง และแท้งบุตรบ่อย

1.2 ฮีโมโกลบิน เฮช (Hemoglobin H Disease) หรือ เฮช/คอนสแตนต์สปริง (H/Constant Spring) เป็นโรคธาลัสซีเมียที่รุนแรงน้อยที่สุด ซีดเล็กน้อย มีตาเหลืองเล็กน้อย ตับม้ามโตไม่มาก ไม่ต้องให้เลือดบ่อย สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเหล่านี้คือ ซีดมาก ตับ ม้ามโตมาก ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเหล่านี้ การรักษาโดยการตัดม้ามมักได้ผลดี หลังตัดม้ามระดับฮีโมโกลบินอยู่ระหว่าง 11 – 12 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตอยู่ระหว่างร้อยละ 33 -35

2. เบต้า ธาลัสซีเมีย (β -Thalassemia) หมายถึง โรคธาลัสซีเมียที่มีการลดลงหรือการสร้างสายโกลบินผิดปกติที่เรียกว่า เบต้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

anemia) กลุ่มนี้จะมียีนผิดปกติทั้ง 2 ยีน ซึ่งจะมีความรุนแรงมาก เกิดพยาธิสภาพของโรคอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีอาการซีดในขวบแรก ผู้ป่วยจะซีดมาก ตับ ม้ามโตมากต้องให้เลือดบ่อย บางรายมีชีวิตอยู่ได้นาน ถ้ารักษาโดยการให้เลือดและยาขับเหล็ก มิฉะนั้นอาจจะเสียชีวิตก่อนอายุ 20 ปี

2.2 กลุ่มที่เป็นพาหะของเบต้า ธาลัสซีเมีย (β -Thalassemia Trait) กลุ่มนี้จะมียีนผิดปกติเพียงยีนเดียว จึงไม่มีอาการแสดงของโรค อาจมีเม็ดเลือดแดงผิดปกติเพียงเล็กน้อย บางรายอาจมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าคนปกติเล็กน้อย

2.3 กลุ่มที่เป็นโรคเบต้า ธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี (β -Thalassemia HemoglobinE) เกิดเนื่องจากมียีนผิดปกติของสายโกลบินชนิดเบต้าร่วมกับฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดอี กลุ่มนี้จะมีอาการรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยซีด ตับ ม้ามโต บางรายอาจต้องให้เลือดบ่อย มักจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ ฉะนั้นผู้ใหญ่ที่หน้าตาเป็นธาลัสซีเมียในประเทศไทยจึงมักจะเป็นชนิดเบต้า ธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี

อาการแสดง

อาการแสดงที่สำคัญของโรคธาลัสซีเมียที่พบ ได้แก่

- 1) ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรัง (Chronic Hemolytic Anemia) โดยผู้ป่วยมีอาการซีดเหลือง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ตับม้ามโต บัสสภาวะเข้ม
- 2) ลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย (Thalassemia Facies) คือ สันจมูกแบน โหนกแก้ม คาง และขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันยื่นเหยินและเรียงตัวไม่เรียบ กระดูกกะโหลกศีรษะยื่นเป็นตอนๆ มักพบที่กระดูกฟรอนทัล และออกซิปปิตัล ซึ่งเป็นผลมาจากการขยายของโพรงกระดูกชนิดแบน ลักษณะหน้าตาที่ผิดปกตินี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะถาวรตลอดไป
- 3) การสะสมของธาตุเหล็กในเนื้อเยื่อ (Hemochromatosis) ซึ่งทำให้ผิวหนังเป็นสีเทาอมเขียว คล้ำง่ายเมื่อถูกแดด เพราะเมลานิน (Melanin) เพิ่มขึ้น
- 4) มีการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจ หัวใจโต เหนื่อยง่าย เกิดจากการซีด และมีเหล็กจับที่กล้ามเนื้อหัวใจ
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก เนื่องจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มส่วนเนื้อคอร์เทกซ์ของกระดูกจะบางทำให้กระดูกหักง่าย
- 6) ภาวะวิกฤตจากการทำลายเม็ดเลือดแดง (Hemolytic Crisis) พบได้บ่อยทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งมักเกิดภายหลังการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง
- 7) การเจริญเติบโตของอวัยวะเพศล่าช้ากว่าปกติ เพราะมีเหล็กจับที่ต่อมไร้ท่อทำให้เกิดความล่าช้าของลักษณะของอวัยวะเพศ (Primary Gonadal Defect) และการทำงานของอวัยวะเพศ (Secondary Pituitary Defect)

8) การเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ยเล็ก น้ำหนักน้อย อาจมีอายุกระดูก (Bone Age) ล่าช้ากว่าปกติ ทั้งนี้เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยอย่างรวดเร็ว และการสะสมของธาตุเหล็กในต่อมไร้ท่อต่างๆ

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียพบได้หลายลักษณะ แต่ที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ได้แก่

1. ภาวะติดเชื้ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะเกิดการติดเชื้อของร่างกายได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันทานของร่างกายลดลงทั้งนี้เป็นเพราะการมีธาตุเหล็กสะสมเกินในกระแสเลือด (Hyperferremia) แล้วส่งผลให้ตับสร้างสารทรานเฟอร์ริน (Transferrin) ในเลือด ซึ่งมีคุณสมบัติในการขัดขวางเชื้อโรคในการนำเหล็กไปใช้ในการเจริญเติบโตได้ในปริมาณต่ำลง จึงเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และเชื้อรา ทำให้ผู้ป่วยเด็กติดเชื้ได้ง่าย โรคติดเชื้ที่มักพบได้บ่อย ได้แก่ ไข้ไทฟอยด์ โรคตับอักเสบ โรคเอดส์ โรคเชื้อรา
2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ (Cardiovascular Disorder) ในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเกิดจากการที่มีเหล็กสะสมอยู่มากเกินในไฟโบรซิส (Fibrosis) หรือเกิดจากภาวะซีดเรื้อรังร่วมด้วย การเกิดไฟโบรซิส ทำให้ระบบการนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ บางครั้งจึงพบว่าจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และจากการได้รับเลือดบ่อยๆ ในผู้ป่วยบางรายทำให้ธาตุเหล็กเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น เพราะในการเติมเลือดแต่ละ 1 มิลลิลิตร จะทำให้ธาตุเหล็กเข้าสู่ร่างกาย ประมาณ 1 มิลลิกรัม แต่ร่างกายจะขับออกได้น้อยมาก จึงเกิดภาวะเหล็กเกินในร่างกายได้ง่าย และมักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ด้วย
3. ตับม้ามโตและมีการทำลายเม็ดเลือดมาก ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมี ตับ ม้ามโตเพื่อช่วยสร้างเม็ดเลือดชดเชย แต่ผู้ป่วยบางรายจะมีม้ามโตมาก และม้ามที่โตมากจะทำลายเม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือด เม็ดเลือดขาวลดลง ความต้านทานน้อย เกร็ดเลือดลดลง เลือดออกง่าย
4. ภาวะธาตุเหล็กสะสมเกินในร่างกาย จากการที่ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีภาวะซีดเรื้อรัง ร่างกายจึงต้องการธาตุเหล็กเพื่อมาช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นมาชดเชย ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กทางลำไส้เพิ่มขึ้น ตลอดจนการได้รับเหล็กเพิ่มขึ้นจากการได้รับเลือดบ่อยๆ จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะเหล็กเกิน และเกิดพยาธิสภาพแก่อวัยวะต่างๆ ที่เหล็กจับอยู่ เช่น ที่ผิวหนัง จะทำให้ผิวหนังเป็นสีเทาอมเขียว บริเวณต่อมไร้ท่อถ้ามีเหล็กไปจับก็จะทำให้เกิดความผิดปกติ คือ เกิดโรคเบาหวาน ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นรุนแรง มักจะเป็นชนิดเบต้าโรคธาลัสซีเมียที่ตัดม้ามและยัง

ต้องการการให้เลือดอีก เกิดจากธาตุเหล็กไปสะสมในตับอ่อนทำให้การหลั่งอินซูลินเสียไป จึงเกิดเป็นเบาหวานขึ้น และทำให้ต่อมไทรอยด์ผลิตฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ

5. โรคนิ่วในถุงน้ำดี (Gall Stone) และถุงน้ำดีอักเสบ ผู้ป่วยธาตุซีเมียเม็ดเลือดแดงจะถูกทำลายมากกว่าปกติ เกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกายในระดับสูง เกิดการสะสมที่ถุงน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่ว เกิดการอุดตัน ทำให้มีถุงน้ำดีอักเสบตามมา ผู้ป่วยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดใต้ชายโครงขวา

6. การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยอย่างเรื้อรัง ตลอดจนการนำสารอาหารสู่เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเป็นไปได้ไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อย ตัวเล็กกว่าเด็กวัยเดียวกัน ผู้ที่เป็นโรคธาตุซีเมียรุนแรงมักจะมีรูปร่างแคระแกรนเพราะธาตุเหล็กที่มีจำนวนมากเกินไป จะไปเกาะที่อวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ทำให้การเจริญเติบโตทางร่างกายและทางเพศช้าทำให้ความเป็นหนุ่มเป็นสาวช้ากว่าปกติ

7. กระดูกเปราะหักง่าย ผู้ป่วยธาตุซีเมียมีการสร้างเม็ดเลือดที่โพรงกระดูกชดเชยมาก ทำให้กระดูกเปราะ หักง่ายกว่าคนปกติ

8. หลอดเลือดอุดตัน ผู้ป่วยโรคธาตุซีเมียมีภาวะธาตุเหล็กเกิน ทำให้ตับทำงานลดการสร้างสารแข็งตัวต่างๆ ในน้ำเลือดลดลง สารต่อต้านการแข็งตัวของเลือดก็ลดลงด้วยเป็นสัดส่วนเดียวกัน ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการตัดม้าม หลังตัดม้ามเกร็ดเลือดจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลไกการแข็งตัวของเลือดเสียสมดุล เกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือด มักพบที่หลอดเลือดปอดมากกว่าหลอดเลือดที่อื่น

9. แผลเรื้อรังที่ขา แผลเรื้อรังที่ขาบริเวณตาตุ่มของผู้ป่วยที่เป็นโรคธาตุซีเมียจะรักษาหายยาก ขณะนี้ยังหาสาเหตุของการเกิดแผลเรื้อรังไม่ได้ว่าจะเพราะอาการซีดเรื้อรัง หรือมีเหล็กมากเกินไป หรือสังกะสีในเลือดต่ำ เกร็ดเลือดไปอุดตันหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นไม่ดี ถ้ามีแผลเรื้อรังควรปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษา อาจใช้ครีมรักษาแผลที่มีส่วนผสมของสังกะสีทา และให้เลือดเพื่อเพิ่มฮีโมโกลบินให้สูงขึ้น

การรักษา

เนื่องจากโรคธาตุซีเมียในประเทศไทยมีหลายชนิด และก่อให้เกิดอาการแตกต่างกัน ได้มาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการน้อยมาก จนไม่ต้องให้การรักษาอย่างใดเป็นพิเศษ แต่บางรายซีดมากต้องได้รับการรักษา และติดต่อกับแพทย์เป็นประจำโดยสม่ำเสมอ ฉะนั้นผู้ป่วยและผู้ปกครองควรจะได้รับทราบโรคธาตุซีเมียคืออะไร และผู้ป่วยเด็กเป็นโรคธาตุซีเมียชนิดใด เพื่อที่จะได้เข้าใจถึง

การรักษาที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไป (วรรณธ ตันไพจิตร, 2540) ซึ่งแนวทางให้การดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีดังนี้

1. การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป ควรมีสุขอนามัยที่ดี สะอาด ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตัว ให้ ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ โดยไม่ให้เหนื่อยเกินไปเนื่องจากมีกระดูกเปราะหักง่าย ควรหลีกเลี่ยงการ ออกกำลังกายที่ผาดโผน ไม่สูบบุหรี่เพราะมีอากาศชืดอยู่แล้ว ร่างกายจะขาดออกซิเจนมากขึ้น

ด้านอาหาร ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเม็ดเลือดแดงแตกเร็ว ดังนั้นร่างกายจะพยายามสร้างเม็ด เลือดแดงใหม่ขึ้นมาแทน สร้างมากและสร้างเร็วกว่าคนปกติหลายเท่า นั้นควรรับประทานอาหารที่มี คุณภาพ มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม และอาหารที่มีวิตามินที่เรียกว่า “โฟเลต” อยู่มาก ได้แก่ ผักสดต่างๆ สารอาหารเหล่านี้จะถูกนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงอาหารที่ควรละเว้นคือ อาหารที่มีธาตุ เหล็กสูงมากเป็นพิเศษ ได้แก่ เลือดสัตว์ต่างๆ เช่น เลือดหมู เลือดเป็ด เลือดไก่ สำหรับเครื่องดื่ม ประเภทน้ำชา น้ำเต้าหู้จะช่วยลดการดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารได้บ้าง

ด้านยา ไม่ควรซื้อยาบำรุงเลือดกินเอง เพราะอาจเป็นยาที่มีธาตุเหล็กซึ่งใช้สำหรับรักษา คนที่ขาดธาตุเหล็ก ไม่ใช่สำหรับโรคธาลัสซีเมียที่มีเหล็กเกินอยู่แล้ว ควรรับประทานยาวิตามินโฟเลท (Folate) อาจช่วยเสริมให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ดีขึ้นบ้าง

2. การให้เลือด จุดประสงค์ในการให้เลือดเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) ความถี่ ของการให้เลือดจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค วิธีการให้เลือดมี 2 แบบ คือ

2.1 การให้เลือดแบบประคับประคอง (Low Transfusion) เพิ่มระดับฮีโมโกลบินขึ้นให้ สูงกว่า 6 – 7 กรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าร้อยละ 20 เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการอ่อน เหนื่อย ปวดกันภาวะหัวใจวายเท่านั้น เป็นการให้เป็นครั้งคราวตามความจำเป็น

2.2 การให้เลือดจนหายชืด (Hight Transfusion) เพิ่มระดับฮีโมโกลบินให้สูงใกล้ เคียงคนปกติ อาจต้องให้เลือดทุกสัปดาห์ 2 – 3 ครั้ง จนระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ 10 กรัม/เดซิลิตร เสียก่อน หรือระดับฮีมาโตคริตร้อยละ 30 วิธีนี้จะใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดที่รุนแรง และผู้ ป่วยอายุน้อย ที่ยังไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกระดูกหน้า และม้ามยังไม่โต ผู้ป่วยจะแข็งแรง เหมือนเด็กปกติไม่เหนื่อย ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้ใบหน้าเปลี่ยน ม้ามจะไม่โตและมีการเจริญเติบโตเป็น ไปตามปกติ ข้อเสียของการให้เลือดวิธีนี้คือ ต้องมารับเลือดอย่างสม่ำเสมอ และจะมีปัญหาแทรกซ้อน ของการให้เลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีภาวะเหล็กเกินตามมา

3. การให้ยาขับธาตุเหล็ก ยาที่ใช้กันตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แพร่หลายมากที่สุดคือ ยา Desferal ซึ่งต้องให้โดยวิธีฉีดเท่านั้น เช่น ฉีดเข้าเส้นเลือด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แต่วิธีที่นิยม คือ ฉีดเข้าใต้ ผิวหนังให้ยาช้าๆ เหล็กจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายทางปัสสาวะและอุจจาระจะสังเกตได้จากสี ปัสสาวะที่เข้มขึ้นมากขณะขับธาตุเหล็ก ต้องมีการติดตามอาการผู้ป่วย และระดับธาตุเหล็กในกระแส เลือด การวัดปริมาณธาตุเหล็กที่ออกมาในปัสสาวะ หรือสังเกตอย่างง่ายจากสีผิวที่คล้ำขึ้น

4. การตัดม้าม จะทำในรายที่จำเป็นและมีข้อบ่งชี้อย่างจริงจังเท่านั้น ควรทำหลังอายุ 4 ปี เพื่อให้ร่างกายสร้างภูมิต้านทานโรคต่างๆ ได้เต็มที่เสียก่อน เพราะการตัดม้ามมีผลเสียหลายอย่าง เช่น การติดเชื้อได้ง่าย ภาวะเหล็กคั่ง

5. การปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone Marrow Transplantation) ปัจจุบันเป็นวิธีการเดียวที่สามารถรักษาโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้ หลักการคือ ผู้ป่วยมีเซลล์เม็ดเลือดแดง และเซลล์ต้นกำเนิดในไขกระดูกผิดปกติ ต้องกำจัดเซลล์เหล่านี้ให้หมด โดยการให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง แล้วให้เซลล์ต้นกำเนิดที่ได้จากไขกระดูกที่ผิดปกติเข้าไปแทนแก่ผู้ป่วย ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดที่ปกติขึ้นมาใหม่ได้ ส่วนใหญ่แพทย์จะเลือกทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ในรายที่ผู้ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียที่รุนแรง แต่ยังไม่มีความแทรกซ้อนของโรคธาลัสซีเมียชัดเจน เช่น ไม่มีตับแข็ง หรือ เป็นเบาหวาน ได้แก่โรคธาลัสซีเมียในเด็กนั่นเอง และมีพี่น้องที่ไม่เป็นโรค รวมทั้งมีลักษณะทางพันธุกรรมของเลือดที่เรียกว่า เอชแอลเอ (Human Lymphocyte Antigen: HLA) เหมือนกันกับผู้ป่วย การหายจากโรคสามารถติดตามดูได้จากการตรวจเลือด และไขกระดูก ไม่ได้เปลี่ยนรังไข่หรือเซลล์สืบพันธุ์เพศ ผู้ป่วยที่หายจากโรคแล้วจึงต้องตรวจเลือดคู่สมรสก่อนการมีบุตร เช่นเดียวกับผู้ที่เป็นโรคคนอื่น ๆ

6. การใช้เลือดสายสะดือรักษาโรคธาลัสซีเมีย เลือดสายสะดือของทารกแรกเกิดมีเซลล์ต้นกำเนิดที่สามารถเจริญเป็นเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ได้ เช่นเดียวกับเซลล์ไขกระดูกจึงสามารถนำเลือดสายสะดือมาปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยเพื่อรักษาโรคธาลัสซีเมียได้เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไขกระดูก

7. การเปลี่ยนยีน เนื่องจากปัจจุบันทราบสาเหตุของโรคทางพันธุกรรมว่ามีความผิดปกติของยีนที่ใด อย่างไร ทำให้นักวิทยาศาสตร์สามารถทำการเปลี่ยนยีนได้ โดยมีวิธีที่จะเอายีนที่ปกติให้เข้าไปแทนที่ยีนที่ผิดปกติ ปัจจุบันสามารถทำสำเร็จในโรคมูมิคัมกันบกพร่องชนิดหนึ่งแล้ว คาดว่าในอนาคตอันใกล้จะมีการใช้วิธีเปลี่ยนยีนนี้ รักษาโรคพันธุกรรมได้อีกหลายโรครวมทั้งโรคธาลัสซีเมียด้วย

8. การหลีกเลี่ยง และระมัดระวังการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสจะรับโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย และเมื่อเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติ

9. การรักษาตามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น นิ่วในถุงน้ำดี ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่มีความผิดปกติของยีน ทำให้ฮีโมโกลบินที่อยู่ในเม็ดเลือดแดงผิดปกติ แตกง่าย มีอายุสั้นกว่าเม็ดเลือดแดงของคนปกติ ทำให้เกิดโลหิตจางเรื้อรัง การเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ยเล็ก น้ำหนักน้อย ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายต่ำลง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างกระดูก เนื่องจากการขยายตัวของโพรงกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้กระดูกเปราะบาง แตกหักง่ายและมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตาที่เรียกว่า หน้าธาลัสซีเมีย การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ทำหน้าที่อย่างใกล้ชิดโดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียต้องได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย เด็กด้วย เด็กธาลัสซีเมียสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน ถ้าสามารถดูแลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจปราศจากโรคแทรกซ้อนพยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยเด็กและบิดา/มารดา/ผู้เลี้ยงดูดังนี้ (สูวดี ศรีเลณวัตติ, 2530; พงจันทร์ หัตถิรัตน์, 2539; วรวรรณ ตันไพจิตร, 2546)

1. ด้านร่างกาย

1) การรับประทานอาหาร คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเม็ดเลือดแดงแตกเร็ว ร่างกายต้องพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นมาทดแทน สร้างมากและสร้างเร็วกว่าคนปกติหลายเท่า ฉะนั้นควรรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ มีโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ ไข่ นม และอาหารที่มีวิตามินที่เรียกว่า "โฟเลท" อยู่มาก ได้แก่ ผักสดต่างๆ สารอาหารเหล่านี้จะถูกนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ อาหารที่ควรละเว้นคือ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูงมากเป็นพิเศษ ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เลือดสัตว์ต่างๆ เช่น เลือดหมู เลือดเป็ด เลือดไก่

2) การรับประทานยา ยานำรูงเลือดที่ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรรับประทาน ได้แก่ กรดโฟลิก ให้กินวันละ 1 เม็ด จะช่วยเสริมให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ดีขึ้น ไม่ควรซื้อยานำรูงเลือดรับประทานเองเพราะอาจเป็นยาที่มีธาตุเหล็กสูง ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีธาตุเหล็กเกินอยู่แล้วจะเป็นผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วยมากขึ้น

3) การพักผ่อน เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต ควรได้นอนหลับพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง

4) การออกกำลังกายผู้ป่วยควรออกกำลังกาย ทุกวันเท่าที่ผู้ป่วยทำได้โดยไม่เหนื่อยมากเกินไป ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที เรียนพลະได้แต่ควรงดกีฬาที่รุนแรง เช่น ยิมนาสติก มวย หรือกีฬาที่มีโอกาสกระทบกันรุนแรง เพราะผู้ป่วยมีกระดูกเปราะและหักง่าย การออกกำลังกายก่อให้เกิดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ (Murray & Zentner, 1989)

5) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรทำชีวิตให้เป็นปกติ ทั้งส่วนตัวและการเรียน เพราะผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การทำความสะอาดปากฟัน ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหาร ดูแลการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายให้เป็นปกติ

6) การตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรให้ความสำคัญกับการตรวจตามนัด เพื่อได้ ติดตามอาการการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นระยะเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ

2. ด้านจิตใจสังคม

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอาจมีปัญหาการเรียน เนื่องจากต้องขาดเรียนเพื่อไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้อย่างเต็มที่ เรียนไม่ทันเพื่อน เด็กอาจเกิดความท้อถอย นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอาจมีการเปลี่ยนแปลงของใบหน้าหรือมีท้องโต อาจรู้สึกอับอายหรือรู้สึกเป็นที่รังเกียจของเพื่อนๆ และอาจทำให้เด็กแยกตัวไม่สามารถเข้ากลุ่มกับเพื่อนๆ ได้

ดังนั้น บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียจึงควรมีความรู้และเข้าใจในเรื่องโรค เพื่อให้ความรัก เอาใจใส่ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย เช่นเดียวกับเด็กคนอื่นๆ ในครอบครัว ไม่ปกป้องจนเกินไปและไม่ทอดทิ้งเด็กจนเกิดความทุกข์ใจ อีกทั้งบิดามารดา ควรให้กำลังใจเด็กให้มีความภูมิใจในตนเองและสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ ไม่ท้อแท้ต่อความเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียให้มีสุขภาพจิตดี โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเล่น การเล่นจะช่วยให้เด็กคลายเครียดจากความกังวลได้ เพราะการเล่นเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้เด็กได้ระบายอารมณ์ต่างๆ ที่มีในใจออกมา ช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกสบายใจ และเป็นอิสระ ช่วยปรับตัวในการดำรงชีวิตให้อยู่ในภาวะสมดุล

3. ด้านครอบครัว พ่อแม่ของเด็กอาจรู้สึกผิด ที่มีบุตรมีความผิดปกติด้านร่างกายตั้งแต่กำเนิดจากโรคกรรมพันธุ์ และอาจกังวลว่าบุตรคนต่อไปอาจมีความผิดปกติอีก จึงแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรในลักษณะของการปกป้องระดับประคองมาก พยายามควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของพ่อแม่ และหาทางแก้ไขความเข้าใจให้ถูก

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียต้องเข้าใจเด็กและครอบครัวต้องให้ความใกล้ชิดตั้งแต่ตั้งแต่วินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียและติดตามให้การดูแลต่อเนื่องให้เด็กได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างเหมาะสม และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เมื่อเด็กโตขึ้น มีพัฒนาการมากขึ้นเด็กควรจะได้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับโรค

2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่อยู่ในระยะเริ่มต้นเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษา คือ อายุ 6-7 ปี จนถึงช่วงปลายของเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นช่วงต่อเข้าสู่วัยรุ่นโดยทั่วไปอายุเฉลี่ย 10 - 12 ปี ในเด็กหญิงและอายุ 11 - 13 ปี ในเด็กชาย (วารุณี อมรทัต, 2530) มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้กล่าวถึงเด็กวัยเรียนไว้ต่างๆ ดังนี้

Erikson (Erikson cited in Stanhope & Lancaster, 1984) เป็นผู้สนใจศึกษาพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ได้กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6 - 12 ปี และเรียกพัฒนาการในขั้นนี้ว่า เป็นวัยแห่งการประสบความสำเร็จ หรือความรู้สึกดี้อยู่ เนื่องจากเด็กวัยนี้มีประสบการณ์มากขึ้น เช่น ประสบการณ์ในโรงเรียน ต้องการที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ การยกย่องนับ

ถือจากกลุ่มซึ่งความสำเร็จวัยนี้มีผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก ถ้าเด็กประสบความสำเร็จล้มเหลวบ่อยๆ ในการแข่งขันก็จะทำให้เกิดปมด้อย บิดามารดาคควรให้ความใกล้ชิด และคอยแนะนำสนับสนุนให้เด็กได้ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในหมู่เพื่อน ไม่ควรตั้งความหวังสูงเกินไป ถ้าเด็กได้รับความสำเร็จในวัยนี้ เด็กก็จะสามารถพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีในการพัฒนาขั้นต่อไป (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530; ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2536; Thomson, 1995) ส่วน Piaget (Piaget cited in Stanhope & Lancaster, 1984; Thomson, 1995) ซึ่งเป็นผู้สร้างทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 7 – 11 ปี และเรียกเด็กในขั้นนี้ว่า เป็นวัยของการใช้ความคิดเชิงรูปธรรม (concrete operational period) เด็กสามารถแยกแยะความคิดไว้หลายด้านในเวลาเดียวกัน และสามารถคิดย้อนกลับได้ เมื่อมีปัญหาลึกซึ้งเข้าใจเหตุผลและที่ตามมา แต่การคิดแก้ปัญหาอย่างอาศัยเหตุและผลในสื่อที่เป็นรูปธรรมและขึ้นกับประสบการณ์ที่เด็กได้เรียนรู้มา นอกจากนี้ยังพัฒนาการกระบวนการจำลองในสมอง โดยมีการชักซ้อมท่องจำสิ่งที่ประสบ และจัดจำแนกเป็นหมวดหมู่ เพื่อสะดวกแก่การจดจำและดึงมาใช้ในภายหลัง พัฒนาการด้านการรู้คิดของเด็กตามทฤษฎีของเพียเจท์ แสดงให้เห็นกลไกทางความคิดของเด็ก โดยเริ่มจากการรับรู้ และเข้าใจจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมไปสู่สิ่งที่เป็นนามธรรม จนถึงขั้นคิดอย่างมีเหตุผล

ลักษณะสำคัญของเด็กระยะนี้ เด็กจะแสดงลักษณะเฉพาะตัว (Individuality) มากขึ้นแสดงให้เห็นความแตกต่างในลักษณะท่าทางการแสดงออก ความคิด ลักษณะของร่างกายแตกต่างจากเด็กคนอื่น แม้ว่าเด็กมีลักษณะเฉพาะตัวมากขึ้น แต่เด็กมีแนวโน้มพฤติกรรมและแนวความคิดไปตามกลุ่มเพื่อนของชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ (อัมพล สุอำพัน, 2538) เด็กจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการยอมรับตนเอง ให้ฝึกความรับผิดชอบและส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีผู้ใหญ่ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Thomson, 1995)

เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ดังนี้

พัฒนาการทางด้านร่างกาย เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีอัตราการพัฒนาทางด้านร่างกายช้ากว่าเด็กปฐมวัยและเด็กวัยรุ่น อัตราการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างช้า แต่สม่ำเสมอจนถึงอายุ 10 ปี ร่างกายขยายออกทางด้านส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง เด็กวัยนี้คล่องแคล่ว ว่องไวและแข็งแรงการพัฒนาในการใช้มือ และขาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสติปัญญา เด็กมีพลังงานมาก มีการเคลื่อนไหวมาก ชอบวิ่ง ชอบกระโดด และชอบปีนป่ายชอบทำกิจกรรมต่างๆ อย่างรวดเร็ว ขาดความระมัดระวังจนอาจเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยๆ (อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์, 2529; ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2536 และอัมพล สุอำพัน, 2538) เด็กวัยเรียนนี้มีความอยากรู้อยากเห็นและอยากรู้อะไรซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ทดลองทำสิ่งใหม่ๆ ทำให้เด็กมีทักษะทั้งในการเคลื่อนไหวและการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น (อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์, 2529 และศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) รวมทั้งความสามารถ และความสนใจของเด็กจะขยายเขตกว้างขวางขึ้น (สุชา จันทร์อม, 2535) ดังนั้นการส่งเสริมการออกกำลังกาย และ

การเล่นกีฬาที่เหมาะสม จะช่วยพัฒนาด้านร่างกายทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์มากขึ้น ถ้าเด็กมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอจะเป็นปมด้อยนำไปสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ (ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535) ความบกพร่องทางร่างกายที่มีผลกระทบต่อจิตใจของเด็กวัยนี้ เด็กที่อ่อนแอ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง และเด็กที่มีร่างกายบกพร่อง ส่วนมากมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อคนอื่นในทางถอยหนี ซ้ำอาย แต่มีเด็กบางคน แสดงออกโดยวิธีนี้ ตี้อารมณ์ ก้าวร้าว

พัฒนาการด้านสติปัญญา เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพิ่มมากขึ้นและรวดเร็ว เพราะกระบวนการรู้คิด (Cognitive process) และสังคมของเด็กจะพัฒนาสูงขึ้น และซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เด็กพร้อมที่จะเรียนรู้บทเรียน และสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งการเรียนรู้ของเด็กขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น แรงจูงใจ ความพร้อมของเด็ก ความสนใจ โอกาสที่ได้ลงมือทำเอง เป็นต้น (อัมพล สุอำพัน, 2538)

ตามแนวคิดของ Piaget เรียกเด็กในระบายนี้อาจะ ระยะเวลาของการแก้ปัญหาด้วยเหตุผล และสิ่งที่เป็นรูปธรรม ส่วน Bruner เรียกระบายนี้อาจะ ระยะเวลาการแก้ปัญหาโดยการใช้สัญลักษณ์ทั้ง Piaget และ Bruner มีความเห็นร่วมกันว่า เด็กวัยนี้จะเปลี่ยนความคิดจากความคิดที่เฉพาะเจาะจงไปสู่ความคิดที่กว้างขึ้น และเด็กสามารถจะแก้ปัญหาโดยมีความคิดเกิดขึ้นในใจ และนำความคิดนั้นออกมาใช้แก้ปัญหาได้ รู้ถึงความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งต่ออีกสิ่งหนึ่ง แต่ความสามารถที่เกิดขึ้นใหม่อยู่กับประสบการณ์ คือเด็กยังไม่สามารถคิดแก้ปัญหาใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นกับเด็กได้ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กมีความสามารถในขอบเขตที่จำกัด (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2536)

ทางด้านภาษา การพูด การอ่าน เด็กจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว สามารถใช้คำต่างๆ มาแสดงกิริยา อาการ หรือท่าทางที่แสดงในวัยเด็กเล็ก เด็กวัยเรียนได้เรียนรู้ที่จะใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อการเรียนรู้ ทักษะ และการอ่านเพิ่มขึ้น

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ การเกิดอารมณ์และการแสดงอารมณ์นั้น มีพื้นฐานมาจากลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ ซึ่งมีประจำตัวมาแต่กำเนิด จากการเลียนแบบจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ได้พบเห็นและจากการเรียนรู้โดยตรงกับสิ่งต่างๆ เด็กจะค่อยๆ พัฒนา รู้จักยับยั้งใจไม่แสดงความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรมไม่ดีทันที ระมัดระวังความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อตน อารมณ์กลัวจะดีขึ้นตามวัยที่ผ่านไป คือเลิกกลัวในสิ่งที่ไม่ดีตัวตน และจะกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เช่น กลัวความอดอยาก กลัวไม่มีเพื่อน กลัวเรียนไม่ดี เป็นต้น (สุวดี ศรีเลณวิติ, 2530) เด็กจะค่อยๆ สำนึกได้ว่า การอยู่ร่วมกับผู้อื่นนั้นต้องไม่ทำ ความลำบากหรือความเดือดร้อนให้ผู้อื่นและเด็กรู้ว่าแต่ละคนมีความสามารถไม่เท่ากันความเข้าใจนี้จะทำให้เด็กสามารถควบคุมความรู้สึกได้ดี พัฒนาการทางอารมณ์นี้ เด็กควรได้รับการสนับสนุนจากบิดา มารดา ครู เพื่อให้มีการปรับตัวได้ดีขึ้น

พัฒนาการด้านสังคม เด็กวัยนี้อยู่ในสังคมที่กว้างขวางขึ้น มีความคิดแฉงมมึนๆ เพิ่มขึ้น ลักษณะเด่นและทิศทางของความประพฤติของเด็กที่แสดงต่อสังคม คือ มีความต้องการแสดงความเป็นตัวของตัวเอง มีความประพฤติที่สอดคล้องหรือนำม็เพียงเข้าหากลุ่ม และเริ่มห่างครอบครัวมากขึ้น มีความต้องการเป็นอิสระเพิ่มขึ้น ไม่ต้องการความช่วยเหลือมากนัก เริ่มต่อต้านผู้ใหญ่มีความสนใจที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว มีรสนิยมเฉพาะตัว แสดงความทุกข์ร้อน และเดือดร้อนเมื่อกลุ่มประสบปัญหาช่วยเหลืองาน อุทิศตนให้กลุ่มทำตัวให้เหมือนเพื่อน ทั้งในด้านการแต่งกาย และความประพฤติต่างๆ ชอบเล่นกีฬา เป็นต้น การห่างครอบครัวและสนใจผู้อื่นมากขึ้นทำให้เด็กได้เลียนแบบลักษณะต่างๆ (Secondary identification) ที่นอกเหนือจากบิดา มารดา (อำพล สุอำพัน, 2538)

จากการพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม จะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยเรียน ได้มีผู้สนใจศึกษา พัฒนาการในการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพของเด็กวัยเรียน ดังนี้ Nagy & Gelbert (Nagy & Gelbert, 1973 cited in Tacket & Hunsberger, 1981) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของเด็กวัยเรียนด้านร่างกาย พบว่า เด็กรับรู้เกี่ยวกับร่างกายในแง่เนื้อหาและหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกาย จากการสัมภาษณ์และวาดรูปทราบว่า เด็กคิดเกี่ยวกับร่างกายตามหน้าที่และตำแหน่งที่อยู่ ดังนี้

เด็กวัยเรียนตอนต้น (6-7 ปี) รับรู้เช่นเดียวกับเด็กวัยก่อนเรียน คือ ร่างกายจะอยู่ตรงกลาง ตรงที่นำอาหารเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นร่างกายจะประกอบด้วย อาหาร น้ำ ปัสสาวะและอุจจาระ นอกจากนี้เด็กช่วงอายุนี้อย่างรับรู้เกี่ยวกับ กระดูก สมอง และตา เป็นส่วนต่างๆ ของร่างกายด้วย

เด็กวัยเรียนตอนกลาง (8-10 ปี) พิจารณาที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูก หัวใจและเส้นเลือด และบ่งชี้ว่าตาและสมองทำด้วยกระดูก ตำแหน่งของกระเพาะอยู่ต่ำกว่าขนาดโตกว่าปกติ และยังเขียนรูปตับไว้ด้วย นอกจากนี้ยังบอกด้วยว่า หัวใจสัมพันธ์กับการหายใจ

เด็กวัยเรียนตอนปลาย (11-12 ปี) เด็กวัยนี้บ่งชี้เช่นเดียวกับเด็กวัยตอนกลาง แต่ตำแหน่งอวัยวะที่อยู่และขนาดใกล้เคียงความจริงมากกว่า ยกเว้นกระเพาะอาหารที่มีขนาดโตและอยู่ต่ำกว่าปกติ เด็กวัยนี้เริ่มมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปอด หัวใจ ในการไหลเวียนโลหิต

จากการศึกษายังพบว่า เด็กแต่ละคนไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใด จะบ่งชี้ส่วนต่างๆ ของร่างกายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เขาได้รับเป็นพิเศษ ตัวอย่างเช่น เด็กที่ได้รับการติดเชื้อบ่อยๆ หรือการผ่าเยื่อแก้วหู จะเขียนหูเข้าไปในรูปภาพด้วย ถ้าเจ็บปวดและผ่าตัด เกี่ยวกับอวัยวะใด ก็จะเขียนอวัยวะนั้นที่มีรูปร่างบุดเบี้ยวและโตกว่าปกติเข้าไปด้วย

3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behaviors) หมายถึงกิจกรรมที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ และไม่อาจสังเกตเห็นได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ นักจิตวิทยาเชื่อว่าสามารถวินิจฉัยได้ว่ามี หรือไม่มี โดยวิธีการทางจิตวิทยา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 15)

สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น (Stelle and Mc. Broom, 1972: 38)

สุขภาพ ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดีไม่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น (Christine, 1991: 815)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ตามความหมายของ Dictionary of Education (Good, 1959) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behaviors) และภายนอก (Over Behaviors) ที่คาดหวังให้ผู้เรียนมีหรือเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนี้จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

Kasl and Cobb (1966: 246) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ 3 ลักษณะคือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) หรือ พฤติกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotion Behavior) หมายถึงการกระทำกิจกรรมใดๆของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงกิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย และ พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือในการรักษา

Bedworth & Bedworth (1982) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น เป็นพฤติกรรมที่ถือปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

Pender (1987) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพนอกจากจะเป็นการกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ แล้วยังรวมถึงการกระทำที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิมอีกด้วย

Murray and Zentner (1989) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า พฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีจึงกระทำ

ฉัตรวลัย ไจอารีย์ (2533) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำในชีวิตประจำวันเพื่อให้สุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจครอบคลุมการดูแลสุขภาพด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การตรวจตามนัดการสังเกตอาการผิดปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิต

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมใดๆของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องสุขภาพ

กนกพร วิสุทธิกุล (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลหนึ่งกระทำเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขและศักยภาพสูงสุดในบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกับการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออก หรือการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคล ที่แสดงออกถึงการป้องกันโรค หรือการเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพหรือการทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตื่นนอน การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนหรือการนอน เป็นกิจกรรมที่วัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ มีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นกับ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการ และแรงจูงใจ

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้วถือว่าพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นการแสดงบทบาทที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง McCracken (1985: 92) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่า ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพ และในขณะเดียวกันก็ต้องป้องกันโรคแทรกซ้อนด้วย

เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมักมีปัญหาสุขภาพในเรื่องของภาวะซีดเนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย มีการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ไม่มาตรวจตามนัด พฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Becker (1974) ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามการรักษาในด้าน การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการตรวจตามนัดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภูมิที่ 1

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตาม
พฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย
Readiness to undertake
Recommended Sick Role Behavior

ปัจจัยร่วม
Modifying and
Enabling Factors

พฤติกรรมตาม
บทบาทของผู้ป่วย
Sick Role Behavior



แผนภูมิ ที่ 1 แสดงถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายถึง

พฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย

ที่มา : Sick Role Behavior, Becker 1974

3.2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

นิตยา ไทยาภิรมณ์ (2532) สร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาศัยแนวเนื้อหาวิชาสุขภาพศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ การรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุ การส่งเสริมสุขภาพจิต การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 26 ข้อ คำตอบมีให้เลือก 3 คำตอบคือ ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด ปฏิบัติถูกต้องบางครั้ง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ของฮอยส (Hoy' Analysis of Variance) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมอนามัย .70

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยของ Becker (1974: 89) ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในการร่วมมือในการรักษาว่า ประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงประเมิน พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม และรายงานวิจัยต่างๆ ที่ครอบคลุม พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ที่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียควรมีพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ดังนี้

1. การรับประทานยา ยาน้ำรุนแรงเลือดที่ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรรับประทาน ได้แก่ กรดโฟลิก ให้กินวันละ 1 เม็ด จะช่วยเสริมให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ดีขึ้น ไม่ควรซื้อยาบำรุงเลือดรับประทานเองเพราะอาจเป็นยาที่มีธาตุเหล็กสูง ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีธาตุเหล็กเกินอยู่แล้วจะเป็นผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วยมากขึ้น
2. การรับประทานอาหาร คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเม็ดเลือดแดงแตกเร็ว ร่างกายต้องพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นมาทดแทน สร้างมากและสร้างเร็วกว่าคนปกติหลายเท่า ฉะนั้นควรรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ มีโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ ไข่ นม และอาหารที่มีวิตามินที่เรียกว่า "โฟเลท" อยู่มาก ได้แก่ ผักสดต่างๆ สารอาหารเหล่านี้จะถูกนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ อาหารที่ควรละเว้นคือ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูงมากเป็นพิเศษ ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เลือดสัตว์ต่างๆ เช่น เลือดหมู เลือดเป็ด เลือดไก่

3. การออกกำลังกายผู้ป่วยควรออกกำลังกาย ทุกวันเท่าที่ผู้ป่วยทำได้โดยไม่เหนื่อยมากเกินไป ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที เรียนพลະได้แต่ควรดกกีฬาที่รุนแรง เช่น ยิมนาสติก มวย หรือกีฬาที่มีโอกาสกระทบกันรุนแรง เพราะผู้ป่วยมีกระดูกเปราะและหักง่าย การออกกำลังกายก่อให้เกิดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ (Murray & Zentner, 1989)

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรทำชีวิตให้เป็นปกติ ทั้งส่วนตัวและการเรียน เพราะผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การทำความสะอาดปากฟัน ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหาร ดูแลการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน วันละ 8-10 ชั่วโมง ดูแลการขับถ่าย และการเล่นให้เป็นปกติ

5. การตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียควรให้ความสำคัญกับการตรวจตามนัด เพื่อได้ ติดตามอาการการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นระยะเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

4.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

Rokeach (1970) ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาได้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้นโดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

Craig (Craig, cited in Phipps, Long and Woods, ed. 1983) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการ ทั้งนี้ความรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะประสบการณ์นั้นจะได้รับมาโดยตรงหรือทางอ้อมก็ตาม ความรู้สึกนึกคิดนี้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ ทำให้เกิดความเชื่อความเข้าใจในสิ่งนั้น

Ragucci & Geoppinger (Ragucci & Geoppinger, cited in Phipps, Long and Woods, ed. 1983) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค จะส่งผลถึงการกระทำเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น หรือการป้องกันความเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ

King (1984) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในด้านการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ได้กล่าวถึงความเชื่อและการเจ็บป่วยไว้ว่า เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

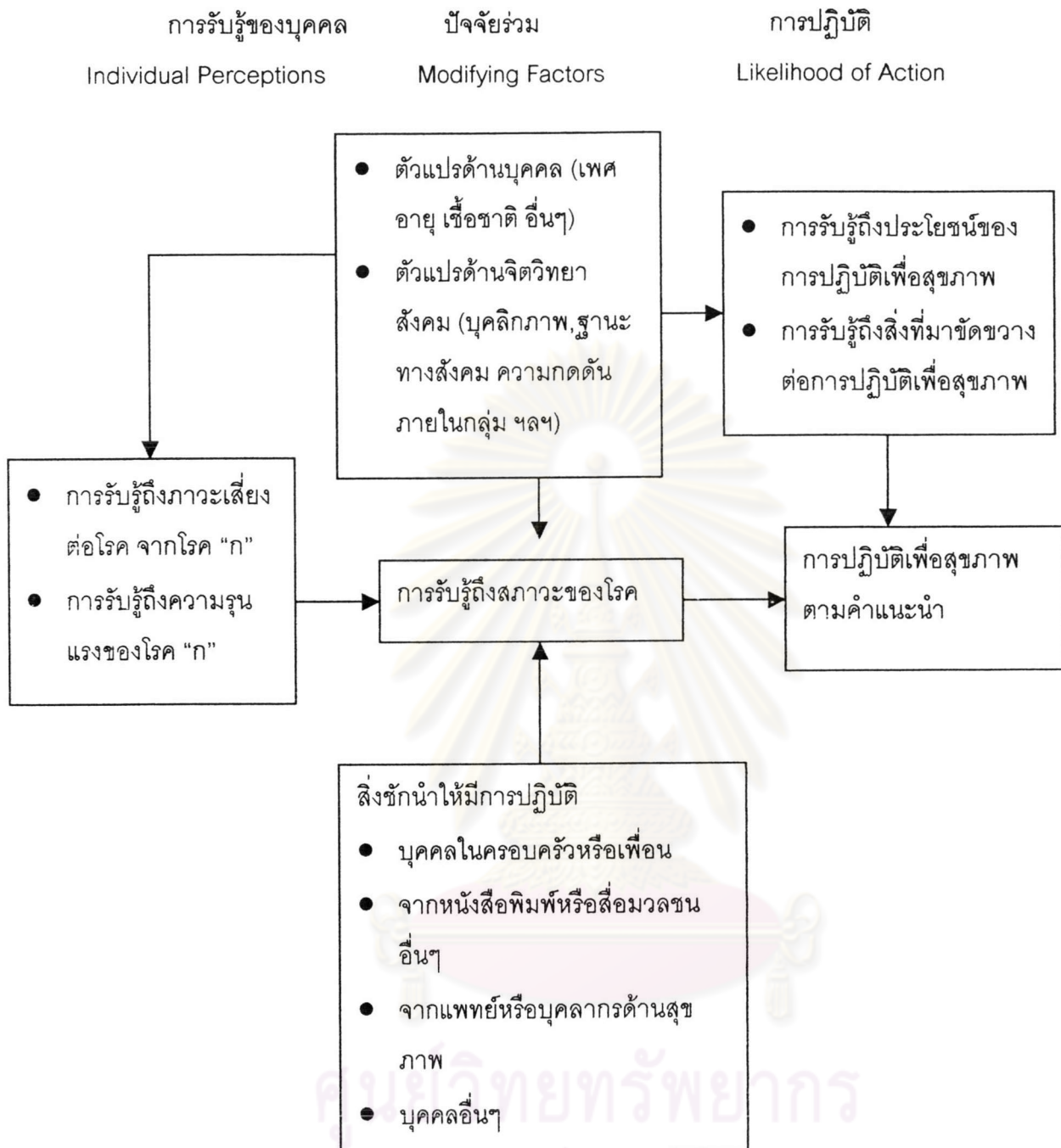
สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพโดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล นับตั้งแต่ความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการหรือเพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อดำรงรักษาสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตั้งแต่ปี ค. ศ. 1950 เป็นต้นมา ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาถึงแบบแผนมโนทัศน์เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่ Kurt Lewin ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย (Theory of Goal Setting) ภายหลังทฤษฎีของ Kurt Lewin ได้มีผู้อธิบายในแนวที่คล้ายคลึงกันโดยอธิบายถึงการปฏิบัติและการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ของบุคคล ได้แก่การแสดงออกของพฤติกรรม (Performance Behavior) ของ Tolman การเสริมแรงและการเรียนรู้ทางสังคม (Reinforcement and Social Learning) ของ Rotter ทฤษฎีการตัดสินใจของ (Decision Theory) ทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (Risk-Taking Behavior) ของ Atkinson และการวิเคราะห์การตัดสินใจภายใต้ความไม่มั่นใจของ Feather (Rosenstock, cited in Becker 1974) และแบบแผนที่ได้รับค่านิยมแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำหรือการปฏิบัติตนนั้นมีราคาไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าเป็นสามารถรักษาได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าวเป็นแนวความคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock) และในเวลาต่อมา Becker ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น โดยเอาตัวแปรต่างๆ เข้ามามีเกี่ยวข้อง และแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตน (Rosenstock, cited in Becker, 1974) ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือชักนำให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าวมีส่วนประกอบดังแผนภูมิที่ 2 (Rosenstock cited in Becker 1974)



แผนภูมิที่ 2 ต้นแบบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวแปรต่างๆ

ที่มา : Rosenstock cited in Becker 1974

4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น Casl & Cobb (1966) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แล้วแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การขอคำปรึกษา ขอความเห็น หรือคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย เป็นต้น

หลังจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ในช่วงเวลาหนึ่ง ต่อมาได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้พยายามศึกษาวิจัยและเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน Becker จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นใหม่ เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ได้ศึกษาไว้ โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเกอร์สร้างขึ้นใหม่มีองค์ประกอบที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (Becker, 1974)

1. ตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - 1.1 แรงจูงใจ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นต้น
 - 1.2 การรู้ถึงคุณค่าของการลดภาวะ การเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
 - 1.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดภาวะ การเจ็บป่วย ซึ่งเป็นตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา
2. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย อุปสรรคในการปฏิบัติทัศนคติของผู้ป่วยต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ เป็นต้น

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการปรับปรุงนิสัยส่วนตัว เป็นต้น

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินได้ว่าเกิดความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้มีการปฏิบัติ (Cut to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อมวลชนต่างๆ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

จากทฤษฎีความเชื่อความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย ผู้วิจัยศึกษาตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ เป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจ ปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรต้น ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมาตรวจตามนัด เป็นตัวแปรที่จะศึกษา

ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก โดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของ Lewin (Lewin's Motivation Theory) เป็นแบบแผนที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลมักจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นนอกจากจะรับรู้ว่าจะอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงอาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ และจะไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker & Maiman 1974)

Becker (1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมและการปฏิบัติตน และการรักษา (Perceived Benefits)
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barrier)
5. แรงจูงใจ (Motivation)

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)

Becker กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้ทราบการวินิจฉัยโรคของตน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไปจากผู้ที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรค หรือผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้จะเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะดังนี้

1. การคาดการณ์หรือความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่ไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัย หรือผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคจะบิดเบือนจากความเป็นจริง
2. ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน
3. ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรักษาภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ทั้งนี้ Becker ได้อ้างถึงรายงานวิจัยต่างๆ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับการมารับการรักษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของเอลลิง และคณะ (Elling et.al.) พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของไข้รูห์มาติก (Rheumatic Fever) ในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนำบุตรมารับยาและการมาตรวจตามนัด และได้กล่าวถึงการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker et.al. 1974) พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกว่าเป็นบุตรของตนเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น การอักเสบของหูชั้นกลางจะทำให้ความร่วมมือในการดูแลการให้ยา และการนำบุตรมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ค่อยตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Hallal (1982) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ และการศึกษาของ นิตยาภาสุนันท์ (2529) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ได้กล่าวไว้ว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่จะไม่กระทำการใดๆ จนกว่าจะเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะของร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของตน ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรสดังกล่าวจะหมายถึงความรุนแรงของโรสดังกล่าวจะหมายถึงความรุนแรงตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง

Mikhail (1981) ได้ศึกษารวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่านพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และกล่าวถึง การศึกษาของ Egeles (1963) และการศึกษาของแทช และคณะ (Tash et.al., 1969) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ

Hellenbrand (Hellenbrand, in Miller, ed. 1983) ได้กล่าวถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงไว้ว่า การให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ และแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้แต่ไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญก็อาจทำให้เกิดกลไกการป้องกัน เช่น มีพฤติกรรมปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับมากกว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจะ

เห็นได้ว่าถึงแม้จะมีวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการรักษา รวมทั้งความสามารถของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้ ความเชื่อในด้านนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

เบคเกอร์ และคณะ (Becker et.al. 1974) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่าการรักษาของแพทย์มีประโยชน์ต่อตน และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ ถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นสามารถลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริง และจะคุ้มค่างับค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือเวลาที่ต้องเสียไปตลอดจนคุ้มค่างับความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายจากการรักษา

Mikhail (1981) กล่าวว่า การลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อย และถ้าผู้ป่วยต้องประสบกับความลำบากความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งทีเื้ออำนวยความสะดวก ก็มักจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความไม่ร่วมมือในการรักษาพบได้เสมอในรายที่ไม่ค่อยแน่ใจถึงผลดีในการปฏิบัติตัวตามข้อกำหนด หรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาหรือการรักษาบางอย่าง และในรายที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยาก และใช้เวลานาน

ดังนั้น นอกจากผู้ป่วยจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแล้ว การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การรับรู้ถึงอุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะสามารถทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งต้องรับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะๆยาวนานและอาจจะตลอดไป

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Perceived Barrier)

เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของตนในทางลบ อุปสรรคในการปฏิบัติ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เวลาในการมารับ บริการสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น สิ่งต่างๆเหล่านี้ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้เกิดความขัดแย้งโดย บุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรคที่เกิดขึ้น แล้วตัดสินใจปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ Klinger (1984) ศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวที่จะต้องใช้ระยะเวลา นาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา และการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และจากการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กมะเร็ง เม็ดเลือดขาว ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติ กรรมสุขภาพ

การรับรู้แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจที่กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker 1974) หมายถึง ความแตกต่างทางด้านอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งจะกระตุ้น ให้บุคคลเกิดความสนใจด้านสุขภาพอนามัย และเมื่อมีอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์ และรับ การรักษา สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจ ที่จะแสวงหาและการยอมรับการรักษา หรือในบางรายอาจเกิดจากความกลัวดก ลุ่ม กังวลใจ (Mikhail 1981)

Champion (1984) กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทำให้บุคคลได้ตระหนักถึง การปฏิบัติตาม ด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งจะส่งผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพในทางบวก และยินดีที่จะแสวงหาหรือให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยเชื่อว่าทำให้การเกิดโรคลดลง

Connelly (1987) กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรค เรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ โจเซฟ (Joseph 1980) ที่ว่า แรง จูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าแรงจูงใจนับเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางบวก หรืออาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความสนใจในการแสวงหาความรู้และแหล่งบริการทางสุขภาพทั้งในภาวะปกติหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

4.3 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

เครื่องมือหรือแบบวัดการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผู้ศึกษาร่างไว้มีดังนี้

จากการศึกษาของ นิตยา ไทยาภิรมณ์ (2532) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยแนวทางจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นพื้นฐาน ลักษณะแบบสัมภาษณ์ เป็นข้อคำถามที่วัดการรับรู้ในเรื่อง แรงจูงใจด้านสุขภาพ โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การกลับเป็นซ้ำและการเกิดโรคแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของพฤติกรรมอนามัย จำนวน 26 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ รับรู้ถูก รับรู้ผิด มีค่าความเชื่อมั่น .67

วีรยา จึงสมเจตไพศาล (2537) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรั่วหัวใจพิการ ซึ่งดัดแปลงจากข้อคำถามของ นิตยา ไทยาภิรมณ์ (2532) โดยอาศัยแนวคิดจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประเมินการรับรู้ใน 5 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตนและการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีจำนวน 22 ข้อแบบสอบถามชุดนี้มีให้เลือก 3 คำตอบ คือ รับรู้ถูกต้องที่สุด รับรู้ถูกต้องพอควร รับรู้ไม่ถูกต้อง มีค่าความเชื่อมั่น .79

ยุคนธร ทองรัตน์ (2541) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแนวคิดของ Becker (1974) 5 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และแรงจูงใจ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ มีค่าความเชื่อมั่น .89

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ที่ครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา การรับรู้

อุปสรรคในการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยค้นคว้า ทฤษฎี เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างให้เหมาะสมกับการศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าม้งงานวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

นิตยา ไทยาภิรมณ์ (2532) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปริศนา บุญเรือง (2535) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ภาคเหนือ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นภัทวรรณ อินประสิทธิ (2536) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส

ศุภาวดี แถวเพี้ย (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3503$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของสามีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2208$)

ชนิดา สุจริตต์ (2543) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรี พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .214$)

5. การสนับสนุนทางสังคม

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่ามิบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาใน

ชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการอาศัยพึ่งพากันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีระวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายขึ้น (จรรย์วัตร คมพยัคฆ์, 2531) และเนื่องจากมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหลายท่านจึงมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันดังนี้

5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (Weiss, 1974 cited by Diamond, 1979, Brandt & Weinert, 1987) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) การเข้าร่วมในสังคม (Social integration) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้ที่อ่อนแอกว่า (Opportunity for nurturance) การรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) การให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำ (Assistance/ Guidance) และการรู้สึกว่าตนมีบุคคลที่พึ่งพาได้ (Sense of reliable alliance)

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่าบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน และรับรู้ถึงการแสดงออก สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า

Scheafer et al., (1981) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

House (House, 1981 cited by Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่และความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Thoits (1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender (2002) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จาก กลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้ความสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ คือการมีสุขภาพอนามัยดี

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมและได้รับการช่วยเหลือประคับประคองเมื่อเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเผชิญกับความเครียดในชีวิต ทั้งในด้านจิตใจที่เชื่อว่ามีเด็กวัยเรียนต้องการ ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่องว่ามีคุณค่าในสังคม มีการได้รับข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของและแรงงาน ที่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ครู แพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมที่ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค

การจัดแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เพื่อช่วยให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือก การสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ตามกรอบแนวคิด ของ House (1981) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับ ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด
2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับการยอมรับ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และต้องได้รับการชมเชยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆสำเร็จ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งแนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงบอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument Support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ สิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

5.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้สร้างเครื่องมือ มีหลากหลายดังนี้

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) เรียกว่า The Personal Questionnaire Part Two (PRQ2) Brandt & Weinert เครื่องมือนี้วัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ และ PRQ 85: Part 2 Brandt & Weinert แปลเป็นไทยโดย ชมนาด วรณพรศิริ (2535) แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .85 -.93

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn เรียกว่า Norbeck Social Questionnaire Part Two (NSSQ2) ซึ่งสร้างขึ้นโดย Norbeck, Linsey & Carrieri (1981) เครื่องมือนี้วัดการสนับสนุนด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์ความคิด ด้านความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการช่วยเหลือ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อและแบบประเมินเครือข่ายทางสังคม 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบ่งตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .58 -.92

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brown (1986) การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ แปลโดย กาญจนา บุญทับ (2534) แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .89 ด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านวัตถุ และข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีระดับการวัดเป็น 4 ระดับคือ เป็นจริงทั้งหมด เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงส่วนน้อย และไม่เป็นจริง มีค่าความเชื่อมั่น .79

งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1981) จำนวน 20 ข้อวัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้

แบ่งการวัดออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่า CVI = 0.8 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค .90

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1981) เนื่องจากจำแนกชนิดของการสนับสนุนได้ชัดเจนและครอบคลุมความต้องการด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยผู้วิจัยค้นคว้า ทฤษฎี เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสร้างให้เหมาะสมกับการศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าม้งงานวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

สุนันทา ตันติกนภพร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .23$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

เพศ จากการศึกษานี้ของ ดีล์แมน และคณะ (Dielman, et al. 1982: 170) พบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เสถียร สุภาพงษ์ (2529: 49) กล่าวว่า พฤติกรรมเด็กวัยเรียนเพศชายแตกต่างจากเด็กวัยเรียนเพศหญิงในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารและการพักผ่อน การรักษาโรคและการป้องกันโรค และการศึกษาของกอร์ดิสและคณะ (Gordis, et al. 1969:958) เพศที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของ นิตยา ไทยาภิรมณ์ (2532) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังพบว่า เพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกัน

สมหมาย สุพรรณภาพ (2541) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่าเพศชาย

รายได้ของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ครอบครัวที่มีรายได้ดีจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย ครอบครัวที่มีฐานะยากจน

จะขาดแคลนอุปกรณ์ในการที่จะช่วยให้เด็กได้ปฏิบัติในพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ไม่มีสบู่ ไม่มีเสื้อผ้า และปัญหาความยากจนทำให้บิดา มารดา ไม่มีเวลาเอาใจใส่บุตรในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน (สุชา จันทรเอม, 2538: 171)

จากการศึกษาของ นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคเรื้อรังพบว่า รายได้ของครอบครัวต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพอนามัยไม่ต่างกัน

ลักษณะของครอบครัว ครอบครัวมีส่วนสำคัญกับเด็กมากในทุกๆด้าน ในปัจจุบันครอบครัวสมัยใหม่จะแยกออกมาจากครอบครัวขยาย (สุวดี ศรีเลณวดี, 2530) เด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตรเท่านั้น สมาชิกในครอบครัวจึงมีความใกล้ชิดกันมากทำให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากแบบอย่างของบิดามารดา ส่วนครอบครัวขยายประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และญาติของบิดา หรือญาติของมารดา อยู่ในครอบครัวด้วย การเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลายอาจก่อให้เกิดความสับสนต่อเด็กได้ การศึกษาของ สมหมาย สุพรรณภพ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

จากแผนภูมิที่ 1 และ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลถือเป็นปัจจัยร่วม (Modifying Factor) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย เพศ รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางเพศ ชัดเจนขึ้นจากการเลี้ยงดูและการเรียนรู้จากแบบอย่างในสังคมทำให้เด็กเพศชาย และเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันชัดเจน ส่วนรายได้ของครอบครัว ถ้าครอบครัวมีรายได้สูง จะมีส่วนช่วยให้เด็กมีโอกาสได้รับสิ่งที่ดีอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ลักษณะของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะเป็นแบบอย่าง และช่วยส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก จากเหตุผลดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนด ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ประกอบด้วย เพศ รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว เป็นปัจจัยร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 7 – 13 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหัวใจ กลุ่มอาการเนฟโฟรติก ธาลัสซีเมีย จำนวน 161 ราย โดยได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน มารับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยเรียนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2298$) เด็กวัยเรียนที่เพศต่างกัน รายได้ของครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมอนามัยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า จำนวนร้อยละ 25 เปรอร์เซ็นต์ขึ้นไปมีพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตัวได้แก่ ไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติเฉพาะโรค รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคเป็นประจำ สัมรับประทานยา มีการรับรู้ภาวะสุขภาพผิดในเรื่องที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การกลับเป็นซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการดำรงพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ

ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ ระหว่าง 6 – 12 ปี จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมารดา มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.4154$) เด็กที่มีเพศต่างกัน รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เด็กที่มีเพศและรายได้ของครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพจน์ รัตนพันธ์ (2533) ศึกษาวิจัย เรื่อง การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างนักเรียนที่เป็นผู้นำเยาวชนสาธารณสุขกับนักเรียนอื่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 816 คน (เป็นนักเรียนที่เป็นผู้นำเยาวชนสาธารณสุข 408 คน และนักเรียนอื่น 408 คน) จาก 51 โรงเรียน ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เป็นผู้เรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน 213 คน จาก 6 โรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.6 กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพดี

ร้อยละ 15 และกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ร้อยละ 17.4 เมื่อศึกษาข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 8 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพจิตของตนเอง รวมทั้งการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนี้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 8 ด้านได้ และพบว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญา ลักษณะนิสัย และประสบการณ์ตรงของเด็กนักเรียน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมของครอบครัว (ลักษณะการเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน แหล่งทรัพยากร และแบบอย่าง) สิ่งแวดล้อมของโรงเรียน (การสอน/หลักสูตร แหล่งทรัพยากร แบบอย่างจากครู เพื่อน และโครงการเพื่อสุขภาพต่างๆ) และสิ่งแวดล้อมของสังคม/ชุมชน (แหล่งทรัพยากร แบบอย่าง สื่อต่างๆ จากหนังสือและโทรทัศน์)

กันทิมา เอกโพธิ์ (2534) ศึกษาอัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนถึงวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาสนับสนุนความตรงทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในส่วนที่อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำ ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นว่าผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัดของพัฒนาการทางด้านความคิด ความเข้าใจและสติปัญญา นอกจากนี้ ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพยังไม่มีการสอนและให้ความรู้โดยตรงแก่ผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำปรึกษาในบางเรื่องที่ยังสามารถตามีความสงสัย กลุ่มตัวอย่างจึงเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองเป็นส่วนใหญ่จึงทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่อนข้างต่ำ

วีรยา จิงสมเจตไพศาล (2537) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก โดยศึกษาผู้ป่วยเด็กอายุ 6 -13 ปี ที่มาตรวจที่ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็กจำนวน 140 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3086$) รายได้ของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2123$)

จันทร์เพ็ญ แชน้ำ (2540) ศึกษาวิจัยเรื่อง แบบแผนและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภคของนักเรียนในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร ในปี 2528 และ 2538 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2528 และ 2538 จำนวน 119 คน และ 133 คน ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบอาหารบริโภคของนักเรียนปี 2538 ที่เปลี่ยนแปลงจากปี 2528 คือ มีการบริโภคเครื่องดื่ม นม ขนม/ผลไม้ร่วมในอาหารเช้า อาหารกลางวัน มีความบ่อยครั้งมากขึ้น และบริโภคเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ไข่ นมสด น้ำมัน และน้ำตาลในปริมาณมากขึ้น แต่บริโภคข้าวสารและถั่วเมล็ดแห้งในปริมาณน้อยลง อาหารเช้าและอาหารกลางวันของนักเรียนปี 2538 มีคุณค่าสารอาหารส่วนใหญ่ในปริมาณมากกว่าปี 2528 แต่ปริมาณที่ได้รับยังน้อยกว่าปริมาณที่ควรได้รับสำหรับอาหารเช้าและอาหารกลางวันเกือบทุกชนิด ยกเว้นโปรตีน

สุนันทา ดันติกนภพร (2540) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มารักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 104 ราย ผลการวิจัยพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมสุขภาพปานกลางและดีใกล้เคียงกัน และรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครองค่อนข้างมาก การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเด็กจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมีผลมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมของเด็ก

ยุคลธร ทองรัตน์ (2541) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย อายุ 10 - 12 ปี ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคเลือดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 102 คน พบว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องร้อยละ 65 มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการรับรู้สุขภาพไม่ถูกต้องในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน และพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้องร้อยละ 72.5 มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และอาการผิดปกติขณะให้เลือด การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และการไม่บอกเล่าอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.3170$)

กรณีศึกษา สุวรรณมา (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 361 คน พบว่า เด็กวัยเรียนร้อยละ 65.1 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.3 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 16.6 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนคือ เพศ ความรู้ เจตคติ รายได้ของครอบครัว ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน เจตคติ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักเรียน การได้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

Becker et al. (1977) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการทำนายความร่วมมือในการควบคุมอาหารในเด็กที่เป็นโรคอ้วน โดยการสัมภาษณ์มารดาจำนวน 116 คน และการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวและให้คำแนะนำโดยนักโภชนาการ โดยวัดผลจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของบุตรหลังศึกษา 2 เดือน และการมาตามนัดของมารดา ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ลักษณะเฉพาะของน้ำหนักเด็ก ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร และอุปสรรคของการควบคุมอาหาร กับการมีน้ำหนักของบุตรลดลง ยกเว้นไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็ก และสถานภาพสมรสของมารดา กับการลดน้ำหนักของเด็ก

จากการศึกษางานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดื่งที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของ Becker (1974) ยังมีความเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

