

613.043 2

ล 514 ฝ

ร.3

ประสิทธิผลของการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับการให้สุศึกษาตามปกติ
ต่อการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคของมารดาในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

ปริญญาพนธ์

ของ

ลีลา สุวานนท์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา

เมษายน 2535

ลิขสิทธิ์ เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

182079

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
ศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน

(ดร. ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์)

.....กรรมการ

(ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน

(ดร. ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์)

.....กรรมการ

(ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ค.ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2535

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ และดร.กฤษยา ตันติผลาชีวะ ที่ให้คำแนะนำและข้อคิดการทำวิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ มาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ดร.กาญจนา รุ่งทรานนท์ อาจารย์พิมพ์ศรี โตตติเทพย์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ แนะนำเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลหม่อม ตำบลปากดง ตำบลสามพร้าว และตำบลบ้านเลื่อม ทุกท่าน รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คุณวาริ วณิชปัญจพล คุณสุทัศน์ พ่วงภักดี ที่เอื้อเฟื้อวรรณคดีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย และขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุก ๆ ท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อถนอม บุญเกิด คุณแม่ปราณี บุญเกิด และขอบพระคุณ คุณก้องสกล สุวานนท์ คุณณษ สุวานนท์ ผู้เป็นกำลังใจสูงสุดของผู้วิจัย ตลอดมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอโน้มรำลึกถึงพระคุณของ บิดา มารดา ครู และอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้อบรม สั่งสอน ให้ความเมตตาตลอดมาอย่างหาที่เปรียบมิได้

ลีลา สุวานนท์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1	บทนำ
	คำนำ
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า
	นิยามศัพท์เฉพาะ
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
	ตอนที่ 1 ภูมิคุ้มกันโรค
	ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา
	ตอนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน
	ตอนที่ 4 ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย
	ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้สุขศึกษา
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
	สมมุติฐานในการวิจัย

บทที่	หน้า
3	78
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	78
➢ แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	78
➢ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	79
➢ วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
วิธีจัดกระทำข้อมูล.....	85
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	86
4	93
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
5	103
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	103
สรุปผลการวิจัย.....	105
อภิปรายผล.....	106
ข้อเสนอแนะ.....	109
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	110

บทที่

หน้า

บรรณานุกรม..... 112

ภาคผนวก..... 121

ประวัติย่อของผู้วิจัย..... 158

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ร้อยละของการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีนแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2520 - 2524.....	2
2	อัตราป่วยและตายต่อประชากรแสนคนของโรคเป้าหมาย ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2520 - 2524.....	3
3	ร้อยละของการปฏิบัติงานบริการวัคซีนแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2525 - 2529	4
4	อัตราป่วยและอัตราตายต่อประชากรแสนคนของโรคเป้าหมาย ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2525 - 2529	5
5	อัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เดือนพฤษภาคม 2533.	9
6	อัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เดือนตุลาคม 2523 ถึงเดือนมิถุนายน 2534.....	10
7	กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.....	27
8	ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	94
9	ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา.....	95
10	ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประกอบอาชีพ.....	96
11	ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับรายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน.....	97

ตาราง

หน้า

12	ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนการมีบุตร.....	98
13	เปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินความรู้ก่อนทดลองและ หลังทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	99
14	เปรียบเทียบคะแนนจากแบบประเมินการรับรู้ก่อนทดลองและ หลังทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	100
15	เปรียบเทียบจำนวนการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลองภายในระยะ เวลา 2 เดือน.....	102

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวางแผนสุขภาพ.....	37
2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	76

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ตามปกติแล้วทารกแรกเกิดทุกคนจะมีภูมิต้านทานโรคในร่างกาย ซึ่งได้รับจากมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ ระดับของภูมิต้านทานโรคนี้จะคงอยู่ในเด็กช่วงระยะหนึ่งแล้วจะค่อย ๆ ลดลงไปตามลำดับจนกระทั่งหมดไปในที่สุดในช่วงอายุประมาณ 3-6 เดือน จากการที่ภูมิต้านทานโรคที่มีมาแต่กำเนิดลดลง และหมดไปในที่สุด ประกอบกับเด็กต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอกต่าง ๆ นี้เอง ทำให้เด็กมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคได้ง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมาก โดยเฉพาะโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรวัยเด็กต้องเจ็บป่วย เสียชีวิตหรือพิการ ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอและหัด ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคติดต่ออันตรายและจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ถ้าเกิดในเด็กเล็กเป็นผลต่อเนื่องให้ประชากรในวัยเด็กของประเทศต้องเติบโตขึ้นเป็นประชากรที่ขาดคุณภาพทั้งทางร่างกายและสติปัญญา เบิร์นและเบนเนท (Byrne and Bennett, 1986 : 164) กล่าวถึงการประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย พ.ศ. 2520 ได้เห็นว่ากลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลกยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในขั้นต่ำ และสุขภาพอนามัยไม่ดีเท่าที่ควรควรมีการพัฒนาให้ดีขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543" กลวิธีที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ก็คือการนำเอาการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาใช้เป็นยุทธวิธีในการพัฒนา งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก็เป็นงานหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอีกระดับหนึ่งในการที่จะไปถึงความมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ดังที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ก็คือโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

โครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (The Expanded Programme on Immunization ; EPI) มีเป้าหมายที่จะให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กทุกคนเพื่อต่อต้านโรคทั้ง 6 คือ วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอและหัด ดังนั้นองค์การอนามัยโลก

(WHO. 1984 : 3) จึงเรียกโรคทั้ง 6 นี้ว่า "กลุ่มโรคเป้าหมาย" ในประเทศไทย ได้เริ่มมีแผนงานขยายโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา ซึ่งอยู่ในระยะของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ได้กำหนดเป้าหมายขั้นต่ำของการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ให้มีความครอบคลุม ร้อยละ 70 โดยให้ได้รับวัคซีน บีซีจี.1 ครั้ง, ดีพีที.2 ครั้ง, โอปวี.3 ครั้ง และก็นพบว่ามีปัญหาในด้านการให้วัคซีนยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ทำให้มีอัตราการป่วยและอัตราตายด้วยโรคสำคัญที่เป็นเป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังจะเห็นได้จากตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละของการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีนแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย
ปีงบประมาณ 2520-2524

วัคซีน	ปีงบประมาณ				
	2520	2521	2522	2523	2524
ความครอบคลุมในเด็ก อายุต่ำกว่า 1 ปี					
บีซีจี.	38.0	45.04	53.80	67.70	71.40
ดีพีที. 2	—	38.80	42.70	49.20	52.20
โอพีวี. 3	—	6.00	9.00	13.00	19.00

แหล่งข้อมูล : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2532.

ในปี 2524 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 จะเห็นว่าเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน ดีพีที. ครั้งที่ 2 มีเพียงร้อยละ 52.20 และโอพีวี. ครั้งที่ 3 เพียงร้อยละ 19.00 เมื่อเทียบกับเป้าหมายของแผนแล้ว จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในประชากรกลุ่มเป้าหมายต่ำอยู่มาก เป็นผลให้มิดีเด็กป่วยและตายด้วยโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอและหัด เป็นจำนวนมากดังตาราง 2

ตาราง 2 อัตราป่วยและตายต่อประชากรแสนคนของโรคเป้าหมาย ของการสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2520-2524

โรค	2520		2521		2522		2523		2524	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
วัณโรค	16.27	2.84	23.81	14.50	29.21	1.81	32.25	16.90	30.37	1.54
คอตีบ	5.27	6.15	3.99	7.11	4.42	8.06	4.13	6.20	1.67	7.68
บาดทะยักแรกเกิด	72.08	—	85.17	—	70.03	26.56	61.64	25.00	59.81	25.23
ไอกรน	7.25	0.29	5.79	0.16	11.20	0.08	10.38	0.16	6.20	0.10
โปลิโอ	2.10	2.09	1.44	2.03	2.38	4.25	0.65	3.68	0.54	1.95
หัด	20.20	0.04	19.12	0.23	28.93	0.13	36.15	0.10	51.17	0.07

แหล่งข้อมูล : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2532.

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ได้มีการแก้ไขปรับปรุงวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งกลวิธีในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้มากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มขนาด (dose) ของวัคซีน ดีพีที. จาก 2 ครั้ง ห่างกัน 2 เดือน เป็น 3 ครั้ง ห่างกัน 2 เดือน และขยายการให้วัคซีนโปลิโอให้ครอบคลุมทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2524 : 429) กำหนดเป้าหมายขั้นต่ำให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายครั้งแรกของแผนร้อยละ 70 ครั้งหลังของแผนร้อยละ 80

ตาราง 3 ร้อยละของการปฏิบัติงานบริการวัคซีนแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2525-2529

วัคซีน ความครอบคลุมในเด็ก อายุต่ำกว่า 1 ปี	ปีงบประมาณ				
	2525	2526	2527	2528	2529
บีซีจี.	73.05	75.71	75.69	79.90	94.75
ดีพีที. 2	52.07	64.70	67.20	67.20	76.19
ดีพีที. 3	21.22	48.54	53.27	62.35	71.10
โอฟีวี. 3	33.75	46.39	52.66	61.78	70.36
หัด	-	-	5.86	25.83	44.91

แหล่งข้อมูล : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2532.

เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 จะเห็นได้ว่ามีความก้าวหน้าของการรับวัคซีนมากขึ้น โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่กำหนดไว้ส่วนวัคซีนคอตีบ และโปลิโอ. เมื่อสิ้นสุดแผนยังต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย สำหรับวัคซีนป้องกันโรคหัดยังต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก และจากความก้าวหน้าของอัตราการรับวัคซีน ทำให้มีจำนวนเด็กที่ป่วยและตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง ดังจะเห็นได้จากตาราง 4

ตาราง 4 อัตราป่วยและตายต่อประชากรแสนคนของโรคเป้าหมาย ของการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2525-2529

โรค	2525		2526		2527		2528		2529	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
วัณโรค	30.88	1.82	35.96	1.32	43.59	1.78	37.62	1.82	38.29	2.03
คอตีบ	2.32	6.31	2.10	7.21	2.03	4.11	1.47	7.21	1.19	6.64
บาดทะยัก- แรกเกิด	62.94	22.15	53.61	21.55	57.28	19.52	60.46	24.29	58.44	23.22
ไอกรน	7.11	0.09	9.80	0.12	8.06	0.15	4.89	0.04	3.50	0.16
โปลิโอ	0.57	1.02	0.29	1.40	0.16	2.46	0.12	0	0.17	2.17
หัด	57.11	0.14	70.19	0.10	93.67	0.14	66.22	0.09	37.08	0.05

แหล่งข้อมูล : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2532.

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนทั้งในชนบทและในเขตเมืองมีสุขภาพดีตามเป้าหมายของเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน ในส่วนที่เกี่ยวกับงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือ กำหนดเป้าหมายเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด โรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ และหัดครบตามเกณฑ์อายุร้อยละ 90 (กระทรวงสาธารณสุข. 2530 : 25) และในปีพ.ศ. 2530 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นปีของการรณรงค์ในเรื่อง การให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กให้ครอบคลุมทั่วถึงภายในปี 2533 (ไพโรจน์ นิงสานนท์. 2530 : ไม่มีเลขหน้า) ผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งได้ทำการสำรวจ โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดลและกรุงเทพมหานคร (Ministry of Public Health, Mahidol University, and Bangkok Metropolitan Administration. 1990 : 6) โดยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก และยูนิเซฟ ทำการสำรวจความครอบคลุมของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วประเทศ ด้วยวิธีแบ่งเขตการสำรวจเป็น 30 กลุ่มตัวอย่าง (30 Cluster Sampling) ปรากฏว่าความครอบคลุมของการให้วัคซีน บีซีจี. อยู่ในระดับร้อยละ 90 และ 29 เขต จาก 30 เขต ของการสำรวจ มีความครอบคลุมของวัคซีน ดีพีที. 3 และโอพีวี. 3 อยู่ในระดับร้อยละ 80 มีภาคใต้เพียงภาคเดียวที่มีความครอบคลุมของวัคซีนดีพีที. 3 และโอพีวี. 3 อยู่ในระดับต่ำกว่า ร้อยละ 80 แต่โดยเฉลี่ยแล้วระดับความครอบคลุมจะอยู่ระหว่างร้อยละ 77-97 สำหรับวัคซีนป้องกันโรคหัดจะมีความครอบคลุมน้อยกว่าวัคซีนดีพีที. และโอพีวี. พบว่า 15 เขตใน 30 เขต การสำรวจมีความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดระหว่างร้อยละ 70-80 และ 8 เขต ใน 12 เขตการสำรวจที่เป็นเขตชนบท มีระดับความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดเกินกว่า ร้อยละ 80 สำหรับในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า 4 เขตใน 6 เขตการสำรวจมีความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดในระดับร้อยละ 80 และโดยเฉลี่ยแล้ว จะมีระดับความครอบคลุมในระหว่างร้อยละ 69-88

ถึงแม้ว่าการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะมีความก้าวหน้าสามารถขยายความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายได้มากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังมีอัตราการขาดรับวัคซีนอยู่เช่นกัน ซึ่งเป็นเหตุให้เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน มีโอกาสได้รับเชื้อและเกิดโรคได้ จากการสำรวจความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดลและกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2533 (Ministry of Public Health, Mahidol University, and Bangkok Metropolitan. 1990 : 17) พบว่าอัตราเฉลี่ยของการขาดรับวัคซีน ดีทีที. และไอพีวี. จากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 มีร้อยละ 8.0 ในเขตเมือง และมีร้อยละ 5.0 ในเขตชนบท 5 เขต จาก 24 เขตของการสำรวจในพื้นที่ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการขาดรับวัคซีนมากกว่าร้อยละ 10.0 12 เขตจาก 24 เขตการสำรวจ พบว่าอัตราการขาดรับวัคซีน บีซีจี. และวัคซีนหัดเกินกว่าร้อยละ 20 รวมทั้ง 6 เขตการสำรวจในกรุงเทพมหานครก็มีอัตราการขาดรับวัคซีน บีซีจี. และวัคซีนหัดเกินกว่าร้อยละ 20 เช่นกัน

ในส่วนองงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ถึงแม้ว่าจะได้มีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานและขยายการให้บริการ รวมทั้งให้ศึกษาด้วยสื่อต่าง ๆ ก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะประสพผลสำเร็จในด้านความครอบคลุมและความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ทำให้งานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่แผนงานกำหนดไว้ โดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งจากการสำรวจความครอบคลุมของการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดลและกรุงเทพมหานคร (Ministry of Public Health, Mahidol University, and Bangkok Metropolitan Administration. 1990 : 28-29) ได้สรุปไว้ว่าประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งในเอเชียอาคเนย์ที่มีความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสูง แต่จากการสำรวจนี้ก็แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมในเขตเมืองโดยทั่วไปจะต่ำกว่าในเขตชนบท และให้ข้อเสนอแนะว่า การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเขตเมือง ควรได้รับการให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก

เพื่อสนองต่อนโยบายการรณรงค์ให้ภูมิคุ้มกันโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
อุดรธานี ได้เร่งรัดให้ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข
ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โดยตั้งเป้าหมายการดำเนินงาน 100 % ทุกกิจกรรม
เพื่อเพิ่มอัตราการครอบคลุมให้สูงขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2533 : 6) จาก
การประเมินผลการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของจังหวัดในเดือนพฤษภาคม 2533
พบว่า ความครอบคลุมของการให้บริการในเขตอำเภอเมืองต่ำกว่าเขตอำเภออื่น ๆ อีก
21 อำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2533 : 13-14) ดังแสดงไว้ใน
ตาราง 5 และจากข้อมูลของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ในเดือน
ตุลาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2534 พบว่า อัตราการรับวัคซีนรวมของอำเภอเมืองยังต่ำกว่า
เป้าหมายที่กำหนดไว้ 100 % ดังนี้คือ บีซีจี ร้อยละ 65.64 ดีพีทีร้อยละ 77.60 โอฟีวี
ร้อยละ 76.79 หัดร้อยละ 66.60 ดังตาราง 6

ตาราง 5 อัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดอุดรธานี
เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2533

อำเภอ	วัคซีน			
	บีซีจี.	ดีพีที.	โอฟีวี.	หัด
เมือง	53.60	58.40	58.90	50.40
กุดจับ	48.70	63.80	63.80	66.00
กุมภวาปี	91.40	73.30	73.30	63.00
ไชยวาน	63.60	50.60	50.50	54.50
ทุ่งฝน	68.00	60.00	60.00	61.90
นาแก	83.20	76.80	76.80	73.40
น้ำโสม	69.30	58.10	58.50	48.20
โนนสะอาด	58.30	67.20	65.60	58.90
โนนสัง	66.80	61.80	61.80	59.80
บ้านดุง	72.40	65.50	56.30	47.70
บ้านฝาง	64.40	71.40	71.40	66.50
วังสามหมอ	61.90	56.90	56.90	50.50
เพ็ญ	78.20	74.30	74.20	63.20
ศรีบุญเรือง	72.30	63.30	60.40	55.20
ศรีธาตุ	62.40	60.70	60.70	54.30
สุวรรณคูหา	73.70	75.10	75.10	68.00
สร้างคอม	68.80	63.10	63.10	69.30
หนองบัวลำภู	70.20	48.80	48.80	47.20
หนองวัวซอ	71.60	66.20	66.20	65.70
หนองแสง	78.50	74.40	74.20	72.30
หนองหาน	63.70	73.50	73.50	62.00
นาแก	84.10	65.80	65.80	38.20

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2533.

ตาราง 6 อัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดอุตรธานี เดือนตุลาคม พ.ศ. 2533 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534

ตำบล	วัคซีน			
	บีซีจี.	ดีพีที.	โอฟีวี.	หัด
นาข่า	50.27	85.79	85.79	77.59
บ้านขาว	48.88	82.22	82.22	59.99
กุดสระ	80.76	66.34	66.34	62.49
หนองนาคำ	87.36	100.00	100.00	100.00
สามพร้าว	53.33	64.58	64.58	61.66
หนองบัว	97.63	100.00	100.00	100.00
หม่ม่น	33.51	55.31	55.31	43.61
บ้านเลื่อม	31.97	40.81	40.81	30.00
เชียงพิณ	79.16	77.97	77.97	69.04
นาดี	65.38	72.11	64.42	38.45
ปากดง	45.16	65.32	65.32	47.35
หนองไธ	87.49	82.35	82.35	86.62
นิคมเชียงพิณ	69.13	100.00	100.00	71.66
ผ่านศึก	61.81	92.72	92.72	98.18
บ้านตาต	78.83	84.88	77.90	65.11
โนนสง	81.94	80.55	80.55	59.72
บ้านจัน	49.10	68.86	68.86	63.47
เชียงยืน	79.86	77.08	77.08	63.88
X	65.64	77.60	76.79	66.60

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี. 2533.

สาเหตุของการที่เด็กได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้รับเลยนั้นมีอยู่หลายประการ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2532 : 170) ได้ประมวลปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อความครอบคลุม และความครบถ้วนของการให้ภูมิคุ้มกันโรคว่า มาจากการขาดความรู้และความเข้าใจของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็กในเรื่องวัคซีน และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน การขาดเจตคติที่ติดต่อการไปรับภูมิคุ้มกันโรค และไม่ตระหนักถึงอันตรายจากโรคติดต่อเป้าหมายทั้ง 6 โรครวมทั้งความแตกต่างของลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและลักษณะของการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การได้รับลูกศึกษาไม่เพียงพอ ร้อยละ 70 ของผู้ปกครองเด็กที่มีได้พำบุตรของตนไปรับวัคซีนโดยครบถ้วนนั้น ยังไม่ทราบว่าเด็กต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคอะไรบ้าง ควรได้รับกี่ครั้ง เมื่อใดและที่ไหน ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความรู้พื้นฐานที่ประชาชนควรทราบและได้มีผลการวิจัยของอรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) สมจิต ปทุมานนท์ (2522 : 16) นฤมล สีนสุพรรณ (2525 : 98) เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) นิรมลผกา นิตาวัฒน์นันทน์ (2530 : 77-79) และศรีเมือง ศรีนวนันต์ (2532 : 61) มีประเด็นสรุปเหมือนกันว่า ถ้ามารดาหรือผู้ปกครองมีความรู้ก็จะนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคสูง ประกอบกับนโยบายของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ ที่เน้นหลักการเข้าถึงชุมชนที่สำคัญคือ

1. ขยายอัตราการครอบคลุมการบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะให้ไปถึงประชาชนผู้ยากไร้ในชนบท
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และการใช้ทรัพยากรในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ทั้งในส่วนบุคคลและชุมชนอันเป็นรากฐานของการพึ่งตนเองในระดับหมู่บ้าน
3. ส่งเสริมการกระจายข่าวสารทางด้านสาธารณสุขสู่ชุมชน และการรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขจากชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง
4. เพื่อให้มีบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ซึ่งสามารถไปถึง เป็นที่ยอมรับและเหมาะสมกับสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของชุมชน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2530 : 83)

ซึ่งการที่จะดำเนินการให้เข้าถึงชุมชนนั้น การเยี่ยมบ้านจะเป็นวิธีการหนึ่งที่สนับสนุนหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน อรรถ ณะ ระนอง (2522 : 59) ศึกษาถึง ความสามารถของพยาบาลอนามัยชุมชนในการให้ความรู้ เรื่องการอนามัยแม่และเด็กแก่หญิงหลังคลอดโดยการเยี่ยมบ้าน พบว่า มารดาในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลอนามัยชุมชน มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านด้วยการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นพื้นฐานในการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของมารดาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเข้าใจ และการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคของมารดา น่าจะช่วยแก้ปัญหาการได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบหรือไม่ได้รับเลยได้

ความมุ่งหมายของการค้นคว้าศึกษา

1. เพื่อทราบความแตกต่างระหว่างผลสัมฤทธิ์ของวิธีการให้สุขศึกษา โดยการเยี่ยมบ้านกับการให้สุขศึกษาตามปกติต่อการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค
2. เพื่อทราบความแตกต่างของความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องวัคซีน และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนของกลุ่มมารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับกลุ่มมารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ
3. เพื่อติดตามและทราบความแตกต่างในการนำบุตรมารับการฉีดวัคซีนของมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากได้รับการให้สุขศึกษาทั้งสองวิธี

ความสำคัญของ การค้นคว้า

1. ผลของการศึกษาวิจัยจะเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบสุขศึกษาที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบ และไม่ครอบคลุมของเด็กแรกเกิด - 1 ปี ในเขตท้องที่อื่น ๆ ที่มีสภาพความเป็นอยู่คล้ายคลึงกัน

2. ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงงานบริการ ด้านการให้
ภูมิคุ้มกันโรคให้มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขวางขึ้น
3. รูปแบบของการให้ศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน ที่ได้จากการวิจัยนี้จะสามารถ
ปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพทางด้านอื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันได้ต่อไป
4. เป็นรูปแบบของการจัดประสบการณ์ด้านงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และงาน
ด้านศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ออกฝึกปฏิบัติงานในชุมชน

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การที่มารดาได้รับความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรค จากสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์
หนังสือพิมพ์ ให้ถือว่าเป็นการรับรู้โดยปกติของคนทั่วไป
2. การที่มารดาได้รับความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแผน
ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และสถานีอนามัย
ถือว่าเป็นการรับรู้โดยปกติของมารดาทุกคน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม
2534 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2535 ที่อาศัยอยู่ใน 18 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จำนวน
234 คน (ตามรายชื่อจากบัตรการฝากครรภ์ของสถานีอนามัยตำบล)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงหลังคลอดระหว่าง วันที่ 25 ธันวาคม
2534 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2535 ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหม่ม่น ตำบลปากดง ตำบล
บ้านเลื่อมและตำบลสามพร้าว ซึ่งเป็นตำบลที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์อัตรา
ความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่ำอยู่ในระดับร้อยละ 30-65 ได้กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด 72 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน

3. ตัวแปรในการศึกษาวิจัย

3.1 ตัวแปรอิสระ

3.1.1 วิธีให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

3.1.2 วิธีให้สุขศึกษาตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข

3.2 ตัวแปรตาม

3.2.1 ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

3.2.2 การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

3.2.3 จำนวนเด็กที่เกิดจากมารดาในกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับภูมิคุ้มกันโรค ภายหลังได้รับการให้สุขศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน หมายถึง การให้ความรู้ในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนแก่มารดาที่บ้าน ด้วยการสอนตามแผนการสอนที่กำหนดจากการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของมารดา ที่พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัยทำการสอนภายใน 10 วันหลังคลอด 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสอนประมาณ 30 นาที

2. การให้สุขศึกษาตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้เรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนแก่มารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาล หรือสถานอนามัย โดยแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย ไม่รวมถึงวิธีการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแผนปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในงานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานทั่วไป

3. มารดา หมายถึง หญิงหลังคลอดในระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึง 31 มกราคม 2535 ที่อยู่ในเขตตำบลบ้านเลื่อม ตำบลหม่ม ตำบลปากดง และตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

4. บุตร หมายถึง เด็กแรกเกิด ที่เกิดจากมารดาที่มีกำหนดคลอดในระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2535

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง การที่ร่างกายได้รับวัคซีนป้องกันโรค ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคนั้นขึ้น ได้แก่ วัคซีนที่ใช้ป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ และหัด

6. ประสิทธิภาพของการให้สุศึกษา หมายถึง

6.1 ความรู้ และการรับรู้ของมารดาที่เพิ่มขึ้น หลังจากได้รับสุศึกษาเกี่ยวกับ เรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนแล้ว ซึ่งวัดได้โดยแบบประเมิน ความรู้ และแบบประเมินการรับรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6.2 จำนวนเด็กที่เกิดจากมารดาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้สุศึกษา นำมารับ การฉีดวัคซีนที่สถานอนามัย หรือโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสาระวิชาการและการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ภูมิคุ้มกันโรค

1. ภูมิคุ้มกันโรค
 - 1.1 ความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 - 1.2 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน
2. การให้วัคซีนคุ้มกันโรคในเด็ก
3. แผนการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา

1. ความสำคัญของการสุขศึกษา
2. การดำเนินงานสุขศึกษา
3. การวางแผนสุขศึกษา
4. กลวิธีการให้สุขศึกษา
5. การเลือกวิธีการให้สุขศึกษา

ตอนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน

1. การเยี่ยมบ้าน
2. การส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน
3. การสาธารณสุขมูลฐานกับการส่งเสริมสุขภาพ
4. การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

ตอนที่ 4 ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับตน
2. ทฤษฎีการนำตนเอง
3. ทฤษฎีการเรียนรู้
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการให้สุขภาพศึกษา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ภูมิคุ้มกันโรค

ความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง การที่ร่างกายได้รับเชื้อโรค หรือวัคซีน หรือสารที่มีคุณสมบัติป้องกันโรค แล้วทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคนั้น ๆ ได้ (สมชาย สุพันธุ์วิช. 2519 : 72-73) แบ่งเป็น

1. ภูมิคุ้มกันโรคที่ได้มาโดยธรรมชาติ (Natural Acquired Immunity)

1.1 ภูมิคุ้มกันโรคที่ร่างกายสร้างขึ้นโดยธรรมชาติ (Naturally Acquired Active Immunity) ภูมิคุ้มกันโรคชนิดนี้เกิดขึ้นได้เนื่องจากร่างกายได้รับเชื้อโรคชนิดใดชนิดหนึ่งเข้าไปโดยธรรมชาติ แล้วอาจทำให้เกิดโรค จะปรากฏอาการหรือไม่ปรากฏอาการก็ตาม เชื้อโรคนั้นจะไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสิ่งต่อต้าน (Antibody) จำเพาะเชื้อโรคนั้น ๆ ขึ้น เรียกภูมิคุ้มกันนี้ว่า ภูมิคุ้มกันแฝง (Latent Immunity) ถ้าร่างกายได้รับเชื้อโรคชนิดเดียวกันหลาย ๆ ครั้ง ในครั้งหลัง ๆ ก็จะยิ่งไปช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรคนั้น ๆ ให้สูงขึ้นไปกว่าครั้งแรก ๆ ภูมิคุ้มกันนี้จะอยู่ได้นานเท่าใดขึ้นอยู่กับจำนวน

ครั้งที่เชื้อโรคเข้าไปกระตุ้น และชนิดของเชื้อโรคนั้นด้วย

1.2 ภูมิคุ้มกันโรคที่ร่างกายรับเอาโดยธรรมชาติ (Naturally Acquired Passive Immunity) เป็นภูมิคุ้มกันโรคจำเพาะอย่างหนึ่งที่ทารกได้รับจากมารดาทางสายสะดือหรือน้ำนม เช่น ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ เป็นต้น ภูมิคุ้มกันในทารกจะสูงสุดเมื่อแรกเกิดแล้วจะค่อย ๆ ลดน้อยลงไปเมื่ออายุได้ 2-3 เดือน

2. ภูมิคุ้มกันโรคที่ได้จากการทำเทียม หรือมิใช่โดยธรรมชาติ (Artificial Acquired Immunity)

2.1 ภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นเองจากการทำเทียม หรือมิใช่จากธรรมชาติ (Artificial Acquired Active Immunity) ภูมิคุ้มกันโรคชนิดนี้เกิดขึ้น โดยร่างกายได้รับการปลูกฝี ได้รับวัคซีนหรือทอกซอยด์ (Toxioid) เข้าไปกระตุ้นร่างกายให้สร้างสิ่งต่อต้านจำเพาะเชื้อโรคนั้น ๆ ขึ้น ภูมิคุ้มกันโรคชนิดนี้จะมีมากน้อยและคงทนนานเท่าใดก็ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อโรค และการให้ซ้ำสนับสนุน (Booster Dose)

2.2 ภูมิคุ้มกันโรคที่ร่างกายรับเอาจากการทำเทียมขึ้น หรือมิใช่โดยธรรมชาติ (Artificial Acquired Passive Immunity) คือภูมิคุ้มกันที่ร่างกายได้รับ ซึ่งอาจได้แก่สิ่งต่อต้านหรือแอนติทอกซิน (Antitoxin) ที่ทำสำเร็จรูปแล้ว เข้าไปต่อต้านเชื้อโรคหรือทำลายล้างพิษของเชื้อโรคนั้น ๆ ได้ทันที เช่น สิ่งต่อต้านทำลายพิษบาดทะยัก (Tetanus Antitoxin) เป็นต้น โดยทั่วไปภูมิคุ้มกันโรคชนิดนี้มักใช้รักษาในรายรีบด่วน

วัคซีน หมายถึง จุลชีพ หรือส่วนประกอบของตัวมันเอง ที่ได้รับการดัดแปลงเพื่อใช้สำหรับชักนำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรคจำเพาะต่อจุลชีพนั้น (ประวิทย์ ลุนทรสิมะ, นราพร พิชัยณรงค์. 2531 : 500) แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. วัคซีนที่ประกอบด้วยตัวเชื้อทั้งตัว

1.1 วัคซีนตัวตาย วัคซีนประเภทนี้จะทำโดยเลี้ยงจุลชีพหรือแบคทีเรียให้ได้

จำนวนมากพอแล้วฆ่าจุลชีพนั้นด้วยสารเคมี

1.2 วัคซีนตัวอ่อนฤทธิ วัคซีนชนิดนี้ทำจากการนำจุลชีพที่แยกมาได้ นำมาผ่านกรรมวิธีต่าง ๆ จนได้จุลชีพสายพันธุ์ที่มีฤทธิอ่อน ไม่ก่อให้เกิดโรค แต่สามารถเพิ่มจำนวนในร่างกายและกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรคได้

2. วัคซีนที่เป็นส่วนประกอบของเชื้อ ที่ใช้กันมากคือ ทอกซอยด์ (Toxioid) ทำมาจากเอกโซท็อกซิน (Exotoxin) ที่จุลชีพสร้างและปล่อยออกมาตั้งแต่ยังมีชีวิตอยู่ แยกส่วนนี้ออกมาทำลายพิษที่จะก่อให้เกิดโรคด้วยสารเคมี ซึ่งวัคซีนนี้สามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานพิษขึ้น

บีซีจี. (Bacillus Calmette Guérine Vaccine ; BCG.) หมายถึง วัคซีนที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันโรควัณโรค ในขนาด 0.1 มล. ให้กับเด็กแรกเกิด - 1 เดือน และทุกหมวดอายุที่ยังไม่เคยรับวัคซีนนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2530 : 5)

ดีพีที. (Diphtheria, Tetanus Toxioids and Pertussis Vaccine ; DPT.) หมายถึง วัคซีนรวมใช้ฉีดป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักในขนาด 0.5 มล. รวม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละประมาณ 2 เดือน เริ่มให้เมื่อเด็กอายุ 2 - 3 เดือน และฉีดกระตุ้นอีก 2 ครั้ง เมื่อเด็กอายุ 1 ปีครึ่งและ 4 ปีครึ่ง (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2530 : 5)

โอพีวี. (Oral Poliomyelitis Vaccine ; OPV.) หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ โดยการรับประทานครั้งละ 0.1 - 0.5 มล. (แล้วแต่บริษัทผู้ผลิต) รวม 3 ครั้ง เหมือนวัคซีน ดีพีที. (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2530 : 5)

วัคซีนป้องกันโรคหัด (Measles Vaccine) หมายถึง วัคซีนที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันโรคหัด ใช้ฉีดได้ฉีวงหนึ่งขนาด 0.5 มล. 1 ครั้ง ให้กับเด็กอายุ 9-12 เดือน (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2530 : 5)

โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า โรคติดต่อมีอยู่ด้วยกันมากมายหลายสิบโรค แต่มีโรคติดต่ออยู่ราว 5-6 โรค ที่มีความสำคัญต่อชีวิตหรือสุขภาพอนามัยของเด็ก และทางราชการ

สามารถจัดหาวัคซีนมาให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปได้โรคเหล่านี้ได้แก่ (ภัทรพร ชำนาญกิจ. 2526 : 55-57)

1. โรคโปลิโอ หรือ โรคไขสันหลังอักเสบ

โรคนี้สามารถติดต่อกันได้ โดยการกินอาหารหรือน้ำที่มีเชื้อนี้ปนเปื้อนอยู่ เด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้จะมีอาการเป็นไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน คอแข็ง หลังแข็ง อาจทำให้เกิดเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่ขา แขน ทำให้อ่อนเปียกไม่มีแรง และแขน ขาลีบพิการตลอดชีวิต โรคนี้ส่วนมากเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี และเป็นมากในกลุ่มอายุ 1-2 ปี

2. โรคคอติบ

โรคคอติบ หรือไขคอติบ สามารถติดต่อกันได้โดยการหายใจ โดยเชื้อโรคปลิวออกมากับน้ำมูก น้ำลายโดยเฉพาะเวลาไอ หรืออาจติดต่อกันได้โดยการสัมผัส หรือการใช้ของร่วมกับผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำ ช้อนน้ำ ช้อน จาน ชาม หรือของเล่น

โดยทั่วไปเด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้ นอกจากมีอาการเป็นไข้หวัดแล้วยังมีการอักเสบบริเวณต่อมทอนซิลในคอและอาจลุกลามไปยังเยื่อหุ้มสมอง ๗ เพดานอ่อน และลิ้นไก่อาจลุกลามไปถึงทางเดินลมหายใจและกล่องเสียง ทำให้หายใจลำบาก หน้าเขียวและถึงแก่ชีวิตอย่างทรมานทราย นอกจากนี้พิษของเชื้อโรคนั้นจะกระจายไปตามกระแสเลือดเป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เด็กเสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลัน

โรคนี้ส่วนใหญ่เป็นกับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี และเป็นมากในเด็กอายุ 1-2 ปี

3. โรคไอกรน

โรคไอกรน เป็นโรคที่ติดต่อกันได้โดยทางระบบหายใจ ระยะแรก ๆ จะมีอาการคล้ายหวัด คือ จาม น้ำตาไหล ไข้ต่ำ ๆ แล้วมีอาการไอแห้ง ๆ อาการไอจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะ 1-2 สัปดาห์ จะมีลักษณะไอติดต่อกันเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 3-10 ครั้ง เมื่อไอในชุดหนึ่งแล้วเด็กจะหายใจเข้าอย่างแรงจนเกิดมีเสียงดังอุบตามมา อาการไอเป็นชุดนี้จะเรื้อรังไปนานถึง 3 เดือน โรคนี้ถ้าเป็นในทารกอายุอ่อนเดือนจะมีอัตราตายสูงมาก

4. โรคบาดทะยัก

โรคนี้อาจเกิดจากเชื้อบาดทะยักเข้าสู่บาดแผล โดยปกติเชื้อบาดทะยักมีอยู่ทั่วไปตามดิน ฝุ่นละออง มูลสัตว์ ผู้ป่วยโรคนี้อาจมีอาการขากรรไกรแข็ง ชักหลังแข็ง ในประเทศไทยยังพบผู้ป่วยด้วยโรคบาดทะยักชุกชุม โดยเฉพาะที่พบมาก คือ บาดทะยักในทารกแรกเกิด มีสาเหตุจากการทำคลอดที่ไม่ถูกต้อง ใช้ไม้ไผ่หรือมีดไม่สะอาดตัดสายสะดือ หรือแต่งแผลสะดือทารกด้วยยากลางบ้าน ทำให้เชื้อบาดทะยักเข้าไปในแผลที่สะดือเด็ก

ผู้ป่วยบาดทะยักที่พบมากอีกกลุ่มหนึ่ง คือ เด็กอายุ 5-14 ปี เพราะเด็กวัยนี้กำลังชุกชุน มีโอกาสได้รับบาดแผลจากของแหลมคมอยู่เสมอ

5. วัณโรค

เป็นโรคเรื้อรังที่ติดต่อกันได้โดยทางระบบหายใจ โดยเชื้อโรคจะปะปนออกมาจากเสมหะของผู้ป่วย โรคนี้อันตรายได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ 2 หรือประมาณ 800,000 คนเศษ ในจำนวนนี้ประมาณ 200,000 คนเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ ดังนั้น ทุกคนจึงมีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรคอยู่ตลอดเวลา

6. โรคหัด

โรคนี้อันตรายที่ติดต่อกันได้โดยทางระบบหายใจ เมื่อผู้ป่วยไอหรือจามก็จะมีเชื้อโรคกระจายอยู่ในอากาศ หรือโดยการไอภาชนะหรือสิ่งของร่วมกับผู้ป่วย เด็กที่เป็นโรคนี้อาจมีอาการไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำมูกไหล ตาแดง ชิม เคืองตาและมีน้ำตาไหลเด็กจะมีอาการโคม่า ประมาณวันที่ 3 หรือวันที่ 4 ของโรค จะเริ่มมีผื่นขึ้นที่หลังหู หน้า และลำตัว ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน เด็กจะกลับเป็นปกติในเวลาประมาณ 10 วัน โรคแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ปอดบวม หนองใน สมองอักเสบ อูจจาระร่วง บิด และโรคขาดอาหาร โรคหัดพบเป็นมากในเด็กอายุระหว่าง 2-6 ปี

การให้วัคซีนคุ้มกันโรคในเด็ก

วัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรคมียุ่หลายชนิด บางชนิดก็ให้โดยวิธีฉีด บางชนิดก็ให้โดยวิธีรับประทาน วัคซีนชนิดหนึ่งก็ป้องกันได้เฉพาะโรคนั้น ๆ ฉะนั้นเด็กจึงต้องได้รับวัคซีนต่าง ๆ ให้ครบถ้วน (ภัทรานพร ชำนาญกิจ. 2526 : 58-60)

โดยทั่วไปเมื่อเด็กได้รับวัคซีนอย่างถูกต้อง และครบถ้วน ร่างกายของเด็กก็จะสร้างภูมิคุ้มกันโรคขึ้น ทำให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคนั้น ๆ ได้ แม้จะได้รับเชื้อโรคเข้าไป ก็จะไม่เป็นโรค ภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดขึ้นนี้จะมียุ่ตลอดไป วัคซีนที่มีใช้อยู่ทั่วไปในปัจจุบันนี้คือ

1. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า ดีทีพี.

เป็นวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน รวมอยู่ในหลอดเดียวกัน ใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

เด็กจะต้องได้รับการฉีดวัคซีนนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ละครั้งเว้นระยะห่างกันประมาณ 2 เดือน ควรเริ่มฉีดวัคซีนนี้ให้แก่เด็กตั้งแต่อายุ 2 เดือน สำหรับการฉีดวัคซีนครั้งที่สองนั้น ถ้าไม่สามารถพาเด็กไปฉีดวัคซีนได้ตามกำหนดเวลาที่เจ้าหน้าที่ได้นัดไว้ อาจเป็นเพราะเด็กป่วย หรือหลงลืม ให้รีบพาเด็กไปฉีดวัคซีนทันทีเมื่อเด็กหายป่วย หรือเมื่อนึกขึ้นได้โดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่

เมื่อเด็กได้รับวัคซีนชุดแรกครบ 2 ครั้งแล้ว ควรฉีดกระตุ้นอีก 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังจากฉีดชุดแรกครบ 2 ครั้งแล้ว 1 ปี หรือ 1 ปีครึ่ง ครั้งที่สองก่อนเด็กเข้าโรงเรียน

2. วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก

เป็นวัคซีนรวม 2 โรค ใช้ฉีดกระตุ้นให้แก่เด็กอายุเกิน 6 ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ครบชุดมาแล้ว โดยฉีดให้อีก 1 ครั้ง เมื่อเด็กเข้าโรงเรียนปีแรก สำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ถ้ายังไม่เคยฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ก็ให้ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรค คอตีบ บาดทะยัก 2 ครั้ง เว้นระยะห่างกัน 2 เดือนเช่นกัน

3. วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

วัคซีนนี้ใช้ในกรณีต่อไปนี้ คือ

3.1 ฉีดให้แก่หญิงมีครรภ์ 2 ครั้ง แต่ละครั้งเว้นระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อป้องกันโรคบาดทะยักให้แก่ทารกที่เกิดใหม่ โดยเริ่มฉีดเข็มที่ 1 ให้ในโอกาสแรกที่พบหญิงตั้งครรภ์ จะเป็นครรภ์ระยะเดือนไหนก็ได้ แต่เข็มที่ 2 ควรฉีดให้ก่อนครรภ์ครบกำหนดคลอด 1 เดือน ภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์นั้นสามารถถ่ายทอดไปยังทารกในครรภ์ได้

3.2 ฉีดกระตุ้นให้แก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาสุดท้าย ก่อนออกจากโรงเรียน จะช่วยให้มีภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยักติดต่อไปอีกเป็นเวลา 10 ปีและต่อไปควรฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี

4. วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน

วัคซีนนี้ถ้าเก็บไว้ในตู้เย็นธรรมดา (ไม่ใช่ช่องทำน้ำแข็ง) จะเป็นน้ำสีชมพูให้หยดเข้าไปในปากของเด็กรวม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 เดือน ควรเริ่มให้ครั้งแรกตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือน การให้วัคซีนครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 นั้น ถ้าไม่ได้พาเด็กไปรับวัคซีนตามที่นัดไว้ จะเป็นด้วยเด็กป่วยหรือหลงลืม ก็ให้รีบพาเด็กไปรับวัคซีนทันทีที่เด็กหายป่วยหรือเมื่อนึกขึ้นได้ โดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่

หลังจากเด็กได้รับวัคซีนโปลิโอชุดแรกครบ 3 ครั้งแล้ว ให้กระตุ้นอีกครั้งหนึ่ง หลังจากได้รับวัคซีนครั้งที่ 3 แล้วเป็นเวลา 2 ปี หรือ 1 ปีครึ่ง

วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอนี้ สามารถหยดให้เด็กรับประทานได้พร้อมกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก

5. วัคซีนป้องกันวัณโรค หรือวัคซีน บีซีจี.

วัคซีน บีซีจี. ใช้ฉีดเข้าในผิวหนังเพียงครั้งเดียว ก็สามารถป้องกันวัณโรคได้ตลอดไป วัคซีนนี้สามารถฉีดให้แก่เด็กตั้งแต่แรกเกิด ถ้าเด็กไม่ได้รับวัคซีนนี้ตั้งแต่แรกเกิดซึ่งส่วนมากเป็นเด็กที่เกิดนอกโรงพยาบาล ควรรีบพาเด็กไปรับการฉีดวัคซีนโดยเร็วเพราะถ้ารอคอยไว้นานไปเด็กอาจได้รับเชื้อวัณโรคเสียก่อนและอาจเป็นวัณโรคได้แม้อายุน้อย

วัคซีนป้องกันวัณโรคนี้ อาจฉีดให้พร้อมกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หรือพร้อมกับการให้วัคซีนโปลิโอ

เด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคไปแล้วประมาณ 10-20 วัน จะเริ่มมีตุ่ม ลีแดงคล้ำ เกิดขึ้นในตำแหน่งที่ฉีดวัคซีนนี้ จะโตขึ้นช้า ๆ ต่อมาจะแตกออกเป็นแผลมีน้ำเหลือง แผลนี้จะหายไปเองเวลาประมาณ 2 เดือน ไม่ต้องใช้ยาใส่แผลแต่อย่างใด เพียงแต่รักษา ความสะอาดของแผลเท่านั้น เมื่อแผลหายแล้วจะมีแผลเป็นเล็ก ๆ คล้ายปลุกผีแต่นูนกว่า ปัจจุบันนี้การฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้วเกิดเป็นแผลเป็นนูนใหญ่จนน่าเกลียดนั้นพบได้น้อยมาก หรือเกือบไม่พบเลย

นอกจากนี้อาจพบว่า ต่อม้ำเหลืองบริเวณที่ฉีดวัคซีนนี้ เช่น บริเวณรักแร้จะโต เป็นก้อนคล้ำได้ไม่เจ็บปวด มีบางรายเท่านั้นที่ต่อม้ำเหลืองโตมาก อักเสบแดงเหมือนคน เป็นฝี แต่ไม่มีอันตราย จะค่อย ๆ ยุบหายไปเอง

6. วัคซีนป้องกันไขหทัยฟอยด์

โดยทั่วไปใช้ฉีดให้แก่เด็กที่เข้าโรงเรียนปีแรก และเด็กนักเรียนประถมศึกษาปี สุกท้ายก่อนออกโรงเรียน สำหรับคนทั่วไปควรฉีดซ้ำทุก 3 ปี

7. วัคซีนนี้ใช้ฉีดให้เพียงครั้งเดียว โดยฉีดให้เมื่อเด็กอายุ 9 เดือนก็สามารถ ป้องกันโรคหัดได้ ปัจจุบันนี้มีวัคซีนรวม 3 อย่างคือ วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมันและ คางทูม รวมอยู่ในหลอดเดียวกัน ฉีดเพียงครั้งเดียวสามารถป้องกันได้ทั้ง 3 โรค

แผนการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

เบอร์มา และคนอื่น ๆ (Boerma, et al. 1990 : 1) กล่าวถึง การสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคว่า เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยให้เด็กรอดพ้นจากการเป็นโรคติดต่อ และเป็น โครงการที่ปฏิบัติกันทั่วโลก จากการประชุมขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้นำโครงการ ขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเข้ามาปฏิบัติในประเทศที่กำลังพัฒนา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 งานให้บริการภูมิคุ้มกันโรค จึงเป็นงานสำคัญส่วนหนึ่งของโครงการทางด้านสาธารณสุข ใน

ระยะหลังของปี ค.ศ. 1980 งานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโครงการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก็ได้กลายเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการสุขภาพทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ได้กำหนดเป้าหมายความครอบคลุมขั้นต่ำของการได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบถ้วนร้อยละ 80 ของเด็กทั่วโลก

โรคสำคัญที่เป็นเป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอและหัด ซึ่งโรคทั้ง 6 นี้เป็นโรคติดต่อที่สามารถให้การป้องกันได้โดยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อันเป็นมาตรการควบคุมโรคที่มีความก้าวหน้าและได้ผลดี เพราะเป็นวิธีการกระตุ้นให้ร่างกายของเด็กแต่ละคนสร้างภูมิต้านทานโรคแต่ละชนิดขึ้นมา และอยู่ได้ในระยะยาว

ในประเทศไทยแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Programme on Immunization หรือ EPI) ได้ดำเนินงานอย่างมีระบบมาตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา โดยการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผสมผสานร่วมไปกับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอื่น ๆ และในปี พ.ศ. 2529 กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งโครงการเร่งรัดแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Acceleration of Expanded Programme on Immunization หรือ AEPI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรับวัคซีนในเด็กให้สูงขึ้น และให้ครอบคลุมทั่วถึงภายในปี พ.ศ. 2533

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน (Basic Immunization)

หมายถึง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับให้ครบถ้วน และถูกต้องก่อนอายุครบ 1 ปี ได้แก่

1.1 วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG.) 1 ครั้ง

1.2 วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก (DPT.) 3 ครั้ง

1.3 วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OVP.) 3 ครั้ง

1.4 วัคซีนป้องกันโรคหัด 1 ครั้ง

2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริม (Supplementary Immunization)

หมายถึง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กโตและผู้ใหญ่ เพื่อป้องกันโรคที่มีชุกชุมในท้องถิ่น และมีการระบาดเป็นครั้งคราวได้แก่

2.1 วัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน

2.2 วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม

2.3 วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบ

2.4 วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบบ

สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน ได้ถูกบรรจุอยู่ในแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ มีกำหนดการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุ ดังตารางกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตาราง 7 กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

อายุ	การให้วัคซีน	ป้องกันโรค	ครั้งที่
แรกเกิด- 1 เดือน	ฉีด บีซีจี.	วัณโรค	-
2- 3 เดือน	ฉีด ดีพีที.	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	1
	กิน โอปิวี.	โปลิโอ	1
4- 5 เดือน	ฉีด ดีพีที.	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	2
	กิน โอปิวี.	โปลิโอ	2
6- 7 เดือน	ฉีด ดีพีที.	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	3
	กิน โอปิวี.	โปลิโอ	3
9- 12 เดือน	ฉีด หัด	หัด	-
1 ปีครึ่ง- 2 ปี	ฉีด ดีพีที.	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	กระตุ้น
	กิน โอปิวี.	โปลิโอ	"
4 - 7 ปี	ฉีด ดีพีที.(ดีที.)	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (คอตีบ บาดทะยัก)	กระตุ้น
	ฉีด บีซีจี.	วัณโรค	ซ้ำ
	ฉีด ทัยฟอยด์	ไข้รากสาดน้อย	-
11 - 14 ปี	ฉีด ดีที.	คอตีบ บาดทะยัก	กระตุ้น
	ฉีด ทัยฟอยด์	ไข้รากสาดน้อย	-
	ฉีด หัดเยอรมัน	หัดเยอรมัน	-
หญิงมีครรภ์พบครั้งแรก	ฉีด ที.	บาดทะยักในเด็กเกิดใหม่	1
1 - 2 เดือนต่อมา	ฉีด ที.	บาดทะยักในเด็กเกิดใหม่	2

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขภาพศึกษา

ความสำคัญของการสุขภาพศึกษา

กรีน (Green. 1979 : 51) กล่าวว่า การให้สุขภาพศึกษา คือ การให้ความรู้ และการจัดประสบการณ์ที่จะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางด้านเจตคติ และทักษะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจ และการบำรุงรักษาสุขภาพของบุคคลและครอบครัวโดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชนมีการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง ฟิชเชอร์ และคนอื่น ๆ (Fisher, and others. 1986 : 95) กล่าวถึง การให้สุขภาพศึกษาว่ามี 3 ระดับ คือ

1. ระดับปฐมภูมิ จะเป็นการช่วยให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลเรียนรู้วิธีการรักษาสุขภาพ และการป้องกันโรค รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาพดี
2. ระดับทุติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลได้ตระหนัก หรือรับรู้ถึงอาการของโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อหาทางแก้ไข หรือควบคุมปัญหาให้ได้
3. ระดับตติยภูมิ มีความมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ประชาชนได้รู้ถึงสภาวะของการเจ็บป่วย การรักษา การกลับคืนสู่สภาพปกติภายหลังการเจ็บป่วย และช่วยให้ผู้ที่มีความพิการอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยให้อยู่ในสังคมได้

การมีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น เป็นความต้องการ และเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่ควรจะได้รับ แต่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่อาศัยอยู่ในชนบทยังด้อยการศึกษา ยากจน และประสบกับปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนขาดแคลนบริการทางการแพทย์ รัฐบาลจึงมีนโยบายที่จะเร่งรัดขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนในชนบทที่อยู่ห่างไกลและขาดแคลนบริการ ทั้งนี้มุ่งหวังที่จะให้สุขภาพอนามัยของประชาชนส่วนใหญ่ดีขึ้น มีความสุขสมกับอัตภาพที่ควรจะเป็น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข ตามสภาพเศรษฐกิจ และสังคมแต่ละท้องถิ่นโดยทั่วกัน

ภายในปี พ.ศ. 2543 (ประจวบ สมพงษ์. 2526 : 38)

กระบวนการในการแก้ปัญหาสาธารณสุขนั้น ใช้มาตรการ 3 อย่างด้วยกัน คือ มาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางการแพทย์ และสาธารณสุข และมาตรการทางการศึกษา สำหรับมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ได้จัดบริการครอบคลุมทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อมุ่งหวังให้ทุกคนมีสุขภาพดี หรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็มีบริการรักษาพยาบาล เพื่อให้อัตราการหายจากโรคและลดอัตราการตาย และความพิการให้น้อยลง

การให้การศึกษาทางด้านสุขภาพอนามัย นั้นว่ามีความสำคัญเพราะเป็นรากฐานของการพัฒนาให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว และสามารถแก้ปัญหา ช่วยเหลือตนเองได้ ตลอดจนรู้จักและใช้ประโยชน์ของบริการที่มีอยู่ รวมทั้งร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น เพราะการแก้ปัญหาสาธารณสุขนั้นไม่สามารถกระทำได้โดยภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะจัดบริการให้ดีที่สุดเพียงใดก็ตาม ถ้าขาดความร่วมมือจากประชาชนแล้ว การแก้ปัญหาสาธารณสุขก็จะไม่บังเกิดผล ดังนั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยเฉพาะความร่วมมือของชุมชน ซึ่งหมายถึงประชาชนทั่วไปต้องมีส่วนร่วมในการจัดและให้บริการเหล่านี้ เป็นต้น เพราะบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นก็ต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น

การให้การศึกษาทางสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง การสุศึกษาเป็นการให้ความรู้ที่เนาะเหตุและผลให้ประชาชนเห็นด้วยและปฏิบัติตามโดยสมัครใจ ในอันที่จะส่งเสริมสุขภาพของตนเองและการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน จึงจะช่วยสามารถพัฒนาประชาชนส่วนใหญ่ให้มีสถานภาพทางสุขภาพดีขึ้นโดยทั่วกัน (ประจวบ สมพงษ์. 2529 : 39)

ถึงแม้ว่าเราจะมีพระราชบัญญัติสาธารณสุข และการจัดบริการสาธารณสุขต่าง ๆ มากขึ้นตลอดจนพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นก็ยังมีอุปสรรค ไม่สามารถลดปัญหาสาธารณสุขลงได้ตามที่ต้องการ เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่า การที่เจ็บป่วยและมีบริการรักษาพยาบาลนั้น จะช่วยให้สถานภาพ

ทางสุขภาพอนามัยดีขึ้น นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจถึงบริการต่าง ๆ ของรัฐที่มีอยู่ และใช้ประโยชน์ของบริการเหล่านั้นไม่เต็มที่ และถูกต้องเท่าที่ควร ส่วนใหญ่เข้าใจว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ให้มีบริการรักษาพยาบาลก็เพียงพอ แต่ไม่เข้าใจว่าพื้นฐานของสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ถ้าหากประชาชนทั่วไปยังไม่ทราบถึงประโยชน์ของบริการที่มี และไม่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแล้ว บริการที่มีอยู่ถึงแม้ว่าจะเป็นบริการที่ดีเพียงใดก็ตาม ก็จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนทั่วไปได้ ในทำนองเดียวกันก็จะเป็นการสูญเสียค่าทางทรัพยากรของประเทศอีกด้วย (ประจวบ ลมพงษ์. 2526 : 39) และแม้ว่าการสุศึกษาจะถูกนำไปเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการของหลาย ๆ โครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ในภาพรวมแล้วผู้ปฏิบัติงานสุศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วไป ส่วนใหญ่ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิด ปรัชญาและกระบวนการสุศึกษา มีผลให้การดำเนินงานสุศึกษาโดยทั่วไปขาดรูปแบบ และวิธีการที่เหมาะสม หรือประสิทธิภาพมากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาสุขภาพอย่างได้ผล (ธนวรรณ อิมลมบูรณ์. 2534 : 1) ดังนั้น ในการให้สุศึกษา ซึ่งเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล หรือประชาชน เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง จึงต้องมีวิธีดำเนินงานสุศึกษา การวางแผนสุศึกษา และเลือกวิธีการให้สุศึกษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ทางสุขภาพได้ดี

การดำเนินงานสุศึกษา

การดำเนินงานสุศึกษาในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จะมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาสุขภาพ ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและวิธีการแก้ปัญหสุขภาพเป็นสำคัญ โดยทั่วไปแล้ววัตถุประสงค์ของการดำเนินงานสุศึกษาจะเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นการเฉพาะเจาะจงลงไป ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยอาศัยการดำเนินงาน

สุศึกษาตามกระบวนการที่ได้กำหนดขึ้นมา สำหรับการแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่องการดำเนินงาน
 สุศึกษาประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ ม.ป.ป. : 3)
 ดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการทางด้านสุศึกษา เป็นองค์ประกอบแรกที่จะ
 จะต้องดำเนินการเพื่อให้เข้าใจว่า

1.1 ในการแก้ไขปัญหาลุขภาพ หรือการดำเนินงานสาธารณสุในเรื่องใด
 เรื่องหนึ่งนั้น มีอะไรบ้างที่เป็นองค์ประกอบทางพฤติกรรมสุภาพ

1.2 องค์ประกอบทางพฤติกรรมสุภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุภาพ
 ทักษะทางสุภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุภาพนั้น ๆ มีลักษณะอย่างไร
 มีความสำคัญต่อปัญหาลุขภาพเพียงใด และเกิดขึ้นมาได้อย่างไร

1.3 ในการดำเนินงานเพื่อให้บุคคล และชุมชน มีพฤติกรรมสุภาพที่ต้องการ
 สำหรับการแก้ไขปัญหาลุขภาพนั้น จำเป็นจะต้องมีการปลูกฝัง หรือปรับปรุง เปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรมสุภาพในเรื่องใดบ้าง มากน้อยแค่ไหนและเพียงใด จึงจะมีผลบรรลุเป้าหมาย
 ของงานสาธารณสุ ตามที่ได้กำหนดไว้

2. การวางแผนสุศึกษา เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานสุศึกษาที่ต่อเนื่อง
 มาจากการประเมินปัญหา และความต้องการทางสุศึกษา ในการดำเนินงานสุศึกษานั้น
 การวางแผนสุศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการสุศึกษา โดยทั่วไปแล้วการวางแผน
 สุศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอนด้วยกันคือ

2.1 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุภาพ

2.2 การวิเคราะห์กระบวนการทางพฤติกรรมสุภาพ

2.3 การกำหนดกลวิธีที่ใช้ในกระบวนการทางพฤติกรรมสุภาพ

2.4 การกำหนดกิจกรรมที่ใช้ตามกลวิธีทางสุศึกษาและการจัดทำแผนกิจกรรม

ตามกระบวนการจัดทำแผนงานสุศึกษา

2.5 การกำหนดวิธีการควบคุมกำกับ และประเมินผลงานสุศึกษา

3. การปฏิบัติงานสุขศึกษา เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานสุขศึกษาตามแผนงานที่เป็นกิจกรรมสุขศึกษา สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการ สำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือการดำเนินงานสาธารณสุข

ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานสุขศึกษา ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่สำคัญได้แก่

3.1 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพกระบวนการทางพฤติกรรมสุขภาพ และกลวิธีในการปลูกฝัง หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งวิธีการศึกษาที่กำหนด มีความถูกต้องเหมาะสม และสมบูรณ์อย่างน้อยเพียงใด

3.2 แผนกิจกรรมที่ทำขึ้นมีความเหมาะสมเพียงใด

3.3 กระบวนการปฏิบัติตามกิจกรรมสุขศึกษาถูกต้องตามวิธีการหรือไม่เพียงใด

3.4 ผู้ปฏิบัติงานสุขศึกษาตามกิจกรรมสุขศึกษา ได้รับการฝึกอบรมหรือมีความรู้ความสามารถ ตลอดจนมีความเข้าใจในงานที่ดำเนินการอยู่ และงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยเพียงใด

3.5 การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นไปตามกำหนดเวลา และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามกิจกรรมอื่น ๆ หรือไม่เพียงใด

3.6 การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามแผนและความจำเป็นที่ได้กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด

3.7 การปฏิบัติงานตามกิจกรรมสุขศึกษา มีความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องกันหรือไม่ รวมทั้งมีการควบคุมและกำกับการปฏิบัติงานในลักษณะใด

4. การประเมินผลสุขศึกษา เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานสุขศึกษาที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป ตั้งแต่การวางแผนสุขศึกษา เพื่อให้ทราบว่า ได้มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง และการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ มีผลต้องแก้ไข้ปัญหาเพียงใด เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด

การประเมินผลสุศึกษา จะเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินงานสุศึกษาในแง่ของ การบรรลุเป้าหมาย และการปรับปรุงกลวิธี วิธีการ และกิจกรรมการปฏิบัติงานสุศึกษา ให้มีประสิทธิภาพ และมีผลต่อการดำเนินงานอย่างแท้จริง มักกระทำกับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

4.1 การประเมินสภาพและปัญหาที่เป็นอยู่ก่อนการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน

4.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า

4.3 การประเมินกระบวนการและวิธีการทางสุศึกษา

4.4 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

4.5 การประเมินผลกระทบของการปฏิบัติงานสุศึกษา ที่มีต่อการแก้ไขปัญหา สุขภาพ หรือการดำเนินงานสาธารณสุขในแต่ละเรื่อง หรือในแต่ละด้าน

การวางแผนสุศึกษา

เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินงานสุศึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการเพื่อ กำหนดแนวทาง หรือแนวปฏิบัติในการกำหนดแผนกิจกรรมและการปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่าง ๆ ตามวรรธน อิมสมบุรณ (2534 : 3) กล่าวถึง ขั้นตอนของการวางแผนสุศึกษาดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย เป้าหมายของการดำเนินงานสุศึกษา กำหนดขึ้นจาก เป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ หรือเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับกลุ่มเป้าหมาย

2. การประเมินสถานการณ์ของปัญหาและการดำเนินงานสุศึกษา เป็นขั้นตอนของ การวางแผนสุศึกษา เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของการดำเนินงานสุศึกษา ซึ่งจะต้อง วิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลดังต่อไปนี้

2.1 ระบาดวิทยาของปัญหา

2.2 ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติของประชาชนทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

2.3 ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแต่ละกลุ่ม

2.4 ช่องทางและรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแต่ละกลุ่ม

2.5 กิจกรรมต่าง ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา

2.6 งบประมาณค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานสุขศึกษาแต่ละกิจกรรม

2.7 แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางวิชาการ ในการดำเนินงานสุขศึกษา และการประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

3. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายสุขศึกษา กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานสุขศึกษาในแต่ละปัญหาจำเป็นจะต้องได้รับการวิเคราะห์เป็นระยะ ๆ ตามข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาที่มีอยู่ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดช่องทาง รูปแบบ และวิธีการสุขศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการกำหนดวิธีการ เนื้อหา และการให้สุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพจะต้องใช้ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย โดยการวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแต่ละกลุ่ม (Focus group discussion) ก่อนเสมอ

4. การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เมื่อได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะของการดำเนินงานสุขศึกษาแล้ว ก็เป็นขั้นตอนของการกำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานสุขศึกษา โดยยึดเป้าหมายการดำเนินงานสุขศึกษาเป็นหลัก โดยทั่วไปแล้ววัตถุประสงค์ของการดำเนินงานสุขศึกษา ได้แก่ สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานสุขศึกษา เช่น จะเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของใคร ในเรื่องอะไร ลักษณะใด ส่วนเป้าหมายของการปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน เช่น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอะไรบ้าง มากน้อยแค่ไหน และในช่วงเวลาเท่าใด เป็นต้น

5. กำหนดกลวิธี เนื้อหา และสื่อศึกษา การกำหนดกลวิธีศึกษาเป็นการวางแผนเกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติงาน ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา และการดำเนินงานศึกษาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะด้วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำการต่อเนื่องตามสภาพปัญหา การเรียนรู้ พฤติกรรมสภาพที่ต้องการ และปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสภาพ

การกำหนดเนื้อหาศึกษา เป็นการกำหนดเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้และวิธีการหรือรูปพรรณในการสื่อสารเนื้อหาด้วย ซึ่งจะต้องมีความสัมพันธ์กัน

การกำหนดสื่อศึกษา เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการกำหนดเนื้อหา และรูปแบบการสื่อสารเนื้อหาเพื่อการเรียนรู้ สื่อศึกษาเป็นสิ่งที่จัดทำ หรือจัดหาขึ้นมาเพื่อให้กระบวนการสื่อสารเกิดการเรียนรู้ขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การกำหนดช่องทางศึกษา และเครือข่ายการดำเนินงานระหว่างองค์กรต่าง ๆ กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกันในช่องทางของการสื่อสารความรู้ หรือเนื้อหาทางสภาพ รวมทั้งลักษณะของการสื่อสารในแต่ละเรื่อง จึงจำเป็นต้องวางแผนให้เหมาะสมว่าจะดำเนินงานศึกษาโดยวิธีใด หรือช่องทางใด

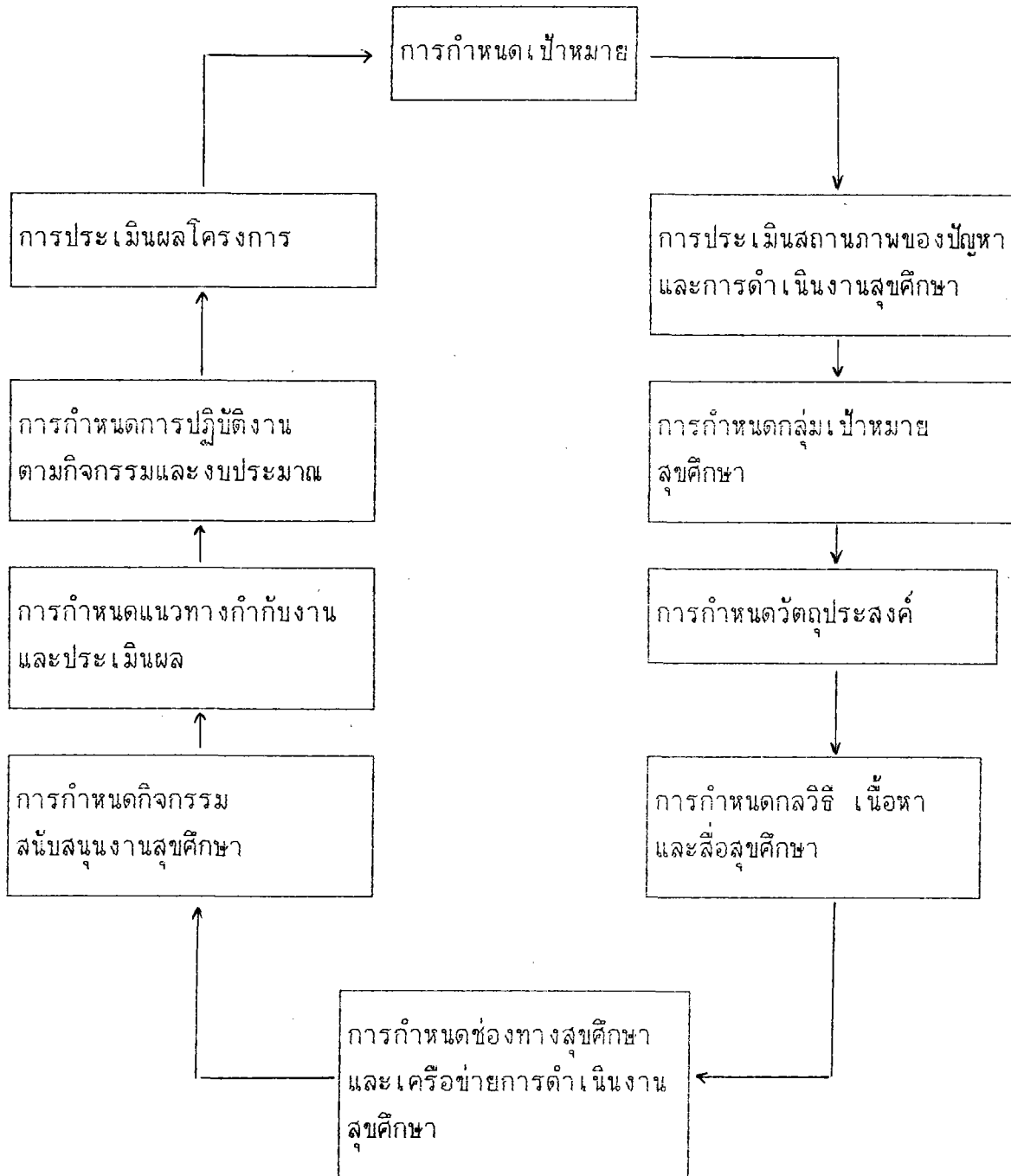
7. กำหนดกิจกรรมสนับสนุนงานศึกษา ในการดำเนินงานศึกษาตามกลวิธีต่าง ๆ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เช่น การฝึกอบรมศึกษา การบริหารจัดการในด้านสื่อและการกระจายสื่อศึกษา การให้บริการสาธารณศึกษาอื่น ๆ เป็นต้น

8. กำหนดแนวทางกำกับงานติดตามและประเมินผล การกำกับ ติดตามเป็นกระบวนการที่จะทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานศึกษา ส่วนการประเมินผลเป็นกระบวนการที่จะทำให้ทราบว่า การดำเนินงานศึกษามีผลกระทบต่อ การแก้ไข ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด และอย่างไร ในการวางแผนศึกษาจึงจำเป็นต้องกำหนดสิ่งที่จะควบคุมติดตามและประเมินผล รวมทั้งวิธีการและแนวปฏิบัติเอาไว้ด้วยเสมอ

9. กำหนดการปฏิบัติงานตามกิจกรรมสุขศึกษาและงบประมาณ การปฏิบัติงานตามกิจกรรมสุขศึกษาแต่ละกิจกรรมต้องกำหนดไว้ให้ชัดเจนว่า จะต้องทำอะไร เมื่อไร เพื่อให้กระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเกิดขึ้นได้ตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องกำหนดงบประมาณ หรือค่าใช้จ่ายเอาไว้ด้วย เพื่อให้สามารถได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

10. การประเมินผลโครงการ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้ทราบว่าการดำเนินงานที่ได้กระทำไปแล้วมีผลอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหรือมีอะไรบ้างที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลโครงการนี้ จำเป็นต้องได้รับการกำหนดไว้ในแผนงาน เพื่อให้สามารถหาข้อมูลได้อย่างถูกต้อง สำหรับใช้ในการดำเนินงานต่อไป

กระบวนการวางแผนงานสุขศึกษาสามารถสรุปได้ดังแสดงในแผนภูมิ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวางแผนสุศึกษา

กลวิธีในการให้สุศึกษา

การใช้กลวิธีการให้สุศึกษาแต่ละวิธีให้ได้ผล จำเป็นจะต้องเข้าใจถึงลักษณะของแต่ละกลวิธี รวมทั้งประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้เป็นอย่างดี กลวิธีต่าง ๆ ทางสุศึกษามีลักษณะที่สำคัญดังนี้ (ฉนวนวรรณ อิมสมบูรณ์. 2534 : 1)

1. การบรรยาย เป็นกลวิธีหนึ่งของการสอนที่ใช้กันมาก และใช้ได้ง่ายที่สุดแต่จะทำให้เกิดผลการเรียนรู้ได้ยากที่สุด โดยทั่วไปแล้วการบรรยายจะใช้ได้ผลดีต้องมีการอภิปรายและซักถามควบคู่กันไปด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว หรือที่รู้จักกันในลักษณะของการให้คำปรึกษาทางสุภาพ การสอนเฉพาะตัวมีผลต่อการเรียนรู้อย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน ในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน
3. สื่อสารมวลชน สื่อสารมวลชนที่ใช้ในงานสุศึกษาเป็นการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก สื่อที่ใช้กันมากได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้สื่อสารมวลชนในงานสุศึกษา มีข้อจำกัดในด้านประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก
4. โสตทัศนูปกรณ์ ถ้าดูอย่างผิวเผินแล้ว การใช้โสตทัศนูปกรณ์จะคล้ายกับการใช้สื่อสารมวลชน แต่มีความแตกต่างในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้
5. โปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป เป็นโปรแกรมการเรียนที่จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ก็ได้ เพื่อให้แต่ละคนได้เรียนรู้เป็นการเฉพาะตัว
6. โทรทัศน์เพื่อการศึกษา เป็นสื่อการเรียนรู้คล้ายกับโปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป แตกต่างกันตรงที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายได้เรียนรู้เป็นกลุ่ม เป็นชั้น
7. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นกลวิธีที่จะใช้สำหรับการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการฝึกหัด ฝึกปฏิบัติจริง
8. การสร้างสถานการณ์จำลองและเกมส์ เป็นกลวิธีในการสอนโดยการจำลองสถานการณ์จริงหรือจัดเกมส์จริงขึ้นมาเพื่อให้กลุ่มได้เรียนรู้ ซึ่งใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้ดี

9. การเรียนรู้โดยการซักถาม เป็นกลวิธีในการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลักแล้วขยายขอบเขตความเข้าใจให้กว้างขวางออกไป ใช้ได้ดีกับกลุ่มนักเรียนนักศึกษา

10. การอภิปรายในกลุ่มเพื่อน เป็นกลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้ได้ผลดีมากสำหรับการเรียนรู้เป็นกลุ่ม และสร้างแรงจูงใจระยะยาว ซึ่งเป็นการพัฒนาการตัดสินใจโดยใช้บรรทัดฐานของกลุ่ม

11. การใช้ต้นแบบตัวอย่าง เป็นกลวิธีที่เป็นกลไกของกระบวนการทางสังคมประยุกต์ คือ การที่บุคคลมีการเรียนรู้ โดยการเลียนแบบ หรือศึกษาจากบุคคลอื่นที่ตนเองยอมรับ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกริคิดหรือนิยมชมชอบ

12. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข เป็นกลวิธีในการแก้ไขพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง โดยอาศัยเงื่อนไขบางประการที่ได้กำหนดขึ้น และความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง

13. การพัฒนาชุมชน เป็นกลวิธีที่ใช้ในงานสุศึกษา โดยการจัดให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะความสามารถ และความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ โดยทั่วถึงกันทั้งชุมชน การพัฒนาชุมชนเป็นการพึ่งพาตนเอง เป็นการแก้ไข้ปัญหาซึ่งใช้ได้ผลดีในชุมชนที่มีความตื่นตัว และมีความสนใจสูง

14. การใช้มาตรการทางสังคม เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ที่มีความเข้มงวดกวดขันในระดับต่าง ๆ กันตามลักษณะของปัญหา และกลุ่มเป้าหมาย

15. การวางแผนพัฒนาสังคมและองค์กร เป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ไข้ปัญหาพฤติกรรมในสังคม โดยการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมาก จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

จาร์วิส (Jarvis. 1983 : 95) กล่าวว่า เพื่อให้ได้ผลในการให้สุศึกษาสอนสุศึกษา จึงต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะสอนในด้านความต้องการที่จะเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ และการวางแผนดำเนินการให้สุศึกษา ผู้สอนจะต้องระลึกไว้เสมอว่าวิธีการสุศึกษาไม่ได้มีวิธีเดียวในการดำเนินงาน หลักสำคัญก็คือการใช้กระบวนการเรียนการสอนซึ่งจะต้องจำแนกผู้เรียน วิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การกำหนดเนื้อหาและการเลือกวิธีสอน การประเมินผลความพึงพอใจ การประเมินผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ และอื่น ๆ ตามความจำเป็น

การเลือกวิธีการให้สุศึกษา

การใช้วิธีการสุศึกษาที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง องค์ประกอบที่ควรนำมาวิเคราะห์ เพื่อเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสม ควรได้อาศัยเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ (สุริย์ จันทรโมลี. 2527 : 5)

1. วิธีการสอนแต่ละชนิดที่นำมาใช้ ผู้ใช้ต้องมีความรู้ในวิธีการนั้น ๆ อย่างดี รู้ถึงจุดมุ่งหมาย เทคนิคการใช้ ข้อดี ข้อเสีย ข้อควรระวัง ไม่ควรตำหนิวิธีการสอนวิธีใดวิธีหนึ่งว่าไม่ดี เพราะเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้สอนไม่มีความรู้ในการเลือกวิธีสอน ไม่มีความรู้ในการใช้วิธีการสอนนั้น ๆ เพราะวิธีการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดอ่อน หรือมีข้อเสีย และมีข้อดีอยู่ในตัว
2. วิธีการสอนต้องเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้สอนจะต้องรู้จักวิเคราะห์ผู้เรียนคือใคร จะให้ความรู้เรื่องอะไร ทำไมจึงต้องให้ ควรเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ต้องการให้เกิดผลอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการสอนให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย การเลือกวิธีการสอนเหมือนกับการเลือกเสื้อผ้า รองเท้า ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้สวมใส่
3. เลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน เช่น วิธีสอนสำหรับรายบุคคล รายกลุ่ม กลุ่มใหญ่ กลุ่มเล็ก เช่น ถ้าสอนกลุ่มใหญ่ 400 หรือ 500 คน ถ้าใช้

การอภิปรายกลุ่มอาจไม่มีห้อง หรือที่ปรึกษาเพียงพอ

4. ควรเลือกวิธีการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น การสัมผัส การเรียนรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ทำให้ผู้เรียนเกิดการเข้าใจ จำได้ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ วิธีการสอนจึงต้องใช้หลายวิธี

5. การเลือกวิธีการสอน ควรคำนึงถึงช่วงเวลาที่มียู่ วิธีการบางอย่างต้องใช้เวลาเตรียมตัวมาก บางวิธีการใช้เวลาเตรียมตัวน้อย เช่น การประชุมกลุ่มย่อย (Buzz group) ใช้เวลาน้อย ถ้าการประชุมกลุ่ม (Group Discussion) ใช้เวลามากกว่า การสอนบางวิธีต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่จะใช้ประกอบการสอนมีมากต้องใช้ เวลา เช่น การสอนแบบสาธิต

6. วิธีการสอนแต่ละชนิด ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่างกัน เกิดทักษะต่างกัน วิธีการสอนบางชนิดให้ความรู้อย่างเดียว บางชนิดฝึกทักษะ บางชนิดฝึกความสามารถ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ ควรพิจารณาเลือกวิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักคิดเป็น ทำเป็น รู้จักใช้เหตุผล ใช้สติปัญญา และการไตร่ตรองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เรียน เลือกวิธีการสอนที่ทำให้เกิดแนวคิดหลักทางด้านสุขภาพที่ดี เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และสังคมของผู้เรียน

7. ใช้วิธีการสอนที่ยึดผู้เรียน หรือผู้ป่วยเป็นหลัก และใช้วิธีการสอนที่ให้ผู้เรียน มีส่วนร่วม เลือกวิธีการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนนำไปประยุกต์ ปฏิบัติตามได้

8. วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรคำนึงถึงเวลาที่จะใช้ ถ้ามีเวลาจำกัดแต่เลือกใช้วิธีการสอนที่ต้องใช้เวลาจะทำให้การสอนไม่ครบกระบวนการ ต้องเร่งรีบ ทำให้ไม่ได้ผล เช่น การสอนให้แก้ปัญหามแบบระดมสมอง ซึ่งใช้เวลาสั้น ๆ กับการสอนให้แก้ปัญหาวด้วยวิธีการประชุม แบบซินดิเคท (Syndicate) นอกจากนั้นวิธีการสอนที่นำมาใช้ต้องคำนึงถึง การประหยัดด้านแรงงาน เศรษฐกิจ ความเป็นไปได้ เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ถูกกาลเทศะ วิธีการสอนบางอย่างลงทุนสูง เช่น การใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ได้ผลคุ้มค่า แต่ลงทุนสูง

9. รู้จักตัดแปลงวิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน กับสภาพท้องถิ่น กับ สถานการณ์ หรือเหมาะกับปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
10. ในการใช้วิธีการสอนแต่ละชนิดควรมุ่งถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้แรงจูงใจ การเสริมกำลังใจ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ บรรยากาศ สถานที่ เพื่อช่วยให้วิธีการสอนนั้น ๆ ดำเนินไปด้วยความราบรื่น ประทับใจ ดึงดูดความสนใจ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความพอใจ ส่งเสริมให้สนใจติดตามการรักษาต่อไป
11. หลังจากใช้วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรจะได้ประเมินผลวิธีการนั้น ๆ เพื่อนำ มาปรับปรุงแก้ไข

การส่งเสริมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งของบริการทางสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทุกระดับ และอาสาสมัครสาธารณสุข จะเป็นผู้นำบริการทางสุขภาพไปให้กับ ประชาชนที่บ้านตามความสามารถ และขอบเขตความรับผิดชอบ

กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2522 : 78) ให้ความหมาย ของการเยี่ยมบ้านว่า เป็นการบริการช่วยเหลือประชาชนตามบ้าน ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูอาการเจ็บป่วย ช่วยเหลือให้การพยาบาล การติดตามโรคต่าง ๆ หรือไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องที่และความเป็นอยู่ของประชาชน ตลอดจนขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและสังคม หรืออีกความหมายหนึ่ง การเยี่ยมบ้านเป็นแขนงหนึ่ง ของ การสาธารณสุข โดยปฏิบัติแก่ประชาชนเป็นส่วนใหญ่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพพลาณามัย การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน การแก้ไขและป้องกันความพิการต่าง ๆ ตลอดจนช่วยให้จัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิต ให้เหมาะสมกับความพิการนั้น ๆ เพื่อให้ ประชาชนมีพลาณามัยดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2523 : 273)

กัลลาเกอร์ (Gallagher. 1983 : 206) กล่าวถึง งานบริการสุขภาพตามบ้าน ว่า เป็นงานบริการที่มีหน่วยงานเพิ่มขึ้นมากในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ในปี ค.ศ. 1963 มีเพียง ร้อยละ 57 ของประชากรอเมริกัน ที่ได้รับบริการนี้จากหน่วยบริการสุขภาพตามบ้าน 1,163 แห่ง ในปี 1972 มีร้อยละ 92 ของประชากรที่ได้รับบริการจากหน่วยบริการ 3,157 แห่ง ลักษณะการใช้บริการสุขภาพตามบ้านนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ ในบางชุมชน ประชาชนสามารถได้รับบริการถึงร้อยละ 100 แต่ในบางชุมชนได้รับบริการ เพียงร้อยละ 7 หน่วยบริการมีทั้งของรัฐและเอกชน ในปี ค.ศ. 1962 เริ่มมีแนวโน้มที่จะ จัดตั้งหน่วยงานบริการสุขภาพตามบ้านในเขตชุมชนที่ไม่เคยมีบริการนี้มาก่อน และการที่ชุมชน มีการขยายตัวและพัฒนาขึ้น จึงมีความต้องการหน่วยบริการสุขภาพตามบ้านเพิ่มขึ้นด้วย

การเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้เยี่ยมสามารถค้นหาปัญหา หรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การช่วยเหลือประชาชน ให้ตรงตาม ความต้องการ ความสำเร็จของการเยี่ยมบ้าน เริ่มจากการทำให้ครอบครัวร่วมมือในการ ค้นหาปัญหา ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง ครอบครัวเข้าใจและยอมรับปัญหา ร่วมกันวางแผนและ ดำเนินการแก้ไขปัญหาตามแผนการเยี่ยมที่กำหนดไว้ พยาบาลอนามัยชุมชนจึงควรมีทักษะใน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การสัมภาษณ์และการสังเกต การสอนและการ ให้คำแนะนำ ตลอดจนการให้การพยาบาลที่บ้าน (จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ. 2531 : 278)

การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การดำเนินการก่อนเยี่ยม การดำเนินการขณะเยี่ยม และการดำเนินการภายหลังเยี่ยม ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมพร้อมก่อนการเข้าเยี่ยม ได้แก่ การเตรียมตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน การเตรียมข้อมูลของครอบครัว และเตรียมเครื่องใช้สำหรับการช่วยเหลือครอบครัว ขั้นตอนที่สองเป็นการ ดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้เยี่ยมและครอบครัวขณะเยี่ยม ซึ่งเป็นขั้นตอนของการสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัว กับพยาบาลอนามัยชุมชนผู้ทำการเยี่ยม และปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเน้นให้ครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ขั้นตอนที่สุดท้ายเป็นการดำเนินการ

ภายหลังเยี่ยม มีกิจกรรมสำคัญคือ การทำบันทึกรายงานเป็นหลักฐาน เพื่อให้ประโยชน์ในการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป (จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ. 2531 : 278)

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน เป็นบริการที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลายอย่างที่จะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมหลายประการ คือ

1. ค้นหาความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการศึกษารวบรวมข้อมูลต่าง ๆ แล้วนำมาพิจารณา วินิจฉัยสภาพปัญหา หรือความต้องการนั้น เพื่อวางแผนช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อให้คำแนะนำในด้านส่งเสริมสุขภาพ ในทางที่จะก่อให้เกิดทัศนคติ และพฤติกรรมที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั้งส่วนบุคคลและครอบครัว ช่วยในการจัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิตให้เหมาะสม สามารถดำรงตนและครอบครัวอยู่ในสังคมได้ด้วยดี
3. เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรค และการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ รวมถึงการรับภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ด้วย
4. เพื่อให้การดูแลและให้การพยาบาลที่ต้องให้ต่อเนื่อง ตลอดจนสอนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทำการพยาบาลบางอย่างที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและมั่นใจ
5. เพื่อดูความเป็นอยู่ทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว สภาพแวดล้อมภายใน และนอกบ้าน พร้อมทั้งสามารถค้นพบโรคของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
6. ติดตามผลการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำและการช่วยเหลือต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาทดต่อกันลงมาเสมอ รวมทั้งติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัด
7. แนะนำให้ประชาชน ทราบถึง แหล่งบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นการชักจูงให้รู้จักใช้บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ของชุมชนได้ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น
8. เพื่อให้สุศึกษาแก่ประชาชน

ประเภทของการเยี่ยมบ้าน

เบิร์น และเบนเนท (Byrne and Bennett. 1986 : 47) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านเป็นงานที่สำคัญด้านหนึ่งของพยาบาลอนามัยชุมชนที่จะต้องรับผิดชอบ เป็นวิธีการที่พยาบาลอนามัยชุมชนจะเข้าไปให้การดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้าน และนำบริการอนามัยไปสู่ประชาชนทั้งคนภาวะปกติ คนเจ็บป่วยและพิการ ในการเยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชนนั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว ซึ่งแบ่งการเยี่ยมเป็น

1. การเยี่ยมหญิงมีครรภ์
2. การเยี่ยมมารดาและทารก เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียน
3. การเยี่ยมครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านสังคม, โรคเรื้อรัง หรือมีคนพิการ
4. การเยี่ยมผู้ป่วยโรคติดต่อ

การเยี่ยมบุคคล หรือครอบครัวที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกันนั้น สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภท (จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ. 2531 : 336) แบ่งประเภทการเยี่ยมออกเป็นดังนี้

1. การเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จัดแบ่งกลุ่มออกเป็นหลายลักษณะ คือ

1.1 ลักษณะกลุ่มตามอายุ เป็นการเยี่ยมให้บริการแก่ประชาชนตามวัยต่าง ๆ เช่น เด็กแรกเกิด ทารก เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา เป็นต้น การเยี่ยมจะเป็นการดูแล ค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละวัย ให้การสอนแนะนำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาและส่งเสริมให้บุคคลเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงตามวัย

1.2 ลักษณะกลุ่มชุมชน เป็นการเยี่ยมให้บริการตามกลุ่มชุมชน เช่น บ้าน โรงเรียน โรงงาน ร้านอาหาร โรงแรม การเยี่ยมจะเน้นเกี่ยวกับการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่สุขภาพลักษณะ

1.3 ลักษณะกลุ่มตามสภาวะสุขภาพอนามัย เป็นการเชื่อมโยงให้บริการตามสภาวะอนามัยของบุคคล ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีสุขภาพอนามัยดี และกลุ่มที่อยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

ก. กลุ่มที่มีสุขภาพอนามัย หมายถึง กลุ่มที่อยู่ในสภาวะสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่มีข้อบ่งชี้ว่ามีปัญหาทางสุขภาพอนามัย ควรได้รับการเชื่อมโยงให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เช่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การบริโภค พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย เนื่องจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

2) การป้องกันโรคให้ประชาชนรู้จักการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ ให้เข้าถึงการแพร่กระจายของโรค รู้วิธีป้องกันโรคและการติดเชื้อต่าง ๆ

3) ส่งเสริมให้ประชาชนสนใจในสุขภาพอนามัยของตนเอง เพื่อจะได้ทราบตั้งแต่เกิดโรคระยะแรก โดยการตรวจสุขภาพเป็นประจำตามระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพเด็กตามกำหนดนัด

4) ส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็ก โดยการให้คำแนะนำการเลี้ยงดูให้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย

ข. กลุ่มที่อยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น ทารก วัยรุ่น วัยสูงอายุ บุคคลยากจน บุคคลอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งควรได้รับการดูแลและให้คำแนะนำเช่นเดียวกับกลุ่มแรก และมีสิ่งสมควรเพิ่มเติมดังนี้

1) การได้รับภูมิคุ้มกันโรค ในกรณีที่มีโรคระบาดเกิดขึ้นในชุมชนนั้น เช่น ประชาชนควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคในชุมชนที่มีอหิวาตกโรคเกิดขึ้น

2) การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เนื่องจากสภาพบ้านหรือการจัดสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ในครอบครัวที่มีเด็กเล็ก บ้านอยู่ริมน้ำควรมีลูกกรงป้องกันเด็กตกน้ำ ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุทำพื้นห้องน้ำที่ป้องกันไม่ให้น้ำหกได้ง่าย เป็นต้น

3) การช่วยเหลือแนะนำผู้ที่เสี่ยงต่อการติดโรคต่าง ๆ โดยการแนะนำ การตรวจหาน้ำตาลในเลือดแก่ครอบครัวที่มีประวัติเป็นเบาหวาน การถ่ายภาพรังสีที่ปอด แก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นต้น

4) การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัยอื่น ๆ เช่น ปัญหาที่ประชาชนให้ความสนใจซักถาม หรือมีความสงสัยในเรื่องโรคต่าง ๆ หรือจากความคิดเห็นของพยาบาลอนามัยชุมชนว่า ประชาชนมีความรู้ หรือความเชื่อบางอย่างไม่ถูกต้อง ก็หาโอกาสแนะนำชี้แจงเพื่อแก้ความเข้าใจผิด

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มบุคคลปกติ ซึ่งอยู่ในภาวะพิเศษ เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด หญิงให้นมบุตร กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป เช่น เยี่ยมแนะนำหญิงมีครรภ์ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ป้องกันอันตรายจากการตั้งครรภ์ และการคลอดซึ่งจะเกิดกับมารดาและทารก หรือเยี่ยมเพื่อป้องกันโรค โดยเฉพาะ เช่น ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดเฉพาะกลุ่มอายุ ได้แก่ การแนะนำ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรควัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปлио และหัด

2. การเยี่ยมเพื่อให้การรักษาพยาบาล

มีวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมเพื่อ

1. ค้นหาผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่ในสภาวะการเกิดโรค เพื่อแนะนำให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องโดยเร็วที่สุด
2. รับรายเยี่ยมซึ่งส่งต่อจากหน่วยงานอื่น เพื่อให้การดูแล รักษาต่อเนื่อง และเพื่อติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาล

3. ส่งต่อผู้ป่วย ถ้าพบผู้ป่วยซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นต่อไป

การเยี่ยมเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน เป็นการดูแลในเรื่องการรักษาพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วย รายเยี่ยมอาจได้จากการส่งต่อผู้ป่วย ให้ไปเยี่ยมดูแลที่บ้าน ภายหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว หรือเป็นรายที่พยาบาลอนามัยชุมชนไปพบด้วยตนเอง

ขณะเยี่ยมบ้าน ลักษณะของการให้การรักษายาบาลที่บ้าน คือ

1) ติดตามการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วแต่ยังต้องการการรักษาต่อเนื่องที่บ้านโดยจะให้การดูแลเกี่ยวกับ การรักษาตามแพทย์สั่ง อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการให้การพยาบาลเฉพาะกรณี เช่น การทำแผล วัดความดันโลหิต ให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

2) ให้การรักษายาบาลเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังนาน ๆ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องให้การดูแลเกี่ยวกับความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน ดังนั้นในการเยี่ยมเพื่อการพยาบาลที่ควรให้แก่ผู้ป่วย คือ การอาบน้ำ สระผม ให้แก่ผู้ป่วยบนเตียง การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ เพื่อป้องกันข้อแข็ง เป็นต้น ในการนี้พยาบาลอนามัยชุมชนจะสอนและสาธิตวิธีการพยาบาลผู้ป่วยให้แก่ญาติ เพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ด้วย

3) ให้การรักษายาบาลตามอาการที่พบ ในการเยี่ยมอาจพบปัญหาเฉพาะหน้าที่จะต้องให้การช่วยเหลือ พยาบาลอนามัยชุมชนก็สามารถให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยได้ตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ เช่น ตกแต่งบาดแผล การผ่าแผลฝี การฉีดยา การวัดความดันโลหิต การวัดปรอท เช็ดตัวให้ไขลด การตรวจท่าเด็กและฟังการเต้นของหัวใจเด็กในครรภ์ เป็นต้น

3. การเยี่ยมฟื้นฟูสุขภาพ

การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการฟื้นฟูสุขภาพขณะอยู่ในโรงพยาบาล และจำเป็นจะต้องกระทำต่อไปเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลอนามัยชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพในขณะเยี่ยมบ้าน ผู้ที่ต้องการการฟื้นฟูที่บ้านแบ่งเป็น

3.1 ประเภทผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่

3.1.1 มีปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียอวัยวะบางส่วน เช่น ถูกตัดแขน ขา

เป็นต้น

3.1.2 มีความขัดข้องของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อต่าง ๆ เช่น ข้อแข็งภายหลังการเข้าเฝือกกระดูกหัก กล้ามเนื้อยึดเนื่องจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก การเกิดแผลกดทับเนื่องจากนอนนาน ๆ

3.1.3 มีความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ และหลอดเลือด เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

3.1.4 มีความผิดปกติทางด้านจิตเวช เช่น โรคจิตเภท

3.1.5 มีความผิดปกติด้านการขับถ่าย เช่น กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้

3.1.6 มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น เป็นอัมพาต

3.1.7 มีปัญหาเกี่ยวกับโรคอันตรายและโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น

3.2 กลุ่มที่ต้องการฟื้นฟูสุขภาพตามธรรมชาติ ได้แก่ ผู้สูงอายุ

3.3 กลุ่มที่มีปัญหาอื่น ๆ เช่น

3.3.1 การมองเห็น อาจตาบอดมาแต่กำเนิด หรือจากสาเหตุใด ๆ

ก็ตาม

3.3.2 การได้ยิน หูหนวก เป็นใบ้

3.3.3 การพูด เนื่องจากปากแห้ง เพดานโหว่มาแต่กำเนิด

3.3.4 สุขภาพจิต เช่น ตีดยาเสพติด

การให้การดูแลฟื้นฟูสุขภาพมีวิธีแตกต่างกันไป แล้วแต่ความรุนแรงของโรค แต่หลักสำคัญก็คือจะต้องกระทำโดยเร็วที่สุด โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และครอบครัวในการตัดสินใจวางแผนการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ การให้การฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านจะเป็นไปในลักษณะของความต่อเนื่องจากการฟื้นฟูในโรงพยาบาล ฉะนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนจะใช้วิธีการปฏิบัติตามแบบการรักษาพยาบาล เช่น การดูแลการใช้ยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกายที่ถูกวิธี การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจ และการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม

การส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน มีจุดมุ่งหมายสำคัญที่การลดอัตราการตายของแม่และเด็ก ซึ่งในการดำเนินงานต้องได้รับความร่วมมือจาก บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรนั้นที่จะต้องศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ของแม่และเด็ก ตลอดจนให้การดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด ทั้งในสถานบริการและในชุมชนในชุมชนให้สนองตอบตามนโยบาย และสอดคล้องกับโครงการงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและตายของแม่และเด็กให้น้อยลง (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์ และคมคาย นาคะปัท. 2531 : 352)

การดูแลสุขภาพแม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่แม่และเด็ก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด

1. การดูแลระยะก่อนคลอด

เป็นการดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะคลอด หญิงมีครรภ์ควรได้รับบริการตรวจครรภ์ เพื่อค้นหาความผิดปกติและแก้ไขเสียแต่ระยะแรกเริ่ม ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ การดูแลระยะตั้งครรภ์ โดยจัดบริการให้ทั้งในคลินิก คือจัดให้มีบริการฝากครรภ์ และให้บริการนอกคลินิก คือ การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ที่บ้านหรือการเยี่ยมหญิงมีครรภ์

การเยี่ยมหญิงมีครรภ์

เบียร์น และ เบนเนท (Byrne and Bennett. 1986 : 49-50) กล่าวถึงการเยี่ยมหญิงมีครรภ์ว่า เป็นบริการสุขภาพที่พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ให้บริการ โดยมีวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม คือ

1. เพื่อช่วยให้มารดาเตรียมตัวในการมีบุตรได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อจัดความหวาดกลัวของมารดาเกี่ยวกับการคลอด

3. เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่มารดาและทารกในครรภ์
4. เพื่อสร้างเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเป็นบิดา-มารดา
5. เพื่อให้การดูแลสุขภาพของเด็กอื่นในครอบครัว
6. เพื่อทำการประเมินสถานการณ์ และให้คำแนะนำในการคลอดที่บ้าน

การเยี่ยมหญิงมีครรภ์จะช่วยเพิ่มความมั่นใจของมารดา และสร้างบรรยากาศที่ดี สำหรับการให้ลูกศึกษาภายหลังจากที่เด็กคลอดแล้ว

2. การดูแลระยะคลอด

เป็นการดูแลในระยะของการคลอด ซึ่งหญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ที่อยู่ในเมืองมักจะคลอดที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล แต่ในชนบท หญิงมีครรภ์ส่วนมากยังนิยมคลอดบุตรที่บ้าน ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยต่อชีวิต และลดอัตราการเจ็บป่วย พิการ ตาย กระทบวงสาธารณสุข จึงจัดให้มีการอบรมการทำคลอดตามบ้านแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลและผดุงครรภ์อนามัยชั้น รวมทั้งอบรมผดุงครรภ์โบราณ เพื่อให้สามารถบริการทำคลอดที่บ้านแก่หญิงมีครรภ์ได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย

3. การดูแลระยะหลังคลอด

เป็นการดูแลสุขภาพแม่และเด็กภายหลังคลอด คือ เริ่มจากหลังคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด และเป็นหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนที่จะต้องเป็นผู้ดำเนินการเยี่ยมหลังคลอด มีวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการเยี่ยม ดังนี้

1. ป้องกันโรคแทรกซ้อนของมารดาและทารก
2. ให้การพยาบาลหลังคลอด
3. ให้คำแนะนำสำหรับมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังคลอด เช่น การพักผ่อน

การรักษาความสะอาดของร่างกาย การบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร การให้นมบุตร การงดเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติ และการไปตรวจหลังคลอด

4. ให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร เช่น การพักผ่อน การให้นมบุตร การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารเสริมและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การสาธารณสุขมูลฐานกับการส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 30 ได้กำหนดให้ พ.ศ. 2543 เป็นปีเป้าหมายที่ประชาชนทุกคนจะได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพอนามัย ในระดับที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นประโยชน์ต่อสังคมแล้ว ในปีต่อมาประเทศต่าง ๆ ได้มีการประชุมกัน ณ เมืองอัลมา อตา ในประเทศรัสเซีย เพื่อร่วมกันพิจารณาค้นหาแนวทางที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อันที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งที่ประชุมได้มีข้อสรุปที่สำคัญประการหนึ่ง คือ สาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนา เพื่อความยุติธรรมในสังคม พร้อมกันนั้นที่ประชุมได้ให้ความหมายของสาธารณสุขมูลฐานว่าเป็นการดูแลสุขภาพอนามัยตามความจำเป็นโดยใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่เป็นไปได้ทางปฏิบัติ นิสจันได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยความร่วมมืออย่างเต็มที่ของประชาชน วิธีการและเทคโนโลยีดังกล่าวจะต้องจัดทำให้มีอยู่โดยทั่วไป ซึ่งบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ วิธีการ และเทคโนโลยีเหล่านั้น ต้องมีราคาถูกลงที่ชุมชน และประเทศชาติจะสามารถจัดหา และบำรุงรักษาได้ในทุกระดับของการพัฒนา ทั้งนี้โดยยึดหลักการตัดสินใจด้วยตนเอง และการพึ่งตนเองได้ของบุคคล และชุมชน เป็นประการสำคัญ นอกจากนั้นที่ประชุมยังได้กำหนดลักษณะของการสาธารณสุขมูลฐาน ว่าเป็นส่วนผสมผสานทั้งของระบบการสาธารณสุขของรัฐ และของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม โดยทั่วไปของชุมชนเป็นใจกลาง และจุดรวมสำคัญของการดำเนินงานระบบสาธารณสุขของรัฐ เป็นจุดแรกที่ครอบครัวและชุมชนจะเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ เป็นการนำบริการสุขภาพอนามัยให้ถึงประชาชนให้มากที่สุด ณ ที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน และเป็นบริการแรกที่สุดของขบวนการสาธารณสุขต่อเนื่อง (สาลี เป็เลียนบางซ้าง. 2526 : 30)

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่ประชุมนานาชาติ ณ เมืองอัลมา อตา ยังได้กำหนดไว้ด้วยว่าสาธารณสุขมูลฐานอย่างน้อยที่สุดควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การให้การศึกษแก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

2. การส่งเสริมในเรื่องอาหารและโภชนาการ
3. การจัดหาน้ำดื่มและน้ำใช้ที่ปลอดภัย ตลอดจนจัดให้มีการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน
4. การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัว
5. การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อสำคัญ ๆ
6. การป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น
7. การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคและบาดเจ็บที่พบบ่อย
8. การจัดหายาที่จำเป็น

อย่างไรก็ตาม การกำหนดกิจกรรมเพื่อการปฏิบัติย่อมแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาทางสาธารณสุข ตลอดจนสภาพในทางเศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละประเทศ องค์ประกอบ 8 ประการดังกล่าวข้างต้น ได้เรียงไว้ตามอันดับความสำคัญ ซึ่งจะเห็นว่า 6 ใน 8 องค์ประกอบที่อยู่ในอันดับต้น เป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค สำหรับการรักษายาบาลนั้น ได้กำหนดไว้เป็นอันดับหลังตามความจำเป็นจริง ๆ การจัดหายาที่จำเป็น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสุดท้ายนั้น ความจริงเป็นส่วนหนึ่งของการรักษายาบาลและบาดเจ็บ การแยกเอายามาเป็นอีกรายการหนึ่งน่าจะหวังผลในการส่งเสริม การผลิต การกระจาย และการใช้ตามความจำเป็น แต่ผลที่ได้อาจจะตกแก่ฝ่ายอุตสาหกรรมและการค้า ในทางสาธารณสุขนั้น เป็นสิ่งที่ต้องศึกษากันอย่างจริงจังต่อไปว่าจะให้ผลในการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนได้เพียงใด

สิ่งที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ที่ประชุมนานาชาติ ณ เมือง อัลมา อตา ในปี พ.ศ. 2521 ได้ประกาศอย่างเป็นทางการด้วยว่า การให้การศึกษาแก่ประชาชนหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า สุขศึกษานั้น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของสาธารณสุขมูลฐานนอกเหนือจากการให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้นแล้ว การศึกษาดังกล่าวยังหมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจ และเชื่อมั่นในสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งที่เป็นการส่วนตัว และ

ส่วนรวมในการวางแผนและดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ประการสำคัญ สุขศึกษามีได้เป็นกิจกรรมโดดเด่นเดียวในสาธารณสุขมูลฐาน แต่เป็นส่วนผสมผสานสำคัญที่สุดของ องค์ประกอบอื่น ๆ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ

ในการดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วให้เป็นไปตาม หลักการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2543 นั้น จำเป็นต้องมีกลวิธีสนับสนุนที่สอดคล้องกับแนวความคิดข้างต้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกสาขา ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้กำหนดไว้ให้ประเทศสมาชิกได้พิจารณาใช้เป็นแนวทาง ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง 7 ประการ ดังนี้คือ

1. การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน
2. การใช้กระบวนการจัดการ
3. การพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม
4. การวิจัย
5. การพัฒนากำลังคน
6. การพัฒนาและการใช้ทรัพยากรการเงิน
7. ความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การให้การศึกษาแก่ประชาชนเป็นองค์ประกอบแรก และ สำคัญที่สุดของสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเน้นข้อเท็จจริงที่ว่าบุคคลเหล่านั้นที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ พร้อมทั้งจะยอมรับมาตรการ เพื่อผลดังกล่าว ร่วมกับคนอื่น เพื่อสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ และต้องการที่จะทำงานเพื่อส่งเสริม สุขภาพอนามัยของตนเองและของชุมชนที่เขาอยู่อาศัยนั้น อย่างไรก็ตามสิ่งนี้มิได้หมายความว่าบุคคลเท่านั้นที่รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเองโดยสิ้นเชิง ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ อีก มากที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลแต่อยู่เหนือการควบคุมของเขา เช่น สภาพในทาง เศรษฐกิจและสังคม การเมือง ขนบธรรมเนียมประเพณีแนวโน้ม และการปฏิบัติในสังคม ความเชื่อถือที่ถ่ายทอดต่อกันมา และศาสนา เป็นต้น ดังนั้นข้อมูลข่าวสารและการให้การ

ศึกษาจึงเป็นกิจกรรมสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อนำไปสู่สภาวะที่ประชาชนมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ รู้หลักการและวิธีการที่จะให้บรรลุผลตามที่ต้องการ ทำสิ่งซึ่งจะทำได้ ทั้งโดยส่วนตัวและส่วนรวมในการปฏิบัติตามหลักการและวิธีการที่รู้นั้น พร้อมทั้งแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

สุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบจำนวนหนึ่ง ซึ่งรวมทั้งสิ่งแวดล้อม และวิธีการดำเนินชีวิตจะไม่มีประโยชน์มากนักในความพยายามรักษาสุขภาพอนามัยและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่ดี โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนนิสัยและพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ นอกจากนั้นองค์ประกอบภายนอกอาจมีอิทธิพลต่อบุคคล และชุมชนในการเปลี่ยนแปลง วิธีการดำเนินชีวิตที่ดี และเหมาะสมไปสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อ และยึดถือกันมาจนเป็นวัฒนธรรม ข้อมูลข่าวสาร และการให้การศึกษาไม่เพียงจะมุ่งไปที่แนวโน้มนั้น ซึ่งต้องการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แต่ต้องให้ความสนใจต่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งที่มีความเหมาะสมอยู่แล้ว ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดี กิจกรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน อาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี ตลอดจนการปฏิบัติที่จะต่อสู้กับโรคร้ายต่าง ๆ ครอบครัวเป็นจุดแรกของการพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นที่ซึ่งก่อให้เกิดการถ่ายทอดของข้อมูล และการศึกษา ส่วนใหญ่งานสำคัญระดับนี้คือ การชวนหาความรู้ขั้นพื้นฐานเพื่อบุคคลในครอบครัวจะได้เข้าใจ รู้คุณค่าและดำรงรักษาไว้ ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การชวนหาที่จะให้ได้มาซึ่งความรู้เกี่ยวกับอันตรายต่าง ๆ ที่จะมีต่อสุขภาพอนามัยและวิธีการหลีกเลี่ยงอันตรายเหล่านี้ การเอาใจใส่ในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ ของการเจ็บไข้ พร้อมทั้งชวนหาหาความรู้ ความเข้าใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น

การปราศจากการสนับสนุนที่เพียงพอจากชุมชน ยากที่จะส่งเสริมหรือธำรงรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนนั้น ชุมชนต้องการความร่วมมือจากทุกคน และทุกฝ่าย ในอันที่สร้างสรรสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคมให้อยู่ในลักษณะที่บุคคลซึ่งอยู่อาศัย สามารถปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพอนามัยของตนได้อย่างเต็มที่ ในระดับนี้ บุคคลควรมีโอกาสที่จะเข้าถึงข้อมูลที่มีเหตุผลและมีประโยชน์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีการป้องกัน และควบคุมปัญหาเหล่านั้น มีความรู้ ความเข้าใจอย่างแท้จริงในเทคโนโลยี และบริการเหล่านั้น นอกจากนั้นในระดับชุมชน ควรมีการกระจายข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยสื่อมวลชน ทั้งนี้รวมถึงการหลีกเลี่ยงที่จะไม่ให้สื่อมวลชนในการประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายแก่สุขภาพอนามัยด้วย

การสาธารณสุขของรัฐมีความรับผิดชอบในการส่งเสริม และอำนวยความสะดวก ให้มีการพึ่งตนเองได้ของครอบครัว และการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและดำเนินการระบบสาธารณสุข นอกเสียจากจะมีความเข้าใจในหลักการดังกล่าวอย่างแจ่มแจ้ง มิฉะนั้นประชาชนก็จะยังเป็นผู้รับบริการสาธารณสุขอยู่ต่อไปนั่นคือเป็นผู้ที่คอยสังเกตอยู่ห่าง ๆ มากกว่าที่จะเข้ามารับรู้ และรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของเขาอย่างแท้จริง ในระดับนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐมีหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำแก่คนไข้รวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่สุขภาพอนามัย จัดหาข้อมูลที่ดีและมีประโยชน์แก่การส่งเสริมสุขภาพอนามัย จัดให้มีกิจกรรมในด้านสุขศึกษาอย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้กลุ่มนักวิชาการ และนักวิชาชีพเข้ามามีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับสื่อมวลชน เพื่อส่งเสริมข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในด้านสุขภาพอนามัย (ล้าลี เปลี่ยนบางช้าง. 2526 : 31-37)

การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นการสอนผู้ป่วย และประชาชน ในขณะที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วย และประชาชนมีความรู้ สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ เป็นวิธีการสอนสุขศึกษาอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้กับบุคคลทั่วไป และใช้ในการติดตามผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นที่บ้าน เพราะสามารถให้ความรู้เป็นรายบุคคล และครอบครัวตามปัญหาสุขภาพที่กำลังประสบอยู่อย่างทั่วถึง และยังสามารถให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ หรือด้านอื่น ๆ ที่บุคคลและครอบครัวสนใจอีกด้วย

ศรีนวล พุ่มเจริญ (2532 : 337-338) กล่าวถึง ความหมาย วัตถุประสงค์ และความสำคัญ และหลักการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน ไว้ดังนี้

การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นการสอนผู้รับบริการหรือประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งนับว่าเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนสุขศึกษาแก่บุคคลและครอบครัว โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมของผู้เรียน และครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยในระยะต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

วัตถุประสงค์ของการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน และครอบครัว โดยศึกษารวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาวินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการ การเรียนรู้และวางแผนการสอน รวมทั้งให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลและครอบครัว ได้ถูกต้องเหมาะสมทั้งสภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม
2. เพื่อให้ความรู้และกระตุ้นให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีในเรื่องสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
3. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ให้รู้จักการรับบริการให้ภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติตัวให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ

4. เพื่อติดตามสอนและประเมินผลการสอน แก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพไปพักฟื้นที่บ้านของตนเอง
5. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง โดยสอนญาติและผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย
6. เพื่อให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง
7. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล คำแนะนำและการช่วยเหลือต่าง ๆ

ความสำคัญของการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

การให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล หรือรายครอบครัว ตามสภาพของปัญหาที่แท้จริง ซึ่งแตกต่างกันรวมทั้งบุคคลและครอบครัวมีโอกาสซักถามเรื่องต่าง ๆ ได้ละเอียดลึกซึ้งตามความต้องการ
2. ผู้ป่วยและญาติรู้สึกสะดวกที่จะรับฟังการสอนและปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ในบ้านของตนเองมากกว่าในสถานบริการหรือโรงพยาบาลซึ่งไม่เป็นส่วนตัว
3. เป็นโอกาสที่พยาบาลชุมชน สามารถนำทรัพยากรของครอบครัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการสอนได้ และสามารถจัดสถานการณ์ได้ตามความเหมาะสมของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะได้ผลดีในเรื่องของการสอนเกี่ยวกับทักษะบางอย่าง เพราะมีโอกาสติดตามผลการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด
4. สร้างความศรัทธาและความหวังแก่ผู้ป่วย เพราะมีบุคลากรระดับวิชาชีพให้ความเป็นห่วงเป็นใยในการเจ็บป่วย และได้รับการสอน ช่วยเหลือ แนะนำอย่างใกล้ชิด
5. ญาติได้รับการสอน และฝึกหัดให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในบางกรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะได้

6. ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอน แนะนำและช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพก่อนที่จะเจ็บป่วย และรับการรักษายาบาลให้หายเร็วขึ้น ในกรณีที่เจ็บป่วยแล้ว

หลักการให้สุขภาพศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

การให้สุขภาพศึกษาแก่ผู้ป่วยและประชาชนโดยการเยี่ยมบ้าน มีหลักการดังนี้

1. ผู้สอนต้องวางแผนการสอนล่วงหน้า โดยกำหนดวัตถุประสงค์วิธีการสอนและวิธีการประเมินผล พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ไว้อย่างครบถ้วน
2. ก่อนสอนผู้สอนต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เรียน และบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ทราบข้อมูลที่แท้จริงใช้ประกอบการสอน และกระตุ้นให้ผู้เรียนและญาติเกิดทัศนคติและมีพฤติกรรมที่ดีในเรื่องสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
3. การสอนควรเน้นในด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงผู้ป่วยญาติ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ และช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันโรค และถ้ามีผู้เจ็บป่วยก็ให้ได้รับการรักษายาบาลอย่างถูกต้อง
4. ดำเนินการสอนโดยการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้
 - 4.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการสอนให้ชัดเจนว่าจะไปสอนใคร สอนเรื่องอะไร สอนเวลาใด จึงจะทำให้ง่ายต่อการเตรียมตัวในการสอน
 - 4.2 เริ่มต้นสอนโดยการแนะนำตัวให้ผู้รับบริการและครอบครัวรู้จักพร้อมทั้งทำความคุ้นเคยกับบุคคลที่ต้องการจะสอนด้วยการสนทนาอย่างเป็นกันเอง และแจ้งให้ทราบถึงประโยชน์ของการสอนที่ผู้รับบริการจะได้รับ
 - 4.3 ซักถามและสังเกตสภาวะต่าง ๆ ของครอบครัว เช่น ขนาดของครอบครัว สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ทัศนคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสอนหรือให้คำปรึกษา

4.4 ดำเนินการสอนหรือให้คำปรึกษาตามแผนที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการซักถามเป็นแนวทางดำเนินการ

4.5 สรุปสาระสำคัญ และสิ่งที่ต้องการจะให้อีกครั้งหนึ่ง เพื่อเป็นการย้ำให้เกิดการจำได้ พร้อมทั้งนัดหมายที่จะพบกันอีกในโอกาสต่อไป

4.6 ประเมินผลการสอนด้วยการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ถูกเยี่ยม ขณะดำเนินการสอน หรือให้คำปรึกษา และติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่ได้เยี่ยมบ้านไประยะหนึ่ง

5. ผู้สอนต้องเลือกวิธีการสอนที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการสอนในการเยี่ยมบ้านจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีในเรื่องสุขภาพ ดังนั้นวิธีการสอนอาจจะต้องใช้วิธีการสอนรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การให้คำแนะนำโดยการบรรยายสั้น ๆ ที่เข้าใจได้ง่าย อาจจะใช้อุปกรณ์ประกอบการบรรยายตามความเหมาะสม หรืออาจใช้การสาธิตร่วมด้วย โดยพิจารณาตามความเหมาะสม และวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมแต่ละครั้ง เช่น การสอนมารดาเกี่ยวกับการอาบน้ำเด็ก การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด การสอนผู้ป่วยหรือญาติทำแผล หรือฉีดยา นอกจากนี้อาจจะให้คำปรึกษา ในเรื่องที่ได้รับบริการหรือญาติต้องการปรึกษา ผู้สอนควรมีโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย และผู้สอนจะต้องสรุปเนื้อหาที่สำคัญ ที่ผู้เรียนควรปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ผู้สอนต้องวางแผนประเมินผลของผู้เรียน ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อช่วยเสริมให้ผู้เรียนมีพัฒนาการ การเรียนและทักษะในการปฏิบัติอย่างแท้จริง

ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

การให้สุขศึกษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ เสริมสร้างและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยของบุคคล ชุมชน มากกว่าการมุ่งให้ความรู้หรือข่าวสารแต่เพียงอย่างเดียว งานวิจัยนี้อาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการวิจัย ได้แก่

ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล

1. ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับตน (Self Concept Theory)

ประภา ฟื้นฟู สุวรรณ (2532 : 23) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับตน (Self Concept) ไว้ว่า เป็นการจัดการของมโนภาพเกี่ยวกับตนที่บุคคลรับรู้จากการประเมิน หรือ ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลอื่น จากแนวคิดเกี่ยวกับตนที่บุคคลรับรู้นี้ บุคคลจะพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเพียงพอขึ้น ได้แก่ การที่จะปฏิบัติตนอย่างไร จึงจะทำให้ตนเองมีประสิทธิภาพ แนวความคิดเกี่ยวกับตนนี้ เป็นผลรวมของการผสมผสานกันระหว่าง "ตน" ที่บุคคลนั้นรับรู้ (Perceived Self) และ "ตน" ที่เหมาะสมพอดี (Adequate Self) ที่บุคคลนั้นเชื่อ ถ้าแนวคิดทั้งสองอย่างนี้ตรงกันจะทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับตนที่ตัวเองมั่นใจหรือแน่ใจมากขึ้น แต่โดยทั่วไปแนวคิดทั้งสองจะไม่ตรงกัน การที่จะแก้ไขความแตกต่างระหว่าง "ตน" ของทั้งสองอย่างนี้ เช่น ให้มีแนวโน้มที่จะไปเป็นด้านแนวคิดเกี่ยวกับตนที่เหมาะสม (Adequate Self) ก็จะเป็นที่มาของการให้หลักการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการของการลดความแตกต่างกันของความคิดเกี่ยวกับ "ตน" นี้โดยการใช้วิธีการส่งข้อมูลย้อนกลับและพิจารณาว่า พฤติกรรมใดที่จะนำไปสู่ "ตนที่เหมาะสม" นี้เรียกว่า การเรียนรู้ (Learning) องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบของประสบการณ์ และการเรียนรู้คือ คุณค่า (Worth) การแก้ปัญหา (Coping) การแสดงออก (Expressing) และความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ จะช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับ "ตน" และเพื่อจะก่อให้เกิดวุฒิภาวะในตัวบุคคล องค์ประกอบเหล่านั้นได้แก่

1. การให้บุคคลได้มีประสบการณ์ด้าน "ความรัก" หรือรูปแบบอื่น ๆ ที่จะให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมด้วย บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าโดยมีความรู้สึกที่จะปกป้องตนเอง

2. การให้ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินงาน ในบางสิ่งบางอย่างที่ไม่สามารถทำได้มาก่อน บุคคลจะมีความรู้สึกที่ดีขึ้นว่าตนเองสามารถปฏิบัติงาน หรือดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การใช้วิธีการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึก ทศนคติ หรือค่านิยม บุคคลจะมีความสามารถในการแสดงออกอย่างเป็นอิสระ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความกังวลใจ

4. การให้เลือกว่าด้วยตนเอง บุคคลจะพัฒนาความสามารถในการเลือก เพื่อที่จะควบคุมอนาคตของตนเอง ถึงแม้ว่าความแตกต่างทุกอย่างที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ทั้งหมด โดยบุคคลที่มีความเจริญด้านวุฒิภาวะแล้วก็ตาม บุคคลก็ยังสามารถที่จะนำตนเองเพื่อจะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ไม่มากนักน้อย

2. ทฤษฎีการนำตนเอง (Self-Determinism)

เป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์มีลักษณะเฉพาะในการแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง มีความแตกต่างในด้านพฤติกรรม การแสดงออก ทศนคติ ความเชื่อและค่านิยม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์เป็นคนดีและมีเหตุผล เชื่อว่ามนุษย์มีความเป็นอิสระในการที่จะกำหนดสิ่งต่าง ๆ สำหรับตนเอง มีความคิดเป็นของตนเอง และมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า

ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับตนและทฤษฎีการนำตนเอง มีความสำคัญต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษา ในการวางแผนโครงการสุขศึกษา เพื่อเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ หรือเกิดการเรียนรู้ว่าตนมีคุณค่า สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถแสดงออกอย่างเต็มที่ในลักษณะที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถช่วยตนเองได้ ไม่จำเป็นจะต้องพึ่งแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพฝ่ายเดียว (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 25)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดของ โคลแมน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 37 ; อ้างอิงมาจาก Coleman. 1969 : 378-396) กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้

ที่สลับซับซ้อนเกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ ผู้เรียน สิ่งที่จะเรียน กระบวนการและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้

ความตั้งใจที่จะเรียนรู้ ประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จะเป็นผลหรือมีอิทธิพลมาจากสิ่งที่คุณเรียนนำติดตัวมาสู่สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้นั้น ๆ เพราะว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

1. การเรียนรู้เดิมของผู้เรียน
2. แรงจูงใจพื้นฐานของผู้เรียน ซึ่งจะรวมถึงแนวโน้มที่บุคคลจะเกิดความเข้าใจว่าอะไรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับเป้าหมายของตนเอง และเกิดมีความรู้สึกพึงพอใจในการเรียน ซึ่งจะเป็รรางวัลทางใจที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน
3. ประสบการณ์ของผู้เรียน ซึ่งจะเป็รตัวบ่งชี้หรือกำหนดผู้เรียนว่าได้เกิดการรับรู้หรือเรียนรู้อะไร
4. วุฒิภาวะและความสามารถในการปรับตัวของผู้เรียน ซึ่งองค์ประกอบนี้จะมีผลต่อความอดทน ความมีสมาธิ และความตั้งใจที่แน่นอนของผู้เรียน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 37)

4. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude-Change Theory)

การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อความหมาย (Communications) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้น ได้เน้นความสำคัญของตัวแปร 3 ตัวแปร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 44) คือ

1. ความเชื่อถือได้ของแหล่งข่าว
2. ลักษณะของข่าวสาร
3. บุคลิกลักษณะของผู้รับข่าวสาร

ในด้านแหล่งข่าวนั้นยิ่งมีความน่าเชื่อถือมากเท่าใด ก็จะทำให้ผู้รับข่าวสารเปลี่ยนทัศนคติมากขึ้นเท่านั้น ลักษณะของข่าวสารก็เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะความสำเร็จของการสื่อข่าวสารนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และความมากน้อยของอารมณ์ที่เกิดจาก

ข่าวสารนั้นไปกระตุ้นให้เกิดกับบุคคล ข่าวสารที่มีเนื้อหากระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับสูงจะมีประสิทธิภาพมากกว่าข่าวสารที่กระตุ้นให้เกิดความกังวล และตัวแปรที่มีประสิทธิผลของการสื่อข่าวสารอีกตัวแปรหนึ่งคือ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาของผู้รับข่าวสาร ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ไอเดออร์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 44 ; อ้างอิงมาจาก Heider. 1944 : 358-374) สรุปว่า คนเราต้องการหรือชอบความเที่ยง ความแน่นอนในด้านความสัมพันธ์ของเขากับสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลได้รับข่าวสารที่แตกต่างไปจากเดิมจะทำให้เกิดภาวะความขัดแย้ง (Conflicts) และสภาวะจิตใจของบุคคลนั้นจะอยู่ในลักษณะไม่สมดุลย์ เพื่อที่จะให้เกิดภาวะที่กลมกลืนเข้ากันได้ในความสัมพันธ์นั้น บุคคลจะต้องกระทำการบางอย่าง เช่น อาจจะทำกรเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเอง หรือเปลี่ยน ทัศนคติของบุคคลอื่น หรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโดยโรเซนสโตก (Rosenstock. 1974 : 330) ในระหว่าง ค.ศ. 1950 ถึง ค.ศ. 1960 ซึ่งเน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข องค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่โรเซนสโตกสรุปไว้ คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดีแก่เขา โดยลดโอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และไม่ควรมีอุปสรรคในด้านสังคมจิตวิทยาที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่โดย เบคเคอร์ และ ไมแมน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 97 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1975 :

10-24) ได้รวมเอาองค์ประกอบเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเข้าไปด้วย สิ่งชักนำนี้จะรวมถึงสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น อาการของการเจ็บป่วย การกระตุ้นเตือนจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ เช่น การส่งไปรษณียบัตร การโทรศัพท์ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บทความในหนังสือพิมพ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ต่อมา เบคเคอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้ และความเชื่อโดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพละปัจจัยร่วมต่าง ๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น และได้เสนอวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. การให้ข้อมูลรายละเอียดของคำแนะนำที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ จะต้องชัดเจน เข้าใจง่าย โดยการพูดคุยหรือการเขียน หรือมอบเอกสารเกี่ยวกับคำแนะนำที่จะต้องปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย มีการอธิบายซ้ำและชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกัน
2. การปรับปรุงขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยให้เหมาะสม มีผลกระทบกระเทือนต่อพฤติกรรมเดิม หรือการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยที่สุด ใช้ระยะเวลาสั้นและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมั่นใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของผลการรักษา และการปฏิบัติตัวนั้น ๆ
3. การตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ ความสนใจปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค ความรุนแรงของโรค การเปรียบเทียบผลดีที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กับความยากลำบากและอุปสรรคในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เจ้าหน้าที่จะสามารถนำมาใช้วางแผนชักชวน

ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

4. การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้ดีขึ้น จะมีผลทำให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่ และบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ดีขึ้น

5. การใช้วิธีการสร้างสัญญาระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตนกับผู้ให้บริการ มีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนช่วยกระตุ้นสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ และต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

มอร์แกน และคนอื่น ๆ (Morgan, and others. 1987 : 177-179) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อ และวัคซีนป้องกันโรคระหว่างผู้ปกครองชาวเอเชีย และอังกฤษ พบว่า ความรู้ในเรื่องโรคติดเชื้อ กำหนดการรับภูมิคุ้มกันโรคและผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ไอกรณ และหัด ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กชาวเอเชีย มีน้อยกว่าชาวอังกฤษ และพบว่า กลุ่มผู้ปกครองชาวเอเชียมีความตระหนักในเรื่องอันตรายและความรุนแรงของโรคติดเชื้อน้อยกว่าชาวอังกฤษ

ในด้านความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เคจา และคนอื่น ๆ (Keja, and others. 1988 : 59-63) ทำการสำรวจความครอบคลุมของโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วโลก ในปี ค.ศ. 1987 พบว่าอัตราความครอบคลุมของการรับวัคซีน บีซีจี. ดีพีที. โอปวี. ของเด็กกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับร้อยละ 50 สำหรับวัคซีนหัด มีเพียงร้อยละ 45

เบอร์มา และคนอื่น ๆ (Boerma, and others. 1990 : 32) ทำการสำรวจใน 21 ประเทศที่กำลังพัฒนา ในปี ค.ศ. 1990 พบว่า อัตราความครอบคลุม

ของวัคซีนหัดในเด็กอายุ 12-23 เดือน ต่ำกว่าร้อยละ 30 คือประเทศมาลี (Mali) สูงกว่าระดับร้อยละ 80 คือ ประเทศบอตสวานา (Botswana) และซิมบับเว (Zimbabwe) ส่วนอัตราการขาดรับวัคซีน ดีพีที. สูงกว่าร้อยละ 50 คือ ประเทศกัวเตมาลา (Guatemala) ไลบีเรีย (Liberia) มาลี (Mali) และซีเนกัล (Senegal) และต่ำกว่าร้อยละ 10 คือประเทศบอตสวานา (Botswana) ศรีลังกา (Sri Lanka) ตูนิเซีย (Tunisia) และซิมบับเว (Zimbabwe)

เดวี (Dwe. 1990 : 77-81) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทยและสหภาพเมียนมาร์ (Union of Myanmar) ในปี ค.ศ. 1986-1988 พบว่า อัตราความครอบคลุมของวัคซีน บีซีจี. ดีพีที. โอฟีวี. และหัด ของประเทศไทยสูงกว่าในสหภาพเมียนมาร์และอัตราการได้รับวัคซีนในประเทศไทยต่ำกว่าการได้รับ ดีพีที. และ โอฟีวี. ซึ่งตรงกับการสำรวจความครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดลและกรุงเทพมหานคร (1990 : 6) ที่พบว่า ความครอบคลุมของวัคซีน บีซีจี. อยู่ในระดับร้อยละ 90 วัคซีนดีพีที. และ โอฟีวี. อยู่ในระดับร้อยละ 80 สำหรับวัคซีนหัดมีความครอบคลุมของการได้รับระหว่างร้อยละ 69-88

ในด้านความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิดและการปฏิบัติ มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อรพินท์ สิงหนเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) ทำการศึกษาในเด็กวัยก่อนเรียน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่า มีเด็กวัยก่อนเรียนได้รับวัคซีน ดีพีที. และโอฟีวี. เพียงร้อยละ 52 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลจากระดับการศึกษาของบิดามารดา และความรู้ ความเข้าใจเรื่องการติดต่อ การป้องกัน และวิธีการไปรับบริการ

สมจิต ปทุมานนท์ และคนอื่น ๆ (2522 : 16) ศึกษาสาเหตุที่เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคตามนัด พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรคของบิดา-มารดา มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กไปรับวัคซีน

นฤมล ลิขิตพรพรรณ (2525 : 98) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา ในการไปรับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในชนบท พบว่า เนื่องจากความไม่รู้จัก ไม่เคยเห็นและ ไม่รู้ถึงความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่มารดาจะพาบุตรไปรับบริการไม่ครบ โดยที่มารดาไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนประมาณร้อยละ 37 รองลงมาคือพาบุตรไปรับบริการครบโดยที่มารดาไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน มีประมาณร้อยละ 30 นอกนั้นก็ยังมีมารดาที่พาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันไม่ครบ แต่มารดาไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน มารดาที่ไม่เคยพาบุตรไปรับบริการ และมารดาที่พาบุตรไปรับบริการครบ โดยที่มารดาไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน

วรรณิ์ จันทร์สว่าง และสุชาดา วิไชยคำมาตย์ (2527 : 43-45) ศึกษาถึง ความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กวัยทารกถึงเด็กวัย ก่อนเรียน พบว่า มารดาส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับอาการ การติดต่อของโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ อยู่ในระดับต่ำและไม่มีความรู้เลย ในด้านทัศนคติของมารดา เกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันโรค จากความเชื่อและความคิด พบว่า มารดาส่วนมากมีทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับการให้ ภูมิคุ้มกันโรค สำหรับการปฏิบัติ ปรากฏว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเด็กจะได้รับ ภูมิคุ้มกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ ครบตามกำหนดอายุ และ ประมาณร้อยละ 25 จะได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบตามกำหนดอายุ และไม่เคยได้รับเลย

พรพันธุ์ บุญรัตน์ และคนอื่น ๆ (2527 : 370-379) ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับบริการวัคซีนในเด็กอายุ 1-2 ปี ในเขตชุมชนแออัด ของกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ ความเข้าใจของมารดา หรือผู้ดูแลเด็กในเรื่องชนิดของวัคซีนจำนวนครั้งที่ต้องได้รับ ระยะห่างระหว่างครั้งและอายุที่ควรได้รับวัคซีน ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบ และกลุ่มที่ได้รับ ไม่ครบหรือไม่ได้รับเลย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) ทำการศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มารดาที่มี ระดับความรู้สูง และมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีน และโรคติดต่ออยู่ในระดับสูงจะนำ

บุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคครบชุดมากกว่ามารดาที่มีความรู้ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ในด้านความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกัน พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ถูกต้องมากพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาที่มีการรับรู้ถูกต้องปานกลาง และถูกต้องน้อย สำหรับการปฏิบัติ พบว่าการได้รับภูมิคุ้มกันโรคแต่ละชนิดของบุตรคนสุดท้าย พบว่า มารดาส่วนใหญ่พาบุตรไปรับวัคซีนบีซีจี. ร้อยละ 80.6 วัคซีนดีพีที. ครบชุดร้อยละ 62.8 และวัคซีนไอพีวี. ครบชุดร้อยละ 57.1

นิมพ์พกา นิคำวัฒนานันท์ (2530 : 77-79) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเขตเมือง และชนบทของจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ความครอบคลุมของการได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบถ้วนในเขตเมืองมีร้อยละ 70.0 ในชนบทมีร้อยละ 65.2 เท่านั้น เนื่องจากมารดาในเขตเมืองและชนบทมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคยังไม่ถูกต้อง มารดาเขตเมืองและชนบทที่บุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคครบ มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคมกกว่ามารดาที่บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบ และมารดาเขตเมืองที่บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนมากกว่ามารดาที่บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบ ส่วนในชนบทมารดาที่บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ และมารดาที่บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนไม่แตกต่างกัน

ศรีเมือง ศรีนวลนิต (2532 : 61) ศึกษาปัจจัยของการมารับและไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-2 ปี ของจังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาอำเภอที่มีอัตราความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และอำเภอที่มีอัตราความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคสูง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคหัด และภูมิคุ้มกันโรคหัดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคหัด กับกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคหัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคหัดและภูมิคุ้มกันโรคหัด ส่วนใหญ่ผู้ปกครองเด็กจะมีทัศนคติในทางบวก

จากการศึกษางานวิจัยมาเป็นลำดับพอสรุปได้ว่า ปัจจัยทางด้านความรู้ความเข้าใจที่คนคิด มีผลต่อการปฏิบัติ คือ การพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งส่งผลต่อความครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การศึกษาวิจัยปัจจัยในด้านสังคมเศรษฐกิจ และอื่น ๆ ที่มีผลต่อความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่า มีความสอดคล้องกัน คือ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้รับเลยนั้นมีสาเหตุมาจากบ้านอยู่ไกล การคมนาคมลำบากพบในงานวิจัยของ อรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) และศรีเมือง ศรีนวลนัด (2532 : 61) สาเหตุจากการประกอบอาชีพและไม่มีเวลา พบในงานวิจัยของ อรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) วรณี จันทรสว่าง และสุชาดา วิชัยคำมาตย์ (2527 : 43-45) นฤมล สีนสุพรรณ (2528 : 98) เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) และ เตวี (Dwe. 1990 : 77-81) สาเหตุจากไม่มีเงินพาบุตรไปรับบริการ พบในงานวิจัยของ อรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) พิมพ์ผกา นิคาว์พัฒนานันท์ (2530 : 77-79) และศรีเมือง ศรีนวลนัด (2532 : 61) สาเหตุจากเด็กป่วยตรงกับเวลานัดของเจ้าหน้าที่จึงไม่ได้พาบุตรไปรับวัคซีนพบในงานวิจัยของ อรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคนอื่น ๆ (2527 : 370-379) เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) สาเหตุจากเห็นว่าเด็กแข็งแรงไม่ต้องฉีดวัคซีน พบในงานวิจัยของ อรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2521 : 25) สมจิต ปทุมานนท์ และคนอื่น ๆ (2522 : 16) นฤมล สีนสุพรรณ (2528 : 98) เพชรไสว ลิ้มตระกูล และคนอื่น ๆ (2530 : 31-39) และสาเหตุจากการนัดหมายของเจ้าหน้าที่ผิดพลาด ไปแล้วไม่ได้รับบริการ หรือไปแล้วไม่พบเจ้าหน้าที่ พบในงานวิจัยของ นฤมล สีนสุพรรณ (2528 : 25) และ พิมพ์ผกา นิคาว์พัฒนานันท์ (2530 : 77-79)

จากงานวิจัยดังกล่าวจึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านความรู้ และเจตคติของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก แต่เพียงอย่างเดียวยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ต้องพิจารณาร่วมด้วยอีกหลายประการ เช่น เศรษฐกิจ สังคม ระบบบริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ทางสุขภาพอนามัยนั้น บาร์โรว์ และแลงคาสเตอร์ (Barrow and Lancaster. 1986 : 107) กล่าวถึงความสำคัญของพนักงานเยี่ยมบ้านไว้ว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญ ที่ต้องทำหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นผู้ที่ต้องพบปะกับประชาชนทั่วไป สามารถช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีสุขภาพดีอยู่แล้วให้รู้จักบำรุงรักษาสุขภาพอนามัยของตนให้ดียิ่งขึ้น และให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาหรือเกิดความวิฤตในแต่ละช่วงอายุให้สามารถต่อสู้หรือปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

อรชร ณ ระนอง (2522 : 51-60) ศึกษาถึงความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขในการให้ความรู้ เรื่องอนามัยแม่และเด็กแก่หญิงหลังคลอดโดยการเยี่ยมบ้านพบว่า ความรู้เรื่องอนามัยแม่และเด็กของมารดาในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น หลังจากที่ยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญ และมารดาที่มีพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมที่บ้านมีความรู้เรื่องอนามัย แม่และเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่ามารดาที่ไม่มีพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน

คมคาย นาคะปัท (2522 : 142-146) ทำการศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์การสอนที่มีผลต่อการมารับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในเขต จังหวัดราชบุรี โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมบ้าน และทำการสอนโดยใช้อุปกรณ์การสอนเป็นการชักจูงใจให้มารับบริการ ผลการวิจัยพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นและนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม

ทัศนีย์ บุญสุยา (2527 : 59-60) ศึกษาถึงประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการมารับภูมิคุ้มกันโรค ของเด็กทารกในเขตเทศบาล ตำบลเมือง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยทดลองทำการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ผลการศึกษา

พบว่า มารดาที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความรู้ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และมีความรู้เพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และมารดาที่ได้รับการเยี่ยมบ้านนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

พิมล พันธุ์วิไล (2529 : 89) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมผู้ป่วย และญาติ และการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคนิวโมโต และท่อไต โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคนิวโมโต และท่อไตที่รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการทดลองด้วยการสอนและการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องโรคนิวโมโต การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะพักฟื้นที่บ้านในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม

พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคนอื่น ๆ (2530 : 32) ทำการติดตามผลการให้วัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี จากทะเบียนการให้ภูมิคุ้มกันโรคและบัตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอำเภอเมือง และอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยติดตามผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวันนัดหมายให้วัคซีน การเผยแพร่สุขภาพศึกษาเรื่องโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และความสำคัญของวัคซีน รวมทั้งการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สหทัยมูลนิธิ และ ผสส. อสม. การติดตามผลพบว่า ก่อนเริ่มโครงการผู้ปกครองเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน คือ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และหัด น้อยมาก จากการให้สุขภาพศึกษาในโครงการ ได้เพิ่มความรู้ให้กับผู้ปกครองมากขึ้น และอัตราการครอบคลุมการได้รับวัคซีนสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี

ผลของการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล ของการให้สุขภาพศึกษาด้วยการเยี่ยมบ้านนั้น สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการให้สุศึกษา

สุนันทา คำพอ (2524 : 40-42) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการสอนอย่างมีแบบแผนและการสอนตามปกติแก่ผู้ป่วยต่อกระจก ที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีแผน มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมารับการผ่าตัดต่อกระจกและหลังจากการได้รับการสอนแตกต่างกัน และผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน กลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

สมบูรณ์ ขอสกุล (2525 : 67-69) ศึกษาเปรียบเทียบการจัดโปรแกรมสุศึกษา และการให้สุศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหน้าท้อง ทางนรีเวชกรรมพบว่า หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มที่ได้รับการสอนสุศึกษาตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุศึกษามีความรู้ และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุศึกษามีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันเพ็ญ วิสุวรรณ (2527 : 61-62) ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุศึกษาและการให้สุศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับการวิจัยของสมบูรณ์ ขอสกุล คือ ความรู้ เจตคติในทางที่ดี และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุศึกษา และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการสุศึกษาตามปกติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม และความรู้ เจตคติในทางที่ดี การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการสอนสุศึกษามีหลายรูปแบบ การเลือกวิธีสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน และสภาพปัญหาความต้องการของผู้เรียน จะให้ผลดีต่อการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยในทางที่ถูกต้องตามต้องการ ซึ่งเห็นได้จากผลงานวิจัยดังกล่าว

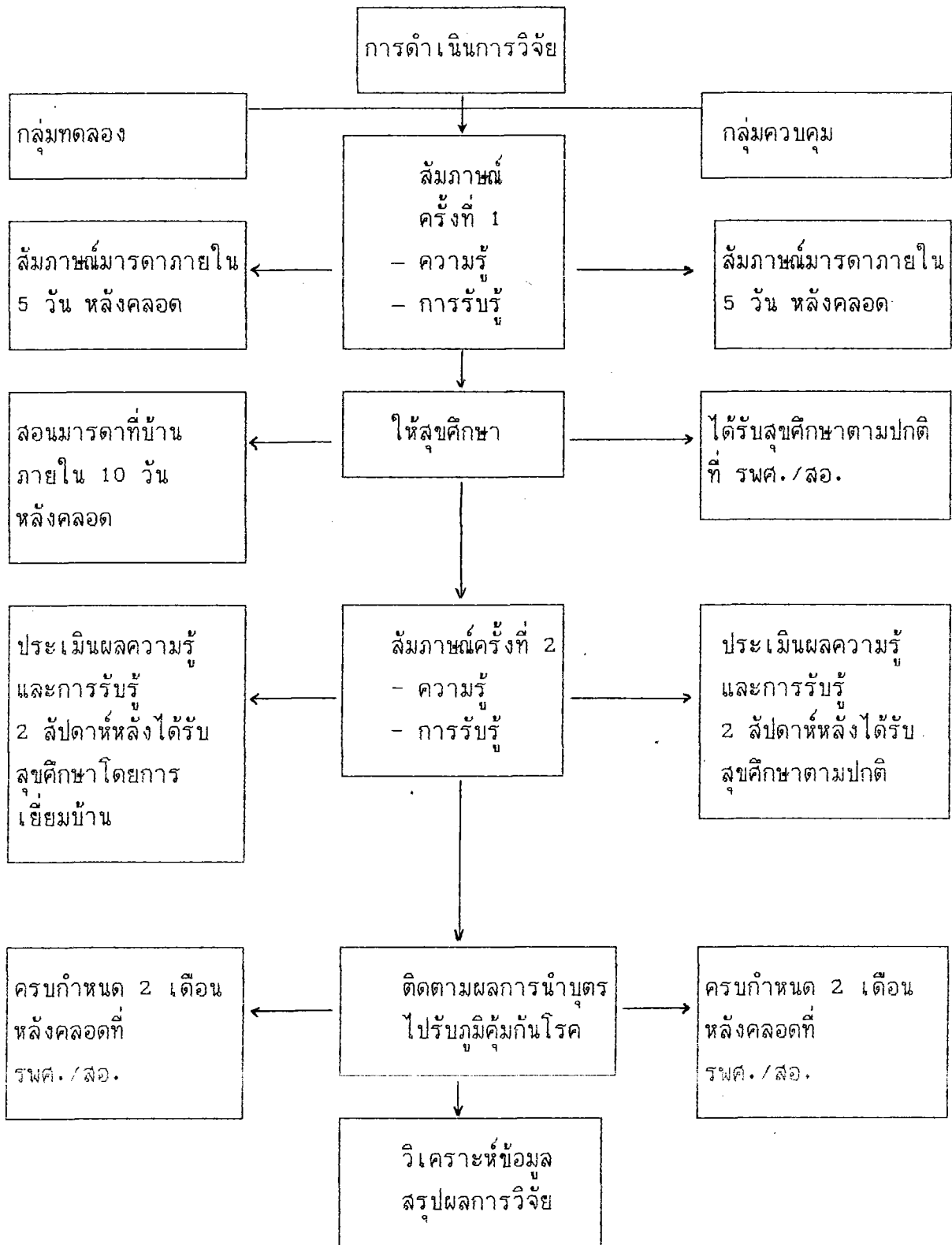
งานวิจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คาคุน ปวีณวัฒน์ (2529 : 94-97) ศึกษาประสิทธิผลของวิธีการสุขศึกษา 2 วิธี ในการส่งเสริมให้คนงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดังในโรงงาน ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยประยุกต์แนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้วางแผนสุขศึกษาทำการทดลองในกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติเรื่องอันตรายของเสียง และการป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองคะแนนความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติเรื่องอันตรายของเสียง และการป้องกันไม่แตกต่างกัน

อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ (2531 : 66-67) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่กลุ่มทดลอง และติดตามให้คำแนะนำที่บ้านอีก 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ และประเมินการหายของผู้ป่วยโดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้คำแนะนำกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพรวม ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่และปฏิบัติตามคำแนะนำ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยวดี รอดจากภัย (2532 : 118) ศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพมหานคร พบว่า ภายหลังจากการสอนสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความเชื่อสูงกว่าก่อนสอนและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้าน ซึ่งตรงกับงานวิจัยของอนงค์ทิพย์ ดุลยไชย ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มวิชาชีพตามแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่ ภิกษุป่วยเป็นวัณโรค โรงพยาบาลราชบุรี (อนงค์ทิพย์ ดุลยไชย. 2533 : 69-72)

จากผลการวิจัยที่ได้ศึกษามาเป็นลำดับ สรุปได้ว่าความครอบคลุมและความครบถ้วนของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนั้น มีองค์ประกอบหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค จากองค์ประกอบเหล่านั้นสามารถนำมาประเมินปัญหาและความต้องการของมารดาในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อเลือกสรรวิธีการที่เหมาะสมให้กับมารดาในการที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ ให้มีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง วิธีการที่เหมาะสม คือการเยี่ยมบ้าน เพราะการเยี่ยมบ้านสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ทำการเยี่ยม และมารดาเด็ก ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้เยี่ยมจะได้ทำการศึกษาข้อมูลในด้านต่าง ๆ ของมารดาเพื่อประเมินปัญหา แล้วนำมาวางแผนจัดเนื้อหาการสอนให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของมารดาเด็ก ในเรื่องความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องโรคติดต่อและวัคซีน โดยนำรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการสอน



ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลสัมฤทธิ์ทางด้านความรู้ของมารดา หลังได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการรับรู้ของมารดา หลังได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน
3. ผลสัมฤทธิ์ทางด้านความรู้ของมารดา หลังได้รับการให้สุศึกษาตามปกติสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ
4. ผลสัมฤทธิ์ทางการรับรู้ของมารดา หลังได้รับการให้สุศึกษาตามปกติสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ
5. ผลสัมฤทธิ์ทางด้านความรู้ของมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านสูงกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ
6. ผลสัมฤทธิ์ทางการรับรู้ของมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านสูงกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ
7. มารดาได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน นำบุตรมารับการฉีดวัคซีนมากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design) โดยศึกษาถึงความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ของการให้สุขศึกษาระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ในการวิจัยนี้ได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลของมารดาในกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้ในเรื่องของการรับมือคุ้มกันโรค และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนด้วยการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นการประเมินสภาพความต้องการของมารดา ในการกำหนดแผนการสอนสุขศึกษา

ระยะที่ 2 ดำเนินการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านกับกลุ่มทดลอง

ระยะที่ 3 ประเมินความรู้ และการรับรู้เรื่องของการรับมือคุ้มกันโรค และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังจากที่ได้รับการให้สุขศึกษาแล้ว 2 สัปดาห์และติดตามผลการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคครั้งที่ 1 ของทั้งสองกลุ่มจากบันทึกการให้วัคซีนของสถานอนามัย หรือ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการ

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่หญิงหลังคลอดระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2535 ที่อาศัยอยู่ใน 18 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีประมาณ 234 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้แก่หญิงหลังคลอดระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2535 ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลที่เลือกมาทำการศึกษา 4 ตำบล จาก ตำบลบ้านเลื่อม 18 คน ตำบลหม่ม่น 16 คน ตำบลปากดง 14 คนและตำบลสามพร้าว 24 คน โดยวิธีการเลือกดังนี้

1. ตรวจสอบอัตราการมารับบริการภูมิคุ้มกันโรคของทั้ง 18 ตำบล เพื่อคัดเลือก ตำบลที่มีอัตราการครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่ำได้ 4 ตำบล คือ ตำบลบ้านเลื่อม ตำบลหม่ม่น ตำบลปากดง และตำบลสามพร้าว

2. ตรวจสอบจำนวนหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในระยะเตรียมคลอด และมีกำหนดคลอด ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2535 จาก 4 ตำบล ที่มีอัตรา ครอบคลุมของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่ำได้จำนวน 72 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก โดยเขียนรายชื่อของหญิงหลังคลอดแต่ละตำบลลงในสลาก หยิบสลากครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง หยิบสลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ทำดังนี้ทีละตำบลจนได้ตัวอย่างครบตามต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้า และรวบรวมจากตำรา ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผนวกกับการนำแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพมาเป็นพื้นฐานในการสร้างข้อคำถาม และสร้างแผนการสอนสุขศึกษา เสนอต่อ คณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญาณพันธ์ตรวจเพื่อปรับปรุงแก้ไข โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์ เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับ วัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค

แบบประเมินความรู้นี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์ของมารดาจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ของมารดาในเรื่องวัคซีน และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 30 ข้อ

วิธีการสร้างแบบประเมินความรู้ของมารดา

1. ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
2. วิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อ ทางด้านสุขภาพ
3. สร้างข้อคำถามความรู้เรื่องวัคซีน และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้ครอบคลุมเนื้อหา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปิด ให้ผู้ตอบคำถามที่กำหนดให้
4. นำแบบประเมินความรู้ที่สร้างเสร็จแล้ว ให้คณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานินนธ์ตรวจเพื่อแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. แบบประเมินการรับรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์ เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการนำบุตรไปรับวัคซีนป้องกันโรคโดยใช้เกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

วิธีการสร้างแบบประเมินการรับรู้ของมารดา

1. ศึกษาเนื้อหาของบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
2. สร้างข้อความเกี่ยวกับการนำบุตรไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งข้อความในเชิงนิมานและข้อความในเชิงนิเสธให้ครอบคลุมเนื้อหา กำหนดระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ

3. แผนการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านสำหรับกลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินปัญหาและความต้องการของมารดาตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งผู้เยี่ยมจะนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวางแผน จัดเนื้อหา และสื่อการให้สุขศึกษาลงในส่วนที่ 2

วิธีการสร้างแผนการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน

1. เขียนแบบฟอร์ม (Form) แผนการสอนสุขศึกษาซึ่งพัฒนามาจากแบบแผนความเชื่อ ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบประเมินปัญหาและความต้องการของมารดา ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.2 แผนการสอนสุขศึกษา
2. นำแบบฟอร์มที่สร้างขึ้น ไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาบัตรตรวจสอบเพื่อ แก้ไขก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง แล้วปรับปรุงให้เหมาะสมขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ไม่นำมาคิดคะแนน

ส่วนที่ 2 ตรวจให้คะแนน คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

การจัดกลุ่มแยกความรู้สูงและต่ำคิดจากค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) เป็นเกณฑ์ คะแนนคำตอบที่สูงกว่า ค่าเฉลี่ยเป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องวัคซีนและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนสูง ส่วนคะแนน คำตอบที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องวัคซีนและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่ำ

เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินการรับรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์ คิดคะแนน
เป็นรายข้อดังนี้

ระดับการรับรู้	คะแนนข้อความเชิงนิมิต	คะแนนข้อความเชิงนิเสธ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่มีความคิดเห็น	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน และจัดกลุ่มแยกตามระดับการรับรู้ ให้ค่าน้ำหนัก
คะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ (ประคอง กรรณสุต. ม.ป.ป. : 70 ; อ้างอิงมาจาก Best
1970 : 257)

ค่าน้ำหนัก	ระดับการรับรู้
4.50 - 5.00	มีการรับรู้ที่ดีมาก
3.50 - 4.49	มีการรับรู้ที่ดี
2.50 - 3.39	มีการรับรู้ปานกลาง
1.50 - 2.49	มีการรับรู้ต่ำ
1.00 - 1.49	มีการรับรู้ต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

นำแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการรับรู้ของมารดาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว
ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพศึกษา 1 ท่าน สาขาอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน
สาขาวัตถุและประเมินผล 1 ท่าน รวม 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น

2.1 นำแบบประเมินความรู้ และการรับรู้ของมารดาที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ สัมภาษณ์กับกลุ่มมารดา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยนำไปทดสอบกับหญิง หลังคลอดที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 คน

2.2 แบบประเมินความรู้ของมารดาส่วนที่ 1 ไม่นำมาวิเคราะห์ เพียงแต่นำมาประเมินเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมขึ้น

2.3 แบบประเมินความรู้ของมารดาส่วนที่ 2 นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์ และริชาร์ดสัน (ไพศาล หวังพานิช. 2531 : 188) ได้ค่าความเชื่อมั่น .96 ซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2.4 แบบประเมินการรับรู้ของมารดา นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (ไพศาล หวังพานิช. 2531 : 188) ได้ค่าความเชื่อมั่น .74 ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

สำหรับแผนการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน นำไปทดลองใช้สอนกับหญิงตั้งครรภ์ในเขตตำบลนาข่า ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ โดยให้นักศึกษาพยาบาล จำนวน 5 คน เป็นผู้ทดลองใช้แผนการสอนสุขศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของมารดา ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค เพื่อนำไปกำหนดขอบเขตของแผนการสอน

2. เขียนแผนการสอนสุขศึกษา กำหนดวัตถุประสงค์การสอนเนื้อหา และสื่อการสอนตามความต้องการ หรือสภาพปัญหาของมารดาตามที่ประเมินได้

3. นำแผนการสอนไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำไปใช้กับการทดลองจริง เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมขึ้น

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากตรวจสอบ และแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี เพื่อขออนุมัติ และขอความร่วมมือในการวิจัย ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2535 แล้วดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกผู้ที่จะทำการสัมภาษณ์ และให้สูขศึกษาด้วยการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จากวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาล ผ่านการเรียนภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในด้านการเยี่ยมบ้านและการให้สูขศึกษามาแล้ว และเป็นผู้ที่มีความรู้ เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี
 2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และทำการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการรับรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ เทคนิคการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้เรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ให้ทดลองใช้แบบประเมินความรู้และการรับรู้โดยการสัมภาษณ์ และแผนการให้สูขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านระหว่างเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน จนสามารถใช้แบบฟอร์มได้ถูกต้อง
 3. การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ทำการสัมภาษณ์มารดาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายใน 5 วันหลังคลอด โดยนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยการใช้แบบประเมินความรู้ และการรับรู้ของมารดา แล้วนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของทั้ง 2 กลุ่ม มาทดสอบสภาวะความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองให้สูขศึกษา
- สำหรับกลุ่มทดลอง นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 มาประเมินปัญหา และความต้องการที่เกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรคตามแบบประเมินเพื่อนำมา กำหนดเนื้อหาการให้สูขศึกษา

4. ทำการทดลองให้สุนัขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน โดยนักศึกษานพยาบาลทำการให้สุนัขศึกษาแก่มารดาในกลุ่มทดลองภายใน 10 วันหลังคลอด สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการให้สุนัขศึกษาตามปกติ

5. การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ทำการประเมินความรู้ และการรับรู้ของมารดา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการให้สุนัขศึกษาแล้ว 2 สัปดาห์ด้วยการใช้แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการรับรู้โดยการสัมภาษณ์

6. ติดตามผลการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 1 เมื่อครบกำหนดหลังคลอด 2 เดือนของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสำรวจจากบันทึกการให้ภูมิคุ้มกันโรคของสถานีอนามัยตำบลและโรงพยาบาลศูนย์อุตรธานี

วิธีจัดกระทำข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรของมารดาด้วยค่าร้อยละ

2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบประเมินความรู้ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมคะแนนเป็นรายบุคคล แล้วนำคะแนนของทุกคนมาหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) นำคะแนนของทั้ง 2 กลุ่มหลังการทดลองมาเรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย เป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนสูง กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่ำ

3. ตรวจสอบให้คะแนนแบบประเมินการรับรู้ โดยแยกออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นำคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการทดลอง มาหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) แล้วนำมาหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แยกกลุ่มที่มีการรับรู้ตามเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

4. ทดสอบสมมุติฐานเพื่อหาความแตกต่างของความรู้และการรับรู้ก่อน และหลัง การทดลองภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่า ที (t-test dependent)
5. ทดสอบสมมุติฐานเพื่อหาความแตกต่างของความรู้ และการรับรู้ก่อน และหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทดสอบสภาวะความแปรปรวนของกลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้ค่า เอฟ (F-test) แล้วทดสอบความแตกต่าง โดยใช้ค่า ที (t-test Independent)
6. ทดสอบสมมุติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่า ที (t-test proportion)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ (พวงรีตัน ทวีรีตัน. 2531 : 125)

$$M = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	M	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 146)

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 152)

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว ยกกำลังสอง
	$(\Sigma X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด ยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ใช้สูตร KR₂₁ (ไพศาล หวังพานิช.

2531 : 188)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\bar{X}(n-\bar{X})}{nS_t^2} \right)$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
	\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ยทั้งหมด
	S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนข้อคำถาม

2.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติ ใช้สูตร Cronbach's

Coefficient Alpha (ไพศาล หวังพานิช. 2531 : 188)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
	S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนทั้งหมด
	S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนในแต่ละข้อ
	n	แทน	จำนวนข้อคำถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 การทดสอบค่าความแปรปรวนของประชากร 2 กลุ่ม (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 174) โดยใช้ค่า เอฟ (F-test)

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

เมื่อ S_1^2 แทน ความแปรปรวนที่มีค่ามาก
 S_2^2 แทน ความแปรปรวนที่มีค่าน้อย

3.2 การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 173) ใช้ค่าที (t - test independent)

3.2.1 ในกรณีที่มีค่าความแปรปรวนเท่ากัน

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left\{ \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right\} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

3.2.2 ในกรณีที่ค่าความแปรปรวนไม่เท่ากัน

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{ค่า } df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	\bar{X}_1	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	\bar{X}_2	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	S_1^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2

3.3 การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เกี่ยวข้องกัน (พวงรัตน์
ทวิรัตน์. 2531 : 176) ใช้ค่า t (t-test dependent)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

เมื่อ D แทน ผลต่างของคะแนนแต่ละคู่
 n แทน จำนวนคู่

3.4 การทดสอบสมมติฐานที่เกี่ยวกับสัดส่วน (เต็มศรี ชำนิจารกิจ. 2527 :
216) ใช้ค่า t (t-test proportion)

$$t = \frac{(\hat{p}_2 - \hat{p}_1) - (p_2 - p_1)}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1 - 1} + \frac{p_2 q_2}{n_2 - 2}}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ	\hat{p}_1	แทน	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1	$= \frac{f_1}{n_1}$
	\hat{p}_2	แทน	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2	$= \frac{f_2}{n_2}$
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1	
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2	
เมื่อ	p_1	แทน	สัดส่วนของความสำเร็จของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1	
	p_2	แทน	สัดส่วนของความสำเร็จของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2	
	q_1	แทน	$1 - p_1$	
	q_2	แทน	$1 - p_2$	
	f_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 1 ของเหตุการณ์นั้น	
	f_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 2 ของเหตุการณ์เดียวกัน	

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ดำเนินการในลักษณะของการให้สุศึกษาแก่มารดาในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้จำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการนำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างตามระดับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้และจำนวนบุตรด้วยการแสดงความถี่ของการกระจายด้วยคำร้อยละ ส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอประสิทธิผลของการให้สุศึกษา โดยจำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบเป็น 3 เรื่อง คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์จากการให้สุศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการปฏิบัติหลังได้รับสุศึกษา ทั้งสองวิธีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เป็นมารดาหลังคลอด จำนวนทั้งสิ้น 72 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับกลุ่มควบคุม ซึ่งให้สุศึกษาตามปกติ กลุ่มละ 36 คน มีลักษณะทั่วไปดังนี้

1. อายุของกลุ่มตัวอย่าง

อายุของมารดาในกลุ่มทดลองจะอยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปีมากที่สุด คือร้อยละ 58.33 ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปีมากที่สุด คือร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยของมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 23 ปีและ 24 ปี ตามลำดับ เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ t-test พบว่า อายุของมารดาทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P > .01$) จึงกล่าวได้ว่า อายุของทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังตาราง 8

ตาราง 8 ร้อยละของมารดากลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15 - 19	3	8.33	2	5.56
20 - 24	21	58.33	15	41.66
25 - 29	9	25.00	18	50.00
30 - 34	1	2.78	1	2.78
35 - 39	2	5.56	0	0.00
รวม	36	100	36	100

2. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของมารดาทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมาก กล่าวคือมีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด คือร้อยละ 88.89 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีมารดาเพียง 1 คน เท่านั้นในกลุ่มควบคุม มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมปีที่ 6 หรือร้อยละ 2.78

ตาราง 9 ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ป.1 - ป.6	32	88.89	32	88.89
ม.1 - ม.6	4	11.11	3	8.33
สูงกว่า ม.6	0	0	1	2.78
รวม	36	100	36	100

3. อาชีพ

การประกอบอาชีพของมารดาทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกัน คือ มีอาชีพแม่บ้าน จำนวน 15 คน หรือร้อยละ 41.67 อาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 21 คน หรือร้อยละ 58.33

ตาราง 10 ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการประกอบอาชีพ

อาชีพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	15	41.67	15	41.67
เกษตรกรรวม	21	58.33	21	58.33
รวม	36	100	36	100

4. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

รายได้ต่อเดือนของครอบครัวทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คืออยู่ในระดับต่ำ (ต่ำกว่า 1,500 บาท) มากที่สุด โดยกลุ่มทดลองมีจำนวน 19 คน หรือร้อยละ 52.78 ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวน 20 คน หรือร้อยละ 55.56 รองลงมามีรายได้ในระดับปานกลาง (1,500 - 4,999 บาท) หรือร้อยละ 36.11 และร้อยละ 41.66 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 11.11 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 2.78 ในกลุ่มควบคุม ที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

ตาราง 11 ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

รายได้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 1,500 บาท	19	52.78	20	55.56
1,500 - 4,999 บาท	13	36.11	15	41.66
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	4	11.11	1	2.78
รวม	36	100	36	100

5. จำนวนการมีบุตร

จำนวนบุตรของมารดาในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า มีบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และร้อยละ 58.33 ตามลำดับ รองลงมาคือการมีบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 30.55 และร้อยละ 38.89 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีบุตร 3 คน จำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 2.78

ตาราง 12 ร้อยละของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนการมีบุตร

จำนวนบุตร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 คน	24	66.67	21	58.33
2 คน	11	30.55	14	38.89
3 คน	1	2.78	1	2.78
รวม	36	100	36	100

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษา

ในการทดลองผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประเมินผลการทดลองเปรียบเทียบโดยการให้แบบประเมินความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประการหนึ่ง กับอีกประการหนึ่งศึกษาเปรียบเทียบจากความใส่ใจต่อการนำบุตรไปรับวัคซีน

1. เปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินความรู้ก่อนทดลอง และหลังทดลองของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		Paired		t-test
	n	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{d}	SD	
กลุ่มทดลอง	36	13.05	5.77	54.55	9.97	41.5	6.65	37.356** (t=2.440)
กลุ่มควบคุม	36	16.05	5.73	42.72	8.35	26.25	6.85	22.989**
			t = -2.223		t = 5.454**			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t35 = 2.440)

จากตาราง 13 พบว่า

1. คะแนนความรู้ก่อนทำการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 13.05 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 16.05 เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที่ (t-test) พบว่า คะแนนก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนความรู้หลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม มีระดับคะแนนต่างกันกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 54.55 ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 42.72 เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที่ (t-test) พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ในกลุ่มทดลอง คะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างเฉลี่ย

41.5 เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (Paired t-test) แล้ว พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ในกลุ่มควบคุม คะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างเฉลี่ย

26.25 ทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (Paired t-test) แล้ว พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินการรับรู้

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนจากแบบประเมินการรับรู้ก่อนทดลอง และหลังทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		Paired		t-test
	n	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{d}	SD	
กลุ่มทดลอง	36	84.67	9.38	94.83	8.49	10.16	5.94	10.527** (t=2.440)
กลุ่มควบคุม	36	83.83	8.81	90.58	8.58	6.75	3.43	11.793**
			t= 0.847		t= 2.114*			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t35=2.440)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t70=1.671)

จากตาราง 14 พบว่า

1. คะแนนการรับรู้ โดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 84.67 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 83.83 และเมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (t-test) พบว่า คะแนนการรับรู้ก่อนการทดลองของ ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้หลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม มีระดับคะแนนต่างกัน คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 94.83 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 90.58 เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (t-test) แล้วพบว่า คะแนนการรับรู้หลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างเฉลี่ย 10.16 เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างเฉลี่ย 6.75 เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าที (Paired t-test) แล้ว พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบจำนวนการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค

ตาราง 15 เปรียบเทียบจำนวนการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองภายในระยะเวลา 2 เดือน (มกราคม ถึง มีนาคม 2535)

กลุ่มตัวอย่าง	มารับภูมิคุ้มกันโรค		ไม่มารับภูมิคุ้มกันโรค		t-test Proportion
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง	34	94.44	2	5.56	2.467**
กลุ่มควบคุม	27	75.00	9	25.00	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{70}=2.390$)

จากตาราง 15 มารดาในกลุ่มทดลอง นำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคภายหลังการทดลอง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 ในขณะที่กลุ่มควบคุมนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคภายหลังการทดลอง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบสัดส่วนประชากรด้วยค่าที่ (t-test proportion) พบว่า จำนวนมารดาที่นำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคมามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านกับการให้สุขศึกษาตามปกติต่อการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคของมารดา ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้ดังนี้ คือ

1. เพื่อทราบความแตกต่างระหว่างผลสัมฤทธิ์ของวิธีการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านกับการให้สุขศึกษาตามปกติต่อการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค
2. เพื่อทราบความแตกต่างของความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องวัคซีน และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนของกลุ่มมารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านกับกลุ่มมารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ
3. เพื่อติดตาม และทราบความแตกต่างในการนำบุตรมารับการฉีดวัคซีนของมารดาภายหลังจากได้รับการให้สุขศึกษาทั้งสองวิธี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ หญิงหลังคลอดในระหว่าง วันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2535 ที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลหม่ม ตำบลปากดง ตำบลบ้านเลื่อม และตำบลสามพร้าว จำนวน 72 คน จำแนกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มทดลองจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับวัคซีน และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยผ่านการเสนอแนะ และแก้ไขจากคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท และผู้เชี่ยวชาญอีก 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่นของแบบ

ประเมิณการรับรู้เท่ากับ 0.74

2. แผนการสอนสุขศึกษาสำหรับมารดาเป็นรายบุคคล ซึ่งพัฒนามาจากการประเมินปัญหา และความต้องการของมารดาเป็นรายบุคคล

ในการดำเนินการทดลอง เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดไว้แล้วผู้วิจัยได้สร้างแผนการสอนจากการประเมินปัญหา และความต้องการของมารดาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องภูมิคุ้มกันโรค เพื่อนำมากำหนดเนื้อหาการให้สุขศึกษา โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงได้นำไปสอนสุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านให้กับมารดาในกลุ่มทดลอง และสอนสุขศึกษาตามปกติให้แก่กลุ่มควบคุม ทั้งนี้หลังจากได้ประเมินความรู้ และการรับรู้ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้สุขศึกษาแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ และการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยแบบประเมินความรู้ และการรับรู้ซึ่งเป็นฉบับเดียวกันกับการประเมินก่อนให้สุขศึกษา พร้อมทั้งผู้วิจัยได้ติดตามการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคของ มารดาทั้งสองกลุ่มเมื่อครบกำหนด 2 เดือนหลังคลอดที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างต้องไปใช้บริการ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ และการรับรู้ทั้งก่อน และหลังการให้สุขศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการแจกแจงนับด้วยวิธีปกติ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสถานภาพส่วนตัว ใช้วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ข้อมูลความรู้ การรับรู้ และการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที (t-test)

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ซึ่งลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และจำนวนบุตรใกล้เคียงกันมาก จากผลการวิจัยปรากฏเป็นดังนี้

1. ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจากการได้รับการให้สุศึกษาตามวิธีวิจัย พบว่า

1.1 ก่อนการทดลองมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน และมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติมีคะแนนความรู้พื้นฐานในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และหัด) ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อผ่านการทดลองตามวิธีวิจัยแล้ว พบว่า มารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน และตามวิธีปกติมีความรู้ในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง และมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านมีความรู้ในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ามารดาที่ได้รับ การให้สุศึกษาตามปกติ (คะแนนเฉลี่ย = 54.55, 42.72 ตามลำดับ) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ด้านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลองมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน และมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และหัด) ไม่แตกต่างกัน แต่ทั้งสองกลุ่มมีความรู้เพิ่มขึ้น ภายหลังการทดลอง และมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านมีการรับรู้ในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ (คะแนนเฉลี่ย 94.83, และ 90.58 ตามลำดับ) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

3. ทางด้านการปฏิบัติ พบว่า

มารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน นำบุตรมารับการฉีดวัคซีน
 ภายหลังการทดลองมากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ

อภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพด้านความรู้ และการรับรู้จากการได้รับสุศึกษา

1.1 จากการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกันภายในกลุ่มระหว่างก่อนและ
 หลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการได้รับสุศึกษาแล้ว กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมี
 ความรู้ และการรับรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับสุศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงแสดง
 ว่าวิธีการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน และวิธีการให้สุศึกษาตามปกติต่างก็มีผลต่อ
 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ และการรับรู้ของมารดาในเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรค
 เป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามหลักการ
 ที่ว่า วิธีการสุศึกษาเป็นการจัดเตรียม และรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ให้ประชาชน
 เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งทางด้านพุทธิปัญญา เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ
 อนามัยไปในทางที่ถูกต้อง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520 : 98) และสอดคล้องกับสุศึกษา
 ในความหมายของกรีน (Green. 1979 : 51) ที่ว่า สุศึกษาคือการศึกษาให้ความรู้ และการ
 จัดประสบการณ์ที่จะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางด้านเจตคติ และทักษะในการเปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 2 3 และ 4
 ที่สรุปได้ว่า ผลสัมฤทธิ์ทางด้านความรู้ และการรับรู้ของมารดาภายหลังได้รับการให้
 สุศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุศึกษาทั้งสองวิธี

1.2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และการรับรู้ระหว่าง
 กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม พบว่า มารดาในกลุ่มทดลอง มีความรู้และการรับรู้ในเรื่องวัคซีน
 และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 สามารถอธิบายได้ว่า การให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านเป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล

การประเมินความรู้เดิมของมารดา เพื่อทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของมารดาแต่ละคนทางด้านความรู้ ความเชื่อในการเกิดโรค อาการและความรุนแรงของโรครวมทั้งการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค แล้วนำมาวางแผนให้คำแนะนำได้อย่างตรงจุดสำหรับมารดาแต่ละคนนั้น มีผลทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเนื้อหาสาระเรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ไปในทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในลักษณะนี้ จะไปสอดคล้องกับหลักของการเรียนรู้ของโรเจอร์ (สฺรารงค์ โค้วตระกูล. 2533 : 216 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1969 : ไม่มีเลขหน้า) ที่ว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้เรียนรับรู้ว่ามีสิ่งที่เรียนมีความหมายและมีความสัมพันธ์ต่อจุดมุ่งหมายของชีวิตผู้เรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เรียนสนใจ และต้องการที่จะเรียนรู้ และถ้าผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ก็จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้มากขึ้น และสอดคล้องกับทฤษฎีของโคมส์ (สฺรารงค์ โค้วตระกูล. 2533 : 217 ; อ้างอิงมาจาก Combs. 1967 : ไม่มีเลขหน้า) ที่ว่าหน้าที่ของผู้สอน คือการเข้าใจการรับรู้ของผู้เรียนแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนได้พัฒนาตามศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ดังนั้นการประเมินความรู้ของมารดาในเรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มารดาได้ตระหนักถึงอันตรายจากโรคติดต่อที่อาจจะเกิดขึ้นกับบุตรของตน ถ้าไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคทำให้มีความสนใจและต้องการที่จะมีความรู้ในเรื่องโรคและวัคซีน เมื่อมารดาได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน ด้วยการสอนตามแผนการสอนที่กำหนดจากการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านความรู้และการรับรู้ตามแนวความเชื่อด้านสุขภาพประกอบกับการสอนโดยการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้สอนและผู้เรียนมีโอกาสสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายเป็นแบบสองทางและการฟังการสอนที่บ้านของตนเองนั้น มารดาจะมีความรู้สึกสะดวกในการรับฟัง กล่าวซักถามปัญหาต่าง ๆ ได้ละเอียดตามความต้องการมากกว่าในสถานบริการ หรือในโรงพยาบาลซึ่งไม่เป็นส่วนตัว จึงเป็นสิ่งสนับสนุนให้ มารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านมีความรู้ และการรับรู้ภายหลังการสอนดีกว่ามารดาที่ได้

รับการให้สุศึกษาตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยนี้ตรงกับงานวิจัยของอรรถ ฤ ระนอง (2522 : 51-60) ที่พบว่า มารดาที่มีพยาบาลสาธาณสุขไปเยี่ยมที่บ้านมีความรู้เรื่องอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นภายหลังจากที่พยาบาลสาธาณสุขไปเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญ และมารดาที่มีพยาบาลสาธาณสุขไปเยี่ยมที่บ้าน มีความรู้เรื่องอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่ามารดาที่ไม่มีพยาบาลสาธาณสุขไปเยี่ยมบ้าน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ บุญสุยา (2527 : 59-60) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติเกี่ยวกับการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ภายหลังจากทดลองเพิ่มขึ้นจากการทดลอง และมีความรู้เพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบูรณ์ ขอสกุล (2525 : 67-69) ที่พบว่า ภายหลังจากการศึกษาเปรียบเทียบการจัดโปรแกรมสุศึกษา และการให้สุศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหน้าท้องแล้ว พบว่า ทั้งกลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุศึกษา มีความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุศึกษามีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับผลวิจัยครั้งนี้ของผู้วิจัย ซึ่งจะสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 และข้อที่ 6 ที่สรุปรวมว่า ผลสัมฤทธิ์ทางด้านความรู้ และการรับรู้ของมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านสูงกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ

2. เปรียบเทียบสัดส่วนของการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับกลุ่มมารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ

ภายหลังจากให้สุศึกษาแก่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแล้ว พบว่า มารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ เบคเกอร์ (Becker, 1974 : 409-417) ให้ความเห็นว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยมีการตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนชักชวนให้ผู้ป่วยปฏิบัติโดยอาศัยการให้ข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนมีการย้ำและให้เอกสารประกอบ รวมทั้งการปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ได้เน้นให้ มารดารับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของวัคซีน ทำให้มารดามีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ ของสกุล (2525 : 67-69) และวันเพ็ญ วิสุววรรณ (2527 : 61-62) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ และเจตคติในทางที่ดีเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังจากได้รับสุศึกษาแบบการจัดโปรแกรม ผลการวิจัยนี้จึงตรงกับสมมติฐานข้อที่ 7 คือ มารดาได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน นำบุตรมารับการฉีดวัคซีนมากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการสอนสุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านด้วยการพัฒนาสารและวิธีการสอนจากการประเมินความต้องการ และปัญหาของมารดาเกี่ยวกับเรื่อง วัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้ พบว่า การให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านดีกว่าการให้สุศึกษาตามปกติ ทั้งด้านความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ ทั้งนี้โดยใช้หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การประเมินสภาพปัญหา และความต้องการของมารดากับการสอนสุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การจัดสุศึกษาแก่ประชาชนของสถานบริการสุขภาพควรต้องดำเนินการดังนี้

1.1 ควรพัฒนาสารของสุศึกษาและวิธีการให้สุศึกษา โดยใช้พื้นฐาน

ข้อมูลจากการประเมินความเชื่อ และความต้องการทางสุขภาพของกลุ่มผู้รับสุศึกษาทุกระดับ วิธีการนี้จะช่วยให้การให้สุศึกษาตรงกับความต้องการ และสภาพจริงของผู้รับบริการ

1.2 ในการให้สุขศึกษา ควรเน้นถึงการเข้าถึงประชาชน โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน ซึ่งปกติแล้วบุคลากรสาธารณสุขก็จะมีบริการเยี่ยมอยู่แล้ว จึงควรเน้นการประสานประสานการให้สุขศึกษาไปกับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ควรกำหนดไว้เป็นแผนงานสุขศึกษา

1.3 ควรกำหนดวัตถุประสงค์ของการให้สุขศึกษาทุกครั้งให้ชัดเจน และต้องมีการติดตามผล และประเมินผลตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอยู่เสมอ

2. ด้านการจัดการศึกษาสำหรับพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข

2.1 สนับสนุนการให้สุขศึกษาโดยวิธีการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าถึงประชาชน ซึ่งนอกจากจะได้ผลในการให้สุขศึกษาได้ตรงเป้าหมายแล้ว ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชนด้วย

2.2 ฝึกหัดการให้สุขศึกษาโดยใช้วิธีการประเมินปัญหา (Assesment) วางแผนและติดตามผลการให้สุขศึกษาอย่างแท้จริงในหลักสูตร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในเรื่องเดียวกันกับประชากรในภาคอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยที่ได้ และควรติดตามผลการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคให้ครบตามกำหนดจำนวนครั้งของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรอื่น ที่จะมีอิทธิพลต่อการให้สุขศึกษา เช่น สภาพแวดล้อม สื่อสุขศึกษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการสุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านกับงานบริการสาธารณสุขด้านอื่น ๆ

4. ควรทดลองใช้แนวคิดหรือทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ร่วมกับวิธีการให้สุขภาพแบบต่าง ๆ ในการศึกษา หรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบในงานสาธารณสุข หรือเกี่ยวกับโรคอื่น ๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- คมคาย นาคะปัท. ประสิทธิผลของอุปกรณ์การสอนที่มีผลต่อการมารับภูมิคุ้มกันโรคของเด็ก
ในเขต จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2522. อัดสำเนา.
- ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. กรุงเทพฯ : กรมควบคุม
โรคติดต่อ, 2530.
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2532. กรุงเทพฯ : กองโรคติดต่อทั่วไป
กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532.
- จรรยา เสียงเสนาะ และวาริ ระถิติ. "พยาบาลอนามัยชุมชนในงานเยี่ยมบ้าน." ใน
เอกสารการสอนวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน. หน่วยที่ 6 หน้า
278-344. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2531.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคมคาย นาคะปัท. "การพยาบาลอนามัยชุมชนในงานอนามัยแม่
และเด็ก," ใน เอกสารการสอนวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน.
หน่วยที่ 7 หน้า 352-416. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช, 2531.
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2527.
- ทัศนีย์ บุญสุยา. ประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการรับภูมิคุ้มกันโรค
ของเด็กทารกในเขต ต. ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. งานสุขศึกษาและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
อัดสำเนา.

- ธนวรรธน์ อิมสมบูรณ์. "รูปแบบการดำเนินงานสุศึกษาในงานควบคุมโรคพยาธิปากขอ : อดีต ปัจจุบัน อนาคต," เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การควบคุมโรคพยาธิปากขอในภาคใต้ : พฤติกรรมกับแนวคิด และการแก้ไขทางสังคมศาสตร์ และสุศึกษา. ณ โรงแรมลีการ์เด็น อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา, 15-17 กรกฎาคม 2534.
- _____. "การวางแผนสุศึกษาตามรูปแบบของ PRECEDE MODEL," เอกสารประกอบการบรรยาย ใน การประชุมวิชาการสุศึกษา. ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 14 กุมภาพันธ์ 2534.
- _____. "แนวทางดำเนินงานสุศึกษาในงานสาธารณสุข," เอกสารประกอบการบรรยาย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาสื่อเพื่อการสุศึกษาและการประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข. ณ โรงแรม ภูเก็ตเมอร์ลิน, 19-21 สิงหาคม 2534.
- นฤมล ลินสุพรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา ในการไปรับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ ดร. ศรีสง่า, ม.ป.ป.
- ประจวบ สมพงษ์. "การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข," ใน การสาธารณสุขมูลฐาน. หน้า 38-41. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน, 2526. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ประวิทย์ สุนทรสิมะ และ นราพร พิษณุรงค์. วิทยาการระบาดและการควบคุมโรคติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ธนะการพิมพ์, 2531.

- พรพันธุ์ บุญรัตน์, เยอวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ ประมาณผล. "การสำรวจ
ความรู้ ทักษะของผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี ต่อการได้รับภูมิคุ้มกันโรค
อำเภอเมือง อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์," ใน รายงานประเมินผลโครงการ
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานในเด็กชนบท 0-6 ปี พื้นที่อำเภอเมือง
อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. หน้า 27-40. ม.ป.ท., ม.ป.ป. อัดสำเนา.
- พรพันธุ์ บุญรัตน์, ทศนีย์ อินทรสุขศรี และอมรรัตน์ โพนิพรรค. "การศึกษาการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 1-2 ปี และงานอื่น ๆ ของสาธารณสุขมูลฐาน
ในเขตชุมชนแออัด 27 แห่งของกรุงเทพมหานคร," ใน วารสารโรคติดต่อ.
10(4) : 370-384 ; 2527.
- ไพโรจน์ นิงสานนท์. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2530. กรุงเทพฯ : กองติดต่อทั่วไป
กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2530.
- ไพศาล หวังพานิช. วิธีการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ ประสานมิตร, 2531. อัดสำเนา.
- ภัทรพร ชำนาญกิจ. "การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับประชาชน," ใน การ
สาธารณสุขมูลฐาน. หน้า 55-63. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
. อาเซียน, 2526. อัดสำเนา.
- ยุวดี ฤชา และคนอื่น ๆ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิกตอรี
เพาเวอร์พอยท์, 2531.
- วรรณิ จันทรสว่าง และสุชาติ วิไชยคำมาตย์. การศึกษาความรู้ ทักษะ และการ
ปฏิบัติของมารดา เกี่ยวกับการภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กวัยทารก ถึงวัยก่อนเรียน ใน
เขตจังหวัดสงขลา. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล 2527.
อัดสำเนา.

- วันเพ็ญ วิสุวรรณ. เปรียบเทียบผลการให้สุศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุศึกษาและการให้สุศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ศากุน ปวีณวัฒน์. ประสิทธิผลของวิธีการสุศึกษา 2 วิธี ในการส่งเสริมให้คนงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดังในโรงงาน ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีนวล นุ่มเจริญ. "การสอนสุขภาพอนามัยโดยการเยี่ยมบ้าน," ใน เอกสารการสอนวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย. หน่วยที่ 8. หน้า 337-338. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- ศรีเมือง ศรีนวลนัด. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับและไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคหัด ในเด็กอายุ 1-2 ปี ของจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2531. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. "โครงการวิจัยประเมินผลสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ," เอกสารรายงานการประชุมสัมมนา ครั้งที่ 44 เรื่องการเตรียมการประเมินผลทศวรรษแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน. ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน อาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล, 23-25 มีนาคม 2530.
- สมจิต ปทุมานนท์ และคนอื่น ๆ. สาเหตุที่เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคตามนัด ที่ศูนย์อนามัยบางเขน กรุงเทพฯ. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อัดสำเนา.
- สมชาย สุนันธุ์นิช. หลักการระบาดวิทยาและการควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามมิตร, 2519.
- สมบูรณ์ ขอสกุล. เปรียบเทียบการจัดโปรแกรมสุศึกษา และการให้สุศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหน้าท้อง ทางนรีเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.

- สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์. พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์
สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทย : การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงาน
การวิจัย กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517. อัดสำเนา.
- สาธารณสุข, กระทรวง. การพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : กองงานวิทยาลัย
พยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2522.
- _____ . การอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2523.
- _____ . แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2524-2529). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2524.
- _____ . แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2530.
- _____ . รายงานประจำปี กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ 2532.
กรุงเทพฯ : กองโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, สำนักงาน. รายงานผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ปี 2531-2533. อุดรธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2533.
- สุนันทา คำพอ. การเปรียบเทียบการสอนอย่างมีแบบแผน และการสอนตามปกติแก่ผู้ป่วย
ต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามารัตน. วิทยานิพนธ์ จว.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.
- สุรางค์ โค้วตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2533.
- สุริย์ จันทร์โมลี. วิธีการทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์,
2527.
- สำลี เปลียนบางข้าง. "สาธารณสุขมูลฐาน : องค์ประกอบ กลวิธีสนับสนุนและรูปแบบ,"
ใน การสาธารณสุขมูลฐาน. หน้า 30-37. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุข
มูลฐานอาเซียน, 2526. อัดสำเนา.

- อนงค์ทิพย์ ดุสยไชย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มวิชาชีพตามแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่ภิกษุป่วยเป็นวัณโรคปอด โรงพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- อรชร ณ ระนอง. ความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขในการให้ความรู้ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก แก่หญิงหลังคลอด โดยการเยี่ยมบ้าน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522. อัดสำเนา.
- อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ, ร.ท. ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อรพินท์ สิงห์เดช, อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ และพูนสุข ชัยทอง. ความรู้และทัศนคติของบิดา มารดา และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กวัยก่อนเรียน ในเขตพัฒนาไทกรุงเทวมหานคร. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

Barrow, Marzorie and Joan Lancaster. "In-service Training for Health visitors," Health Education Journal. 45(2) : 107-109 ; 1986.

Becker, H. Marshall. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," Health Education Monographs. 2 (4) : 409-417 ; 1974.

Boerma, J. Ties and others. "Immunization : Levels, Trend and differentials," Demograph and Health Surveys Comparative Studies No. 1. Maryland USA : Institute for Resource Development/Macro System, Inc. Columbia, 1990.

- Byrne, Monica and F.J. Bennett. Community Nursing in Developing Countries. 2nd ed. Walton Street : Oxford University Press, 1986.
- Dwe, Myitzu. Comparative Study of Expanded Program on Immunization Preformance in The Kingdom of Thailand and Union of Myanmar. Master's Thesis. Bangkok : Mahidol University, 1990. photocopied.
- Fisher, Kevin F and others. "Health Education and Health Promotion : an Australian Perspective," Health Education Journal. 45 (2) : 95-97 ; 1986.
- Gallagher, Beverly Medeiros. "Nursing Role in Home Care," Community Health Nursing : Keeping the Public Health. 3rd ed. Philadelphia : F.A.Davis Company, 1983.
- Green L W. "Health Promotion Policy and the Placement of Responsibility for Personal Health Care," Family and Community Health. 2(3) : 51-63 ; 1979.
- Jarvis, Linda L. "Health Education in Community Health Nursing," 3rd ed. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.
- _____. "Health and Illness," Community Health Nursing : Keeping the Public Health. 3rd ed. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.
- Keja, ko and others. "Expanded Programme on Immunization," World Health Statistics Quart. 41(2) : 59-63 ; 1988.
- Kirscht, John P. "The Health Belief Model and Predictions of Health Action," in Health Behavior : Emerging Research Perspectives. New York : Plenum Press, 1988.

Ministry of Public Health, Mahidol University and Bangkok

Metropolitan Administration. EPI Coverage Survey Thailand 1990. Bangkok : The ASEAN Institute for Health Development Mahidol University. 1990.

Morgan, Sarah and others. "Knowledge of Infections Disease and Immunization Among Asian and White Parents," Health Education Journal. 46(4) : 177-179 ; 1986.

Rosenstock, I.M. "Historical Grigins of The Health Belief Model," Health Education Monographs. 2(4) : 328-335 ; 1974.

WHO. "Vaccine and when to give them," Immunization in Practice : A guide for health worker who give vaccine. Geneva Switzerland : n.p. 1984.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบประเมินความรู้และการรับรู้เรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

แผนการสอนสุขศึกษาตามการประเมินสภาพปัญหา และความต้องการ

แบบประเมินความรู้ และการรับรู้ของมารดาหลังคลอดด้วยการสัมภาษณ์

ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับวัคซีน และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์ของมารดา จำนวน 5 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ของมารดาในเรื่องวัคซีนและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 38 ข้อ
2. แบบประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 23 ข้อ

คำชี้แจงในการสัมภาษณ์

1. ในการสัมภาษณ์ ห้ามผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามนำ
2. ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามทุกข้อให้มารดาฟัง โดยไม่อธิบายเพิ่มเติม
3. ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ หรือกรอกข้อความลงในแบบประเมิน

ให้ครบถ้วนทุกข้อ ตามคำตอบของมารดา

สัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.ถึง.....น.

ชื่อมารดาผู้ให้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อ.เมือง จ.อุดรธานี

สถานที่ใกล้เคียง.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

ผู้ตรวจแบบประเมิน.....

แบบประเมินความรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวมารดาและครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

คำแนะนำ ให้ผู้สัมภาษณ์ถามมารดาตามข้อความที่กำหนดให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

ตามคำตอบของมารดา

1. ขณะนี้ท่านมีอายุเท่าใด

15 - 19 ปี

20 - 24 ปี

25 - 29 ปี

30 - 34 ปี

35 - 39 ปี

40 - 44 ปี

45 - 49 ปีขึ้นไป

2. ท่านจบการศึกษาชั้นใด

ไม่ได้เรียน

ป.1 - ป.4 หรือ ป.7 หรือ ป.6

ม.1 - ม.3 หรือ ม.6

สูงกว่า ม.6

3. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพอะไร

ทำงานนอกบ้าน ได้แก่

รับราชการ

รับจ้าง

ค้าขายนอกบ้าน

เกษตรกรรม

ทำงานในบ้าน ได้แก่

แม่บ้าน

รับจ้าง

ค้าขายในบ้าน

4. ครอบครัวของท่านมีรายได้ต่อเดือนเป็นเงินเท่าไร

- ต่ำกว่า 1,500 บาท
- 1,500 - 4,999 บาท
- ตั้งแต่ 5,000 บาท ขึ้นไป

5. ขณะนี้ท่านมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมดกี่คน

- 1 คน
- 2 คน
- 3 คน
- มากกว่า 3 คน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจของมารดาในเรื่องวัคซีนและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน การเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของวัคซีน จำนวน 38 ข้อ

- คำแนะนำ**
1. ให้ผู้สัมภาษณ์ถามมารดาตามข้อความที่กำหนดให้ โดยไม่อ่านคำตอบ คำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามคำตอบของมารดา
 2. คำถามบางข้อ ตอบถูกต้องมากกว่า 1 คำตอบ ให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้องคำตอบละ 1 คะแนน

1. ท่านทราบหรือไม่ว่าในเด็กแรกเกิด - 1 ปี มีโอกาสที่จะเป็นโรคติดต่อ

อะไรบ้าง

- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ทราบได้แก่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | คอตีบ | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | ไอกรน | | |
| <input type="checkbox"/> | บาดทะยัก | | |
| <input type="checkbox"/> | โปลิโอ | | |
| <input type="checkbox"/> | วัณโรค | | |
| <input type="checkbox"/> | หัด | | |

2. มีโรคติดต่อในเด็กโรคใดบ้างที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

- | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ทราน ไดแก | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | คอตีบ | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | ไอกรน | | |
| <input type="checkbox"/> | บาดทะยัก | | |
| <input type="checkbox"/> | โปลิโอ | | |
| <input type="checkbox"/> | วัณโรค | | |
| <input type="checkbox"/> | หัด | | |

3. ท่านทราบหรือไม่ว่าอาการของโรคคอตีบเป็นอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | มีไข้ | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | เจ็บคอ | | |
| <input type="checkbox"/> | กลืนอาหารไม่ได้ | | |
| <input type="checkbox"/> | หายใจไม่ออก | | |
| <input type="checkbox"/> | มีแผ่นฝ้าสีขาวในลำคอ | | |

4. ท่านทราบหรือไม่ว่าอาการของโรคคอตีบที่เป็นอันตรายมากที่สุดคืออะไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ทราบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | หายใจไม่ออก | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | เจ็บคอ | | |

5. โรคคอตีบติดต่อกันได้โดยวิธีใด

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | การหายใจ ไอจามรดกัน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

6. วิธีป้องกันไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคคอตีบ ทำอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ป้องกันโดยฉีดวัคซีน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่ให้เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

7. โรคไอกรน มีอาการเป็นอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ไอตัวอ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไอติดต่อกันเป็นชุดเป็นมากตอนกลางคืน | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | เวลาหยุดไอจะหายใจเข้าเสียงดังวูบ | | |

8. อาการรุนแรงของโรคไอกรน ที่เป็นอันตรายมากที่สุดคืออะไร

- | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | เลือดออกที่ตา | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ปอดบวม | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | ชัก | | |
| <input type="checkbox"/> | เลือดออกในสมอง | | |

9. โรคไอกรนติดต่อกันได้ โดยวิธีใด

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ติดต่อทางน้ำมูก น้ำลาย เสมหะของผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | การไอ จาม รดกัน | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | การคลุกคลีกับผู้ป่วย | | |

10. วิธีป้องกันไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคไอกรนทำได้อย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ป้องกันโดยการฉีดวัคซีน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่ให้เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

11. โรคระบาดมีอาการเป็นอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ชัก ตัวเกร็งแข็ง หลังแอ่น | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ขากรรไกรแข็ง เด็กดูดนมไม่ได้ | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

12. อาการรุนแรงของโรคบาดทะยัก ที่เป็นอันตรายมากที่สุด คืออะไร

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | กลืนอาหารไม่ได้ ขาดอาหาร | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ปวดบวม | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | ตาย | | |

13. โรคบาดทะยักเกิดขึ้นได้อย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | เชื้อโรคเข้าทางบาดแผล | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | เชื้อโรคเข้าทางสะดือเด็กแรกเกิด | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

14. วิธีป้องกันไม่ให้เด็กเป็นโรคบาดทะยัก ทำได้อย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ป้องกันโดยการฉีดวัคซีน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | รักษาความสะอาดสะดือเด็กหรือบาดแผล | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

15. โรคโปลิโอ มีอาการเป็นอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ขาอ่อนปวกเปียก ไม่มีแรง | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | เป็นอัมพาตของแขน ขา | | |

16. อาการรุนแรงของโรคโปลิโอ ที่เป็นอันตรายมากที่สุด คืออะไร

- | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | พิการตลอดชีวิต | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ตาย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

17. โรคโปลิโอ ติดต่อกันได้โดยวิธีใด

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | โดยทางหายใจ น้ำมูก น้ำลาย | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | กินอาหารที่มีเชื้อโรคเข้าไป | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

18. วิธีป้องกันไม่ให้เด็กเป็นโรคโปลิโอ ทำได้อย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ป้องกันโดยกินวัคซีน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่让孩子ไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

19. วัคซีนโรคโปลิโอ มีอาการเป็นอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไอเรื้อรัง ผอม | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด | | |

20. อาการรุนแรงของวัคซีนโรค ที่เป็นอันตรายมากที่สุดคืออะไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | หอบ | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

21. วัคซีนโรคติดต่อกันได้โดยวิธีใด

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ทางเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ไอ จามรดกัน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | การสัมผัสสิ่งของของเครื่องใช้ผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

22. วิธีป้องกันไม่ให้เด็กเป็นวัณโรค ทำได้อย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ป้องกันโดยการฉีดวัคซีน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่ให้เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

23. โรคหัด มีอาการเป็นอย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | มีไข้สูง ชิม | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ตาแดง | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | ไอบ่อย | | |
| <input type="checkbox"/> | มีผื่นแดง เล็ก ๆ ขึ้นตามหน้าและลำตัว | | |
| <input type="checkbox"/> | มีจุดแดง เล็ก ๆ ในกระพุ้งแก้ม | | |

24. มีอาการรุนแรงของโรคหัด ที่เป็นอันตรายมากที่สุด คืออะไร

- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | หน้าหนาว | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ปอดบวม | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> | สมองอักเสบ | | |

25. โรคหัดติดต่อกันได้โดยวิธีใด

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | อาการไอ จาม รดกัน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

26. วิธีป้องกันไม่ให้เด็กเป็นโรคหัด ทำได้อย่างไร

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ป้องกันโดยการฉีดวัคซีน | <input type="checkbox"/> | ไม่ทราบ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่ให้เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ ระบุ..... |

27. เด็กอายุแรกเกิด - 1 ปี จำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ

ไอกรน บาดทะยัก โปлио วัณโรค และหัด หรือไม่

จำเป็น

ไม่จำเป็น

ไม่ทราบ

28. การนำบุตรไปรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ ควรเริ่มเมื่ออายุเท่าไร

2 - 3 เดือน

ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ.....

29. เด็กอายุแรกเกิด - 1 ปี จะต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ ทั้งหมดกี่ครั้ง

3 ครั้ง

ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ.....

30. การฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคครั้งแรก ควรเริ่มฉีดเมื่ออายุเท่าไร

แรกเกิด

ไม่ทราบ

พร้อมกับวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ

อื่น ๆ ระบุ.....

ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ

31. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ควรฉีดเมื่อเด็กอายุเท่าไร

9 - 12 เดือน

ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ.....

32. การพาเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ
แต่ละครั้ง เว้นระยะห่างกันเท่าใด

2 เดือน

ไม่ทราบ
 อื่น ๆ ระบุ.....

33. หลังจากที่ได้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ
ครบ 3 ครั้งแล้ว จะต้องได้รับการฉีดกระตุ้นซ้ำอีกกี่ครั้ง

2 ครั้ง

ไม่ทราบ
 อื่น ๆ ระบุ.....

34. เมื่อฉีดวัคซีนครบชุดแล้ว ต้องนำเด็กมารับการฉีดวัคซีน กระตุ้นซ้ำ ครั้งที่ 1
เมื่ออายุเท่าใด

ปีครึ่ง - 2 ปี

ไม่ทราบ
 อื่น ๆ ระบุ.....

35. เมื่อฉีดวัคซีนครบชุดแล้ว ต้องนำเด็กมารับการฉีดวัคซีน กระตุ้นซ้ำ ครั้งที่ 2
เมื่อเด็กอายุเท่าใด

4 - 7 ปี

ไม่ทราบ
 อื่น ๆ ระบุ.....

36. ถ้าเด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ
ไม่ครบตามจำนวนครั้ง ที่กำหนดร่างกายของเด็กจะสร้างภูมิต้านทานโรค ได้หรือไม่

ไม่ได้

ได้
 ไม่ทราบ.....

37. ภายหลังจากที่เด็กได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว เด็กอาจจะมีอาการไม่สบาย
อย่างไร ซึ่งถือว่างเป็นเรื่องปกติ

มีไข้ตัวร้อน

ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ.....

38. ถ้าเด็กมีไข้ ตัวร้อนหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน ควรปฏิบัติอย่างไร

เช็ดตัวให้เด็ก

ไม่ทราบ

ให้ยาลดไข้ ที่ได้รับมาจากเจ้าหน้าที่

อื่น ๆ ระบุ.....

ตัวอย่างแบบประเมินการรับรู้ของมารดาโดยการสัมภาษณ์

แบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการนำบุตรไปรับ
ภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 23 ข้อ

คำแนะนำ ให้ผู้สัมภาษณ์ถามมารดาตามข้อความที่กำหนดให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของมารดาที่ตอบข้อความนั้น ๆ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. วัคซีนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็ก					
2. วัคซีนสามารถป้องกันโรคติดต่อ ให้แก่เด็กได้					
3. เด็กที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ อยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน ป้องกันโรคอีก					
4. เด็กที่กินนมแม่จะมีภูมิต้านทานโรค อยู่แล้ว ไม่ต้องพาไปรับวัคซีน ป้องกันโรคอีก					
5. ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และ หัดเหล่านี้ เด็กจะได้รับจาก มารดาตั้งแต่อยู่ในครรภ์แล้ว					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. ถ้าเด็กไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค เด็ก จะมีโอกาสเป็นโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และ หัด ได้ง่าย					
7. เด็กอายุแรกเกิด - 1 ปี ควร ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และหัดทุกคน					
8. เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 เดือน มักจะป่วยเป็นโรคคอตีบ ไอกรน โปลิโอ					
9. โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และหัด เป็นโรค ที่มีอันตรายสำหรับเด็ก					
10. ภูมิคุ้มกันโรคที่เด็กได้รับจาก มารดาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ สามารถ ป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต					
11. เด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค และหัด ไม่ว่าจะครบหรือ ไม่ครบ ก็จะไม่เป็นโรค					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. ถ้านำเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлиоเพียงครั้งเดียวก็สามารถป้องกันโรคได้					
13. เด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอแล้ว จะไม่เป็นโรคเหล่านี้ แม้ว่าจะมีการระบาดของโรคเกิดขึ้น					
14. ไม่ควรนำเด็กป่วยไปรับวัคซีนป้องกันโรค					
15. อาการมีไข้ต่ำ ๆ หลังจากที่ได้เด็กได้รับวัคซีนแล้ว ไม่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อเด็ก					
16. เด็กที่มีอาการไข้ต่ำ ๆ หลังจากที่ได้รับวัคซีน ถือเป็นเรื่องปกติ					
17. เด็กที่ได้รับวัคซีนครบชุดตามกำหนด จะสามารถป้องกันโรคได้ดีกว่าได้รับไม่ครบ					
18. ควรนำเด็กมารับวัคซีนเฉพาะเมื่อมีโรคระบาดเท่านั้น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
19. มารดาไม่นำบุตรไปรับวัคซีน					
ป้องกันโรคเพราะคิดว่า วัคซีน ไม่สามารถป้องกันโรคได้จริง					
20. มารดาไม่สนใจที่จะนำบุตรไปรับ วัคซีนป้องกันโรค เพราะกลัวว่า จะทำให้บุตรไม่สบาย					
21. มารดาไม่นำบุตรไปรับวัคซีน ป้องกันโรคเพราะ ไม่รู้เรื่องโรค และอันตรายของโรค					
22. การนำบุตรไปรับวัคซีนป้องกันโรค ทำให้เสียเวลาทำมาหากินของ มารดา					
23 คำแนะนำหลังจากได้รับวัคซีนจาก เจ้าหน้าที่มีประโยชน์สำหรับ มารดา					

แบบประเมินปัญหาและความต้องการของมารดา

ชื่อมารดา _____ อายุ _____ ครรภ์ที่ _____

ผู้ประเมิน _____ วันที่ _____ เวลา _____

ข้อมูลทั่วไปของมารดาและครอบครัว _____

ข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์	พฤติกรรมสุขภาพที่ ได้จากการสังเกต	ปัญหาและความต้องการ ที่ประเมินได้	ขอบเขตของเนื้อหา และสื่อศึกษา

แผนการสอนสุขศึกษา

เรื่อง วัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ผู้ฟัง มารดาหลังคลอด จำนวน.....คน พื้นฐานความรู้.....

เวลาที่ใช้ในการสอน.....นาที สถานที่.....

ผู้สอน.....

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมตามสภาพปัญหาทางด้านความรู้และการรับรู้ในเรื่องวัคซีนและกลุ่มโรคเป้าหมายที่ประเมินได้จากมารดาเป็นรายบุคคล	<p>วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ มีความสำคัญในการป้องกันโรคในเด็กแรกเกิด-1 ปี ซึ่งเด็กจะต้องได้รับการฉีดวัคซีนนี้เมื่อเด็กอายุได้ 2 เดือน และฉีดให้ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 เดือน และฉีดกระตุ้นอีก 2 ครั้งหลังจากฉีดชุดแรกครบแล้ว 1-1 ปีครึ่ง และก่อนจะเข้าโรงเรียน วัคซีนป้องกันวัณโรคจะฉีดให้ในเด็กแรกเกิด ส่วนวัคซีนป้องกันโรคหัดจะฉีดเมื่อเด็กอายุ 5-12 เดือน หลังจากที่เด็กได้รับวัคซีนแล้วแต่ละครั้ง เด็กอาจมีอาการตัวร้อน มีไข้ ให้มารดาเช็ดตัวด้วยน้ำเย็นธรรมดา หรือให้ยาลดไข้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่</p>	เลือกวิธีการสอน และสื่อการสอนให้เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ของมารดาแต่ละคน	กำหนดเกณฑ์และวิธีการประเมินผลให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดในการสอนมารดาเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>กลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ ด้วยวัคซีน</p> <p>โรคคอตีบ เป็นโรคติดต่อ อันตราย มีระบาดในฤดูหนาว ในประเทศไทยพบประปราย ตลอดปีมักเกิดกับเด็กอายุ 1-10 ปี มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใดด้วย อาการไข้ เจ็บคอ กลืนอาหาร ไม่ได้ มักมีอาเจียร และ ครั่นเนื้อครั่นตัว ต่อมาหายใจ ลำบาก ไอมีเสียงแหบ อาจชัก หมดสติ หรือตายได้ ตรวจพบ ต่อมทอลซิลโตแดง อ้าปากดูคอ จะพบแผ่นฝ้าสีขาวติดที่ทอลซิล เขียวออกยาก และทำให้มีเลือด ออก หายใจลำบาก หรือ หายใจหอบ</p> <p>สาเหตุเกิดจากเชื้อคอตีบ ซึ่งมีอยู่ในน้ำมูก น้ำลายเสมหะ ของผู้ป่วย ติดต่อกับหายใจ</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>รดกัน ถ้ามีอาการรุนแรงมาก จะพบอัมพาตของกล้ามเนื้อ ประสาทอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจ อักเสบ</p> <p>การป้องกัน โดยการฉีด วัคซีนตีฟิ์ และไม่ให้เด็กไป คลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็นโรคนี</p> <p>โรคบาดทะยัก</p> <p>พบในเด็กทารกที่ตัด สายสะดือด้วยไม้รวก มีไข้ เล็กน้อย ขาเกร็งกระแข็งจน อ้าปากไม่ได้ กลืนลำบาก ถ้าเป็นในทารกจะดื่มนมไม่ได้ ตรวจพบมีบาดแผลอักเสบ หรือ สะดืออักเสบ หลังแข็ง ชักตัว แข็ง ถ้ามีอาการรุนแรง จะมี อาการขาดอาหาร และกลืน อาหารไม่ได้ ถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะไม่ได้ ปอดบวม หยุดหายใจจากการชักเกร็งของ</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>กล้ามเนื้อหน้าอก กระดูกสันหลัง หักจากการชกต่าย</p> <p>การป้องกัน ฉีดวัคซีนดีพีทีให้ กับเด็ก เมื่อมีบาดแผลถูกตะปู หรือหนามตำ หรือบาดแผล สกปรก ต้องไปฉีดยากัน บาดทะยัก และในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 7 เดือนขึ้นไปต้องฉีด วัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน เพื่อป้องกัน ไม่ให้เป็นบาดทะยักในเด็กทารก</p> <p>โรคไอกรน</p> <p>อาการ มีไข้ต่ำ ๆ คล้าย หวัดนำมาก่อน 10-14 วัน ต่อมามีการไอตัวงอ ไอติดต่อกัน เป็นชุด เป็นมากตอนกลางคืน ทุกคืน เมื่อหยุดไอจะหายใจ เสียงดังวูบ ถ้าไอมากเส้นเลือด ที่คอจะโป่ง มักจะอาเจียรด้วย เสมอ ถ้ามีอาการรุนแรงจะพบ</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>เลือดออกใต้ตาขาว หนองน้ำหนวก ถ้าไอรุนแรงมาก อาจมีเลือด ออกในสมอง อาจพบปอดบวม แทรกซ้อน ซึ่งถ้าเป็นใน เด็กอ่อนอาจตายได้ โรคนี้ ติดต่อโดยการไอ หรือจามรดกัน การป้องกัน โดยการฉีด วัคซีนคอตีบ และไม่ให้เด็กไป คลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้</p> <p>โรคโปลิโอ</p> <p>อาการ ในระยะแรกมีไข้ คล้ายไข้หวัด มีอาการท้องเดิน หรือท้องผูกนำมาก่อน 5-10 วัน เมื่อหายจากไข้แล้ว ขาเด็กจะ ไม่มีแรง หรือเดินไม่ได้เลย อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง อาการรุนแรงของโรคนี้ คือ พิการตลอดชีวิต หรือตาย โรคนี้ ติดต่อโดยการหายใจเอาน้ำมูก หรือน้ำลาย หรือกินอาหารที่มี</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>เชื้อเข้าไปในร่างกาย</p> <p>การป้องกัน โดยให้กินวัคซีน 2-3 ครั้ง ตามกำหนดของการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ ไม่ให้เด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วยที่ เป็นโรคนี้</p> <p>วัณโรค</p> <p>อาการ มักจะค่อย ๆ เป็น ด้วยการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือเป็นไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่าย มีอาการไอแห้ง ๆ ในระยะแรก ต่อมาจึงไอมี เสมหะ และจะไอเรื้อรังเป็น แรมเดือน ในรายที่เป็นรุนแรง จะหายใจหอบ และไอเป็นเลือด โรคนี้เกิดจากเชื้อวัณโรค ที่อยู่ ในเสมหะ หรือน้ำลายของผู้ป่วย ติดต่อโดยการหายใจรดกัน หรือ โดยทางอาหาร</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>การป้องกัน โดยฉีดวัคซีน บีซีจีให้แก่เด็กตั้งแต่แรกเกิด เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและ แยกเด็กออกจากผู้ป่วย</p> <p>โรคหัด</p> <p>โรคนี้นพบมากในเด็กอายุต่ำ กว่า 10 ปี ระบาดมากตอน ปลายฤดูหนาว ถึงต้นฤดูร้อน สามารถแพร่กระจายได้รวดเร็ว อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด เริ่มต้นคล้ายไข้หวัด แต่มีไข้สูง ตลอดเวลา ซึม เบื่ออาหาร ตาแดง น้ำมูก เกราะกรังและ ไอน้ำ หลังจากรักษา 3-4 วัน จะมีผื่นแดง ๆ เล็ก ๆ ขึ้นตาม หน้า และลำตัว อาจพบจุดแดง เล็ก ๆ ในกระพุ้งแก้ม</p> <p>ถ้าอาการไม่รุนแรง อาการ ทั่วไปจะหายไปพร้อมกับผื่น ถ้าอาการรุนแรงจะมีอาการ</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีสอนและสื่อการสอน	การประเมินผล การสอน
	<p>แทรกข้อที่สำคัญคือ ปอดบวม หน้าหนาว สมออักเสบ โรคนี้ เกิดจากเชื้อหัด ที่มีอยู่ในน้ำมูก น้ำลายของคนไข้ ติดต่อกันโดย ไอหรือจามรดกัน</p> <p>การป้องกัน โดยฉีดวัคซีน ป้องกันโรคหัด และแยกเด็กป่วย ออกต่างหาก ไม่ให้ปะปนกับ เด็กอื่น</p>		

หมายเหตุ สารเนื้อหาของวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนนี้ สามารถ
ดัดแปลงนำไปใช้ในการสอนมารดาตามสภาพปัญหาและความต้องการที่ประเมินได้

ภาคผนวก ข

ค่าสถิติจากการวิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนการตอบแบบประเมินความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน และโรคที่
ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ก่อนและหลังการทดลองของมารดาในกลุ่มทดลอง

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ความรู้	การรับรู้	ความรู้	การรับรู้
1	11	72	58	81
2	9	70	44	74
3	16	83	56	90
4	8	88	48	96
5	11	69	53	85
6	22	90	68	94
7	13	84	41	92
8	9	72	45	99
9	24	85	73	92
10	16	89	58	98
11	7	68	41	90
12	18	93	65	96
13	9	79	52	94
14	5	77	48	85
15	12	94	56	104
16	8	74	44	84
17	11	88	46	92
18	9	89	53	98

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ความรู้	การรับรู้	ความรู้	การรับรู้
19	7	73	39	89
20	11	91	59	94
21	8	84	39	100
22	17	83	63	85
23	22	95	65	111
24	5	80	54	96
25	17	90	59	107
26	22	101	56	108
27	9	77	39	98
28	18	100	67	107
29	7	82	45	90
30	17	96	65	104
31	12	89	73	96
32	7	82	48	91
33	22	99	63	107
34	9	74	52	85
35	24	97	67	106
36	18	91	62	96

คะแนนการตอบแบบประเมินความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน และโรคที่
ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ก่อนและหลังการทดลองของมารดาในกลุ่มควบคุม

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ความรู้	การรับรู้	ความรู้	การรับรู้
1	11	78	43	82
2	21	82	47	87
3	25	98	58	102
4	19	93	42	97
5	23	91	56	98
6	17	86	40	90
7	16	87	45	101
8	10	83	36	91
9	6	76	42	80
10	14	88	32	96
11	19	77	47	82
12	21	92	51	94
13	26	102	46	112
14	16	79	32	82
15	17	80	42	93
16	14	79	43	84
17	19	83	45	89
18	23	90	59	96

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ความรู้	การรับรู้	ความรู้	การรับรู้
19	16	81	36	88
20	3	68	33	79
21	19	91	56	106
22	15	86	31	92
23	25	100	53	106
24	10	79	29	82
25	17	89	46	95
26	15	89	42	94
27	11	81	36	89
28	6	73	32	79
29	14	86	43	93
30	17	88	36	90
31	21	90	56	95
32	16	77	42	83
33	19	78	46	86
34	10	62	31	76
35	6	67	28	79
36	21	89	51	93

ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้กลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
x	f	fx	x ²	fx ²	x	f	fx	x ²	fx ²
62	1	62	3844	3844	76	1	76	5776	5776
67	1	67	4489	4489	79	3	237	6241	18723
68	1	68	4624	4624	80	1	80	6400	6400
73	1	73	5329	5329	82	4	328	6724	26896
76	1	76	5776	5776	83	1	83	6889	6889
77	2	154	5929	11858	84	1	84	7056	7056
78	2	156	6084	12168	86	1	86	7396	7396
79	3	237	6241	18723	87	1	87	7569	7569
80	1	80	6400	6400	88	1	88	7744	7744
81	2	162	6561	13122	89	2	178	7921	15842
82	1	82	6724	6724	90	2	180	8100	16200
83	2	166	6889	13778	91	1	91	8281	8281
86	3	258	7396	22188	92	1	92	8464	8464
87	1	87	7569	7569	93	3	279	8649	25974
88	2	176	7744	15488	94	2	188	8836	17672
89	3	267	7921	23763	95	2	190	9025	18050
90	2	180	8100	16200	96	2	192	9216	18432
91	2	182	8281	16562	97	1	97	9409	9409
92	1	92	8464	8464	98	1	98	9604	9604

ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
x	f	fx	x ²	fx ²	x	f	fx	x ²	fx ²
93	1	93	8649	8649	101	1	101	10201	10201
98	1	98	9604	9604	102	1	102	10404	10404
100	1	100	10000	10000	106	2	212	11236	22472
102	1	102	10404	10404	112	1	112	12544	12544
		Σfx 3018	Σfx^2 255726				Σfx 3261	Σfx^2 297971	

$$\bar{X} = 83.83$$

$$s^2 = 77.62$$

$$SD = 8.81$$

$$\bar{X} = 90.58$$

$$s^2 = 73.67$$

$$SD = 8.58$$

การทดสอบความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

$$\alpha = .01, \quad df = n-1 = 35, \quad F = 2.423$$

$$= \frac{33.36}{32.88}$$

$$= 1.01$$

ค่าความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทดสอบความแตกต่าง

ของความรู้ และการรับรู้ของมารดา ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

ทดสอบความแตกต่างของความรู้ก่อนการทดลอง

$$\alpha = .01, \quad df = 36+36-2 = 70, \quad t = 2.390$$

$$t = \frac{13.05 - 16.05}{\sqrt{\frac{(36-1) \times 33.36 + (36-1) \times 32.88}{36+36-2} \left\{ \frac{1}{36} + \frac{1}{36} \right\}}}$$

$$= 2.223$$

ทดสอบความแตกต่างของการรับรู้ก่อนการทดลอง

$$\alpha = .01, \quad df = 36+36-2 = 70, \quad t = 2.390$$

$$\alpha = .05 \quad t = 1.671$$

$$t = \frac{87.67-83.33}{\sqrt{\frac{(36-1) \times 88.06 + (36-1) \times 77.62}{36+36-2} \left\{ \frac{1}{36} + \frac{1}{36} \right\}}}$$

$$= 0.847$$

ทดสอบความแตกต่างของความรู้หลังการทดลอง

$$t = \frac{54.55-42.72}{\sqrt{\frac{(36-1) \times 99.56 + (36-1) \times 69.88}{36+36-2} \left\{ \frac{1}{36} + \frac{1}{36} \right\}}}$$

$$= 5.481$$

ทดสอบความแตกต่างของการรับรู้หลังการทดลอง

$$t = \frac{94.83-90.58}{\sqrt{\frac{(36-1) \times 72.20 + (36-1) \times 73.67}{36+36-2} \left\{ \frac{1}{36} + \frac{1}{36} \right\}}}$$

$$= 2.122$$

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางลีลา ชูวานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	5 ตุลาคม 2493
ที่อยู่ปัจจุบัน	11/9 ซอยโพธิ์พิสัย 3 ถนนโพธิ์พิสัย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	วิทยากร 6 หัวหน้าแผนกการพยาบาล อนามัยชุมชน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โทร. 042-22731
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2515 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพฯ พ.ศ. 2521 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2534 ศึกษาศาสตร์บัณฑิต (บริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2535 การศึกษามหาบัณฑิต (เอกสุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประสิทธิผลของการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับการศึกษาตามปกติ
ต่อการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคของมารดาในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

ของ

ลีลา ชูวานนท์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา

เมษายน 2535

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาถึง ผลสัมฤทธิ์ของการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน กับการให้สุขศึกษาตามปกติ ต่อการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ของมารดาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ หญิงหลังคลอดที่มีกำหนดคลอดระหว่าง วันที่ 25 ธันวาคม 2534 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2535 ที่อยู่ในเขตตำบลหม่ม่น ตำบลปากดง ตำบลบ้านเลื่อม และตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 72 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และแผนการสอนสุขศึกษาสำหรับมารดา ซึ่งพัฒนาจากการประเมินปัญหา และความต้องการของมารดาเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นมาตรฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์มารดาทั้ง 2 กลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พร้อมกับติดตามการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านและมารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ มีความรู้มีเรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง
2. มารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านมีความรู้เรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง มากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. มารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านและมารดาที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ มีการรับรู้เรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. มารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านมีการรับรู้เรื่องวัคซีน และกลุ่มโรคเป้าหมายที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง มากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. มารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาโดยการเยี่ยมบ้านนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค มากกว่ามารดาที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

THE EFFECTIVENESS OF OUTREACH HEALTH EDUCATION AND
REGULAR HEALTH EDUCATION FOR MATERNITY RELATING TO
IMMUNIZATION, AMPHOE MUANG CHANGWAT UDON THANI

AN ABSTRACT

BY

LEELA DHUWANON

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University

April 1992

The objectives of this study are to determine the effectiveness of outreach health education and regular health education for maternity relating to child immunization in Amphoe muang Changwat Udonthani. Seventy two samples were postnatal women who lived in Tambon Sampraw Tambon Mumon Tambon Banleum and Tambon Pakdong. The samples were randomly assigned to an experimental group and a control group. Each group were consisted of 36 maternals. Research instrument in this research were a structured interviewing questions containing knowledge and perception assesment about vaccine and the target diseases, and health education planning for maternal which developed from the Health Belief Model concepts. Data were colleted from both groups by interview before and after health education intervention and follow up immunization of their babies.

The results were as follows :

1. The total score of knowledge about vaccine and target diseases of the experimental group and the control group before the experiment were not significantly different, but after experiment the both groups were statistically higher than before experiment.

2. After the experiment, the total score of knowledge about vaccine and target diseases of the experimental group was statistically higher than the control group.

3. The total score of perception about vaccine and target diseases of the experimental group and the control group before the experiment were not significantly different, but after experiment the both groups were statistically higher than before experiment.

4. After the experiment, the total score of perception about vaccine and target diseases of the experimental group was statistically higher than the control group.

5. After health education intervention, the experimental group had significantly higher percentage of immunization for their babies than a control group.