



จิตลักษณะ การปฏิบัติ และผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก: การวิจัยแบบผสมวิธี

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS, PRACTICE AND EFFECTIVENESS OF
PROMOTION PROGRAM ON PREVENTIVE BEHAVIOR OF HAND, FOOT AND MOUTH
DISEASE AMONG CAREGIVERS: MIXED METHODS RESEARCH

อิสรา จูมมาลี

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2561

จิตลักษณะ การปฏิบัติ และผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อ
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก: การวิจัยแบบผสมวิธี



ปริญญาานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (วท.ม./ปร.ด.)
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS, PRACTICE AND EFFECTIVENESS OF
PROMOTION PROGRAM ON PREVENTIVE BEHAVIOR OF HAND, FOOT AND
MOUTH DISEASE AMONG CAREGIVERS: MIXED METHODS RESEARCH



ISSARA CHUMMALEE

A Dissertation Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for DOCTOR OF PHILOSOPHY (M.S./Ph.D. (Applied Behavioral Science Research))
INSTITUTE OF RESEARCH IN BEHAVIORAL SCIENCE Srinakharinwirot University

2018

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

จิตลักษณะ การปฏิบัติ และผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก: การวิจัยแบบผสมวิธี

ของ

อิสรา จุมมาลี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (วท.ม./ปร.ด.)

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรวม)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา วินิตวัฒนคุณ)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิภากร์ จันประเสริฐ)

..... ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์)

ชื่อเรื่อง	จิตลักษณะ การปฏิบัติ และผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก: การวิจัยแบบผสมวิธี
ผู้วิจัย	อิสรา จุมมาลี
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2561
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชุดา กิจธรรรม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ เริ่มจากระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ร่วมวิจัย จำนวน 7 คน เพื่อนำผลการสัมภาษณ์มาออกแบบการวิจัยในระยะที่ 2 ที่เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.89-0.99 โดยมีการเก็บข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนพาราเมตริก ผลวิจัยระยะที่ 1 พบว่า จิตลักษณะ ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความมั่นใจในการป้องกันโรค ผลกระทบจากโรค ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ผลดีจากการป้องกันโรค และอุปสรรคจากการป้องกันโรค ส่วนบริบททางสังคม ได้แก่ การรับข่าวเรื่องโรค และการได้รับการสนับสนุน ส่วนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการวิจัยระยะที่ 2 สรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : โรคมือเท้าและปาก, ผู้ดูแลเด็ก, พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Title	PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS, PRACTICE AND EFFECTIVENESS OF PROMOTION PROGRAM ON PREVENTIVE BEHAVIOR OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE AMONG CAREGIVERS: MIXED METHODS RESEARCH
Author	ISSARA CHUMMALEE
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2018
Thesis Advisor	Assistant Professor WICHUDA KIJTORNTHAM , Ph.D.

The purposes of this research were to understand the psychological characteristics, social conditions and practice in prevention of Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) among caregivers in a child development center; and to study the effectiveness of the psychological characteristics promotion program on the HFMD preventive behaviors of caregivers. The method used was an exploratory sequential mixed method research with a two-phase design. The first phase was qualitative research and the participants included seven caregivers. The data was collected by in-depth interviews and an analysis of the method of the Miles and Huberman stage. The second phase was a quasi-experimental research. The sample consisted of twenty caregivers; categorized into two groups of ten caregivers in an experimental and a control group. The internal consistency or Cronbach alpha coefficient values for sub-scales ranged from 0.89 to 0.99. The pre-test, post-test and follow-up data were collected from the participants. The descriptive statistics and nonparametric statistics were derived by quantitative analysis of the main features of the information. The results of first phase found the following: 1) psychological characteristics related to HFMD preventive behaviors included knowledge, self-efficacy, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers; 2) the social conditions related to HFMD preventive behaviors included social support and media information; 3) the practice of HFMD preventive behaviors included the personal hygiene of caregivers, childcare and environmental care within the child development center. The results of second phase found the following results: 1) the caregivers in the experimental group had knowledge, self-efficacy, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and HFMD preventive behaviors scores with posttest and follow-up scores that were significantly higher than pretest ($p < 0.05$) and significantly more than the control group ($p < 0.05$); 2) the caregivers in the experimental group had perceived barriers scores at the posttest and follow-up level that were significantly lower than pretest ($p < 0.05$) and significantly less than the control group ($p < 0.05$).

Keyword : Hand Foot and Mouth Disease, Caregiver, HFMD preventive behaviors, Child Care Centre

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตา กรุณา ช่วยเหลือ และความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ตลอดจนการให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการปรับแก้ไขข้อบกพร่องจาก คณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาานิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ ที่ได้ให้ความเมตตา กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือชี้แนะแนวทางในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการทำ ปริญญาานิพนธ์นี้ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา วินิตวัฒนคุณ ประธานสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาสุภกร จันประเสริฐ กรรมการสอบปากเปล่า ที่ได้เสียสละเวลาพร้อมทั้งให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ทำให้ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์และกรรมการบริหารหลักสูตรสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนความรู้ให้แก่ ผู้วิจัย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา ฝั่งโพธิ์สม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาสุภกร จันประเสริฐ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อาจารย์ ดร.ทัศนรินทร์ สว่างบุญ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริติ ปานศิลา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รจเรศ หาญรินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ รองศาสตราจารย์ ดร.พุดมพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการทำการประเมินคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ กำลังใจจากครอบครัวจุมมาลี และครอบครัวทับแสง ที่ได้คอยช่วยเหลือทั้งกำลัง ทรัพย์ กำลังใจ ให้แก่ผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จมาได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย พี่ๆ เพื่อน ๆ และน้องๆ จากสถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ รวมถึงบุคคลอีกหลายท่านที่ไม่ได้กล่าว ณ ที่นี้ ที่ได้คอยให้การสนับสนุนและความ ช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

อิศรา จุมมาลี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	12
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	12
คำถามการวิจัย	18
ความมุ่งหมายของงานวิจัย	18
ความสำคัญของการวิจัย.....	18
ขอบเขตของการวิจัย.....	19
นิยามศัพท์เฉพาะ	21
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก	23
ตอนที่ 2 หลักการป้องกันโรคมือเท้าและปากในเด็ก	25
ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	31
ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก: ตัวแปร ความหมาย และการวัด	32
ตอนที่ 5 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	40
ตอนที่ 6 การวิจัยแบบผสมวิธี	77

ตอนที่ 7 นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	79
ตอนที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย	82
ตอนที่ 9 สมมติฐานการวิจัย	85
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	86
ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ	88
ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ	94
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	117
ตอนที่ 1 จิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแล เด็ก.....	117
ตอนที่ 2 การผสมวิธีจากการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ.....	133
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ.....	138
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	157
สรุปผลการวิจัย	158
อภิปรายผลการวิจัย.....	160
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	180
บรรณานุกรม	182
ภาคผนวก.....	198
ประวัติผู้เขียน.....	281

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	49
ตาราง 2 การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	54
ตาราง 3 การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด	73
ตาราง 4 ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์	91
ตาราง 5 แบบแผนของการวิจัยเชิงทดลอง.....	95
ตาราง 6 แสดงวัตถุประสงค์ แนวคิด และเทคนิคในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก.....	103
ตาราง 7 ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปาก	106
ตาราง 8 ตัวอย่างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก.....	106
ตาราง 9 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกำบังกันโรคมือเท้าและปาก..	107
ตาราง 10 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก.....	108
ตาราง 11 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก	109
ตาราง 12 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการกำบังกันโรคมือเท้าและปาก	110
ตาราง 13 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการกำบังกันโรคมือเท้าและปาก	110
ตาราง 14 แสดงรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย.....	118
ตาราง 15 การกำหนดตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2.....	131
ตาราง 16 ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ และการนำไปในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	134
ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม	139
ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม	141

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของ
 ตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การ
 รับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้า
 และปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า
 และปากของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ
 การติดตามผล..... 143

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของ
 ตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การ
 รับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้า
 และปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า
 และปากของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ
 การติดตามผล..... 146

ตาราง 21 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของ
 ตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การ
 รับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้า
 และปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า
 และปากของผู้ดูแลเด็กกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ
 การติดตามผล..... 149

ตาราง 22 ภาพรวมของผลการทดสอบสมมติฐาน..... 156

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	53
ภาพประกอบ 2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	68
ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์	69
ภาพประกอบ 4 รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม.....	72
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	84
ภาพประกอบ 6 แบบแผนการวิจัย	87
ภาพประกอบ 7 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2	97
ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2	115
ภาพประกอบ 9 จิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก	124
ภาพประกอบ 10 บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก	127
ภาพประกอบ 11 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก.....	130
ภาพประกอบ 12 จิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก.....	159

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคมือเท้าและปาก (Hand Foot and Mouth Disease: HFMD) เป็นโรคติดต่อโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุข พบการระบาดได้ทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมทั้งภูมิภาคเอเชีย ซึ่งพบการระบาดในหลายประเทศ เช่น จีน เวียดนาม สิงคโปร์ กัมพูชา ไทย เป็นต้น (World Health Organization, 2013) โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเอ็นเทอโร (Enterovirus) มีหลายสายพันธุ์ ไวรัสที่พบเป็นสาเหตุของโรค คือ ไวรัสด็อกแซกกี เอ (Coxsackie A) หรือบี (Coxsackie B) และไวรัสเอ็นเทอโร 71 (Enterovirus 71) โดยทั่วไปโรคนี้มีอาการที่ไม่รุนแรง อาการที่พบบ่อย คือ มีไข้ นำมาก่อน อีก 1-2 วัน จะมีแผลในปากและลำคอคล้ายแผลร้อนใน บางรายจะมีตุ่มน้ำใสบนฝ่ามือ ฝ่าเท้า และลำตัว ทั้งนี้ อาการดังกล่าวสามารถหายได้เอง แต่ในผู้ป่วยบางรายพบอาการแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งมักมีไข้สูงร่วมกับอาการทางระบบประสาท เช่น ชัก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมออักเสบ แขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Chang, Jacobsen, Lin, & Teng, 2011; Graham, 2018; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ในปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสหรือวัคซีนสำหรับใช้รักษาและป้องกันโรคโดยตรง (Centers for Disease Control and Prevention, 2019a; Li, Yin, An, & Feng, 2015)

องค์การอนามัยโลกภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (WPRO) ได้รายงานสถานการณ์โรคมือเท้าและปากในเดือนกรกฎาคม 2561 พบจำนวนผู้ป่วยในหลายประเทศ เช่น จีน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เวียดนาม (377,629, 4,096, 1229 และ 2,378 ตามลำดับ) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกัน (WHO Western Pacific, 2018) ในส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2562 พบผู้ป่วยสะสม 10,430 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 15.94 ต่อแสนประชากร ยังไม่พบผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่เกิดการระบาดในกลุ่มเด็กเล็กที่อยู่รวมกันเป็นจำนวน เช่น โรงเรียนอนุบาล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Chang et al., 2011; สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การระบาดของโรคนี้พบได้ทุกจังหวัด ทั้งนี้ จังหวัดมหาสารคามมีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าและปากอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับจังหวัดอื่นๆ โดยในช่วงปี 2557-2561 พบผู้ป่วยจำนวน 2,003 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 1 ราย (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การระบาดของโรคมือเท้าและปากมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และมีความรุนแรงมากขึ้นสะท้อนจากจำนวนผู้ป่วย

และผู้เสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็กเล็กและที่อยู่รวมกันจำนวนมาก เช่น โรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นสถานที่ดูแลและให้การศึกษแก่เด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี (สำนักบริหารการศึกษาท้องถิ่น กรมการปกครอง, 2546) มีเป้าหมายสำคัญเพื่อช่วยเหลือผู้ปกครองที่ต้องไปทำงาน ไม่มีเวลาในการที่จะดูแลเด็กด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้ปกครองนำเด็กไปฝากเลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นจำนวนมาก เห็นได้จากข้อมูลสถิติด้านการศึกษา พบว่า มีเด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้ปกครองนำไปฝากดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย จำนวน 19,429 แห่ง และมีเด็กจำนวน 889,423 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2560) ดังนั้น การที่เด็กมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าปากจะสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กคนอื่นได้ง่าย สาเหตุที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายและติดเชื้อโรคมือเท้าปากได้ง่ายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะรับดูแลเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและมีโอกาสป่วยด้วยโรคติดต่อได้ง่าย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคของเด็กยังทำงานไม่สมบูรณ์ ประกอบกับการอยู่ร่วมกันของเด็กจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายทั้งทางตรง เช่น การไอและจามรดกัน การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งระหว่างบุคคลหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง และการแพร่กระจายเชื้อทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ของใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งมีการใช้ร่วมกัน รวมไปถึงการที่มีสุขนิสัยที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตัวผู้ปกครอง และเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งเดียวกัน (Dales, Cakmak, Brand, & Judek, 2004; Lu et al., 2004; กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549; กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 2558)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ทำให้เด็กที่มาเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีโอกาสได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้มากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ พบว่า เด็กที่เลี้ยงในศูนย์รับเลี้ยงเด็ก มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคหุ้ชั้นกลางอักเสบมากกว่าเด็กที่เลี้ยงอยู่ที่บ้าน (Collet et al., 1994; Schwartz et al., 1994) และจากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันเพื่อดูแลเด็กวัยทารก-หัดเดิน พบว่า ในช่วง 1 ปี เด็กจะมีความชุกของการติดเชื้อที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ 4.2 ครั้ง พบว่า โดย เป็นการติดเชื้อไวรัสเพียง 1 ชนิด (ร้อยละ 67) ติดเชื้อมาร่วมกับไวรัสตัวอื่น เช่น rhinovirus, adenovirus, human corona viruses (ร้อยละ 27) และติดเชื้อร่วมกับ parainfluenza (ร้อยละ 12) (Fairchok et al., 2010) ซึ่งปัญหาการแพร่กระจายเชื้อโรคในระบบ

ทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กเล็ก ซึ่งโรคมือเท้าและปากเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านระบบทางเดินหายใจได้ ดังนั้น จึงทำให้เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้น

การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก จะส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน อย่างเช่นผลกระทบต่อตัวเด็ก ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ต้องหยุดเรียน (ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, ปรัชญาพร ธิสาละ, และ สุทิติย์ เสมอเชื้อ, 2560) ผลกระทบต่อผู้ปกครอง ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ขาดงาน สูญเสียรายได้ และมีภาระต้องมาดูแลบุตรที่ป่วย รวมถึงผลเสียต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้องทนทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วยของเด็ก และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเด็กด้วย (รัตนา ธงยศ, 2552) ผลกระทบต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องปิดให้บริการ ได้รับคำตำหนิและขาดความน่าเชื่อถือจากผู้ปกครอง (Yang et al., 2010; จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ, 2555) นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องของศูนย์สุขภาพและงบประมาณในการป้องกัน ดูแล และรักษาเป็นจำนวนมาก (Upala, Apidechkul, Suttana, & Aimkosa, 2017; Wang et al., 2016; World Health Organization, 2019) ดังนั้น วิธีการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาค่าเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากได้

สำหรับวิธีการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ดีที่สุด คือ การมุ่งเน้นให้เด็กและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพฤติกรรมรักษาสุขอนามัยที่ดี เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังการเข้าห้องน้ำ การไม่ใช้ภาชนะในการรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะสามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคมือเท้าและปาก (Jinadu, Adegbenro, Esmal, Ojo, & Oyeleye, 2007; Luby, Halder, Huda, Unicomb, & Johnston, 2011; Torner Gràcia et al., 2012; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการที่ผู้ดูแลเด็กรักษาสุขอนามัยเป็นอย่างดีสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงในการติดเชื้อโรคต่างๆ ของเด็กได้ (Kotch et al., 1994; Kotch et al., 2007) ในประเทศก็พบผลไปทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ดีจะช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการเกิดอุจจาระร่วงของเด็กลงได้ ($r = -0.37$ และ -0.28 ตามลำดับ) (เกศรา เสนงาม, แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, และ ลักขณา คงแสง, 2555) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการรักษาสุขอนามัยที่ถูกต้องและมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ รวมทั้งโรคมือเท้าและปากให้แก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

จากสถานการณ์ปัญหาของโรคมือเท้าและปากที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าและปาก สำหรับศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก และสถานศึกษาขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งมีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก เช่น การตรวจคัดกรองเด็กตั้งแต่ก่อนเข้าโรงเรียน การรักษาสุขลักษณะอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การแยกของใช้ของเด็กแต่ละคน การดูแลให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย การทำความสะอาดห้องเรียนและอุปกรณ์ด้วยน้ำยาทำความสะอาดเป็นประจำทุกวัน การจัดห้องเรียนให้มีการระบายอากาศที่ดี การทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จะเห็นได้ว่าแนวทางดังกล่าวข้างต้นมีความชัดเจนและผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติตามได้

ถึงแม้จะมีแนวทางที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่ง ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กพบว่า ผู้ดูแลเด็กขาดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องและปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง เช่น ผู้ดูแลเด็กไม่คัดกรองโรคมือเท้าและปากทุกวัน (จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ, 2555; นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548; รวิวรรณ คำเงิน และ กิจติยา รัตนมณี, 2550) นอกจากนี้ พบว่าผู้ดูแลเด็กไม่ล้างมือก่อนป้อนอาหารให้แก่เด็ก ไม่ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำ ไม่ดูแลให้เด็กล้างมือด้วยสบู่หลังจากทำกิจกรรมภายนอก ไม่แยกของใช้ของเด็กแต่ละคนออกจากกัน ไม่ทำความสะอาดของเล่นเด็กทุกวัน ไม่ทำความสะอาดห้องเรียนหรือห้องกิจกรรมด้วยการเช็ดถูด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น (บุญเลิศ จันท์หอม, 2557; พัชราภรณ์ ไพศายมาส, 2554; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) จากผลการวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ไม่ถูกต้องและขาดความสม่ำเสมอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้แก่ผู้ดูแลเด็ก

สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มบุคคลที่ให้การดูแลเด็ก (ผู้ปกครอง พี่เลี้ยง ผู้ดูแลเด็ก) ที่ผ่านมา มีการวิจัยใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อวัดระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในระดับสูง (โสภา ไชยแก้ว, 2552; จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ, 2555; อัมพันธ์ ไชยจำเริญ, 2552) 2) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผลวิจัยพบว่าปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ การ

รับรู้การควบคุมพฤติกรรม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (แสงดาว เกษตรสุนทร, นงเยาว์ เกษตรภิบาล, และ จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, 2558; นาตยา สุขจันทร์ตรี, ชมนาด วรณพรศิริ, สาโรจน์ สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2555; วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล และ ปรียกมล รัชนกกุล, 2558; สมพงษ์ ภูผิวฟ้า, 2557) และปัจจัยภายนอก เช่น ความพอเพียงของทรัพยากร บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ, 2558; นาตยา สุขจันทร์ตรี และคณะ, 2555) ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 3) การวิจัยเชิงคุณภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดของโรค ทำศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็ก พบว่าทั้งเด็กผู้ดูแลเด็กมีการล้างมือจริงแต่ไม่ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน เด็กมีการใช้ผ้ากันเปื้อนร่วมกัน และไม่มีการสวมถุงมือเพื่อป้องกันโรค (พัชราภรณ์ ไพศานมาส, 2554) และ 4) งานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก มีการศึกษาแบบมีสองกลุ่มเปรียบเทียบกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนงญาติ, เนติยา แจ่มทิม, วิลาวัลย์ ธนวรรณ, และ ยุคนธ์ เมืองช้าง, 2559; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

จากการทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ผ่านมา แสดงให้เห็นปัญหาในการวิจัยสองประการ คือ 1) ยังขาดข้อมูลเชิงลึกจากมุมมองของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับเงื่อนไขและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลเด็ก และ 2) การวัดผลของโปรแกรมพบว่ายังขาดการวัดความคงทนของตัวแปรในการทดลอง ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่วัดเพียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งจะได้เฉพาะข้อมูลในเรื่องของผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้เกิดความยั่งยืนนั้น ควรศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากมุมมองผู้ดูแลเด็กและนำมาใช้พัฒนากิจกรรมในโปรแกรม และควรวัดผลว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนั้นทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคงทนในตัวแปรการทดลองหรือไม่อย่างไร

ดังนั้นเพื่อเติมเต็มองค์ความรู้ในประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้วยการนำแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์มาอธิบายปรากฏการณ์ให้ครอบคลุมทั้งจิตลักษณะและบริบททางสังคม โดยเลือกศึกษาวิจัยกับผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่พบการระบาดของโรคมือเท้าและปาก ซึ่งจะได้ข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

มือเท้าและปาก เพื่อนำไปสู่การสร้างกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินวิธีวิจัยภายใต้ปรัชญาการแสวงหาความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์และอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ด้วยกระบวนการทัศน์ปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่มุ่งเน้นแสวงหาความจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณประโยชน์ ซึ่งสนับสนุนการใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการร่วมกันศึกษาหาคำตอบในปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยเชื่อว่าความจริงเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว และมีลักษณะเป็นภาวะพลวัตต่อเนื่องกันไป ในกระบวนการแสวงหาความรู้ความจริงจึงไม่ยึดติดวิธีการเข้าสู่ความจริงด้วยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยเฉพาะ และในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากที่ผ่านมาใช้การศึกษาค้นคว้าด้วยเชิงปริมาณเป็นหลัก ดังนั้น เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้และช่องว่างในการศึกษา ผู้วิจัยจึงนำระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) รูปแบบเชิงสำรวจ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) มาใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพนำการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case study) ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และตีความหมายอย่างละเอียดในปรากฏการณ์ที่สนใจภายใต้สถานการณ์จริงตามธรรมชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงาน สำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานของหน่วยงาน และเป็นประโยชน์สำหรับนักวิชาการหรือผู้ที่สนใจนำไปศึกษาค้นคว้าในประเด็นที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและลุ่มลึกต่อไป (องอาจ นัยพัฒน์, 2554) และนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนานิยามเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เพื่อใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งผลที่เกิดขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย โดยจะทำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องและยั่งยืน ส่งผลทำให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต งบประมาณในการป้องกันและรักษาของภาครัฐลดลง โดยทำที่ดีที่สุดจะทำให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดภัยจากโรคมือเท้าและ

ปาก มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากเป็นอย่างไร

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นอย่างไร

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ ดังนี้

1. เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่อันเป็นประโยชน์ ดังนี้

1. ประโยชน์เชิงวิชาการ เกิดองค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กด้วยวิธีการการวิจัยแบบผสมวิธี โดยนำความรู้จากสาขาวิชาต่างๆ ได้แก่จิตวิทยา สังคมวิทยา มาใช้ในการทำความเข้าใจ ทำนาย และส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

2. ประโยชน์เชิงการนำไปปฏิบัติ สำหรับผู้ดูแลเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ได้มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของการป้องกันโรคมือเท้าและปากร่วมกัน และใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความพร้อมและศักยภาพในการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคและการรักษาได้

3. ประโยชน์เชิงนโยบาย สำหรับผู้รับผิดชอบในเรื่องกำหนดนโยบาย (Policy Maker) ของกระทรวงมหาดไทย ในการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติงาน และระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งขอบเขตการวิจัยออกเป็น ขอบเขตด้านพื้นที่ ขอบเขตด้านเนื้อหา และขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการวิจัยทั้งสองระยะ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม เหตุสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ดังกล่าวเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากอย่างต่อเนื่อง และยังไม่มีการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาโรคมือเท้าและปากในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถติดต่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาได้สะดวกและเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นคนในพื้นที่ และปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้วิจัยจึงนำระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) รูปแบบเชิงสำรวจ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะบริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบกรณีศึกษา (Case study)

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) เป็นการนำข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการ แบบวัด และกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) (Bloom, 1956) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ของ Bandura (1986) นอกจากนี้ ได้ประยุกต์แนวความคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) รูปแบบเชิงสำรวจ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) โดยการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาระบบคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case study) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้น การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้ร่วมวิจัย (Participant) คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทำการเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าและปากติดต่อกันในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 2) มีประสบการณ์การทำงานดูแลเด็กตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และ 3) สามารถให้ข้อมูลและแสดงถึงความพร้อมและยินยอมในการให้ข้อมูล รวมจำนวน 7 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม อย่างน้อย 1 ปี 2) มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม 3) มีความสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างดี และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลาการทำกิจกรรม จำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) แบ่งตัวแปรเป็น 2 ประเภท คือ ตัวแปรจัดกระทำและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของคำสำคัญเพื่อให้เข้าใจตรงกันและนำเสนอในส่วนนี้ สำหรับนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้สำหรับการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอไว้ในบทที่ 2

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองน้อยกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ชุดกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการปรับเปลี่ยนคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเนื้อหาและกิจกรรมพัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยนำมาบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) (Bloom, 1956) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ของ Bandura (1986) นอกจากนี้ ได้ประยุกต์แนวความคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการปรับเปลี่ยนคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยการฝึกอบรมทำกิจกรรมเป็นระยะเวลาจำนวน 3 วัน (18 ชั่วโมง)

3. โรคมือเท้าและปาก หมายถึง โรคติดเชื้อในเด็ก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่ม Enterovirus อาการที่พบส่วนใหญ่มีไข้ ออกผื่น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ มีตุ่มน้ำใสบริเวณมือเท้าและปาก บางรายมีอาการรุนแรงเกิดภาวะปอดบวม น้ำ และสมองอักเสบจนเสียชีวิตได้

4. ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลและเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเด็กแบบองค์รวม สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานที่ศึกษาดูแลและให้การศึกษแก่เด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี โดยมีฐานะเทียบเท่ากับสถานศึกษา

6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

7. จิตลักษณะ หมายถึง สาเหตุภายในของผู้ดูแลเด็กที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

8. บริบททางสังคม หมายถึง สาเหตุภายนอกตัวผู้ดูแลเด็กที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

9. การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การทำกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กที่ตนดูแลได้รับเชื้อโรคมือเท้าปาก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าเอกสารในส่วนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่อง จิต
ลักษณะ การปฏิบัติ และผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม
ป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก : การวิจัยแบบผสมวิธี ผู้วิจัยได้
แบ่งการนำเสนอออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 2 หลักการป้องกันโรคมือเท้าและปากในเด็ก

ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก : ตัวแปร ความหมาย และการวัด

ตอนที่ 5 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่
มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ตอนที่ 6 การวิจัยแบบผสมวิธี

ตอนที่ 7 นิยามเชิงปฏิบัติการ

ตอนที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 9 สมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก

ความหมายของผู้ดูแล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่า มีการให้ความหมายของคำว่า “ผู้ดูแล” หรือ
"Caregiver" ไว้ อย่างเช่น ศิริพันธ์์ สาสัตย์ (2549) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ทำ
กิจกรรมในการดูแลให้ผู้รับการดูแล (Care Receiver) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ดูแลแบบ
เป็นทางการ เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝน
มาก่อนและได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน เรียกว่า Formal careers ซึ่งอาจรวมถึงบุคลากรทาง
การแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ 2)
ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจ
ยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับ
เงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่อันสืบ
เนื่องมาจากการสมรสหรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน เรียกว่า

Informal Career/Family Caregiver/Family Caretaker ส่วน Lindsey Davis (1997) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือที่บ้านเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ และ Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ซึ่งจำแนกตามขอบเขตความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลและการใช้เวลาในการดูแล ได้แก่ 1) ผู้ดูแลหลัก หมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การดูแลด้านความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย การจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น และ 2) ผู้ดูแลรอง หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการจัดหาอาหารผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การประสานกับชุมชนด้านความช่วยเหลือ เป็นต้น โดยอาจปฏิบัติกิจกรรมแทนผู้ดูแลหลักในกรณีผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้หรือให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลแก่บุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ความหมายของผู้ดูแลเด็ก

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีนักวิจัยและนักวิชาการได้ให้ความหมายคำว่า “ผู้ดูแลเด็ก” ดังเช่น จารุวรรณ แผลมไธสง (2559) กล่าวว่า ผู้ดูแลเด็ก หมายถึงบุคคลที่ปฏิบัติงานรับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้การศึกษาแก่เด็กอายุไม่เกิน 6 ปี และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ให้เด็กเล็กมีความพร้อมด้านร่างกายอารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา ส่วน อัมพันธ์ ไชยจำเมือง (2552) และ แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ (2558) ให้ความหมายที่เหมือนกันว่า เป็นบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้รับการอบรมและประเมินความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ ชฎาพร อินต๊ะ (2560) กล่าวว่า ผู้ดูแลเด็ก คือ บุคคลที่รับเด็กไว้ดูแลระหว่างที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เริ่มตั้งแต่รับเด็กจนกระทั่งส่งเด็กกลับบ้าน

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลและจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็ก เพื่อให้เด็กเกิดพัฒนาการในทุกด้านอย่างสมวัย รวมทั้งการดูแลเรื่องสุขภาพ ตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีด้านปฐมวัย และมีความชำนาญในการดูแลเด็ก ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กในภาพรวม รวมถึงการดูแลและส่งเสริมสุขอนามัย ตลอดจนการป้องกันโรคติดต่อที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมือเท้าและปากที่มีแพร่ระบาดได้ง่ายภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหมายของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในส่วนต่อไป จะกล่าวถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับหลักการป้องกันโรคมือเท้าและปากในเด็ก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 2 หลักการป้องกันโรคมือเท้าและปากในเด็ก

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

โรคมือเท้าและปากพบบ่อยในเด็กทารกและเด็กเล็ก มักพบการระบาดในช่วงที่อากาศเย็นและชื้น ดังนั้น การป้องกันโรคมือเท้าปากที่จะมีประสิทธิภาพนั้น ต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคนี้ ซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียด ดังนี้

1. สาเหตุ โรคมือเท้าและปากเป็นโรคติดต่อ เกิดจากเชื้อไวรัสที่อยู่ในกลุ่มไวรัสเอนเทอโรหรือไวรัสที่สามารถเจริญเติบโตในลำไส้ที่พบบ่อย คือ ไวรัสค็อกแซกกี เอ หรือบี และไวรัสเอนเทอโร 71 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สามารถทนทานต่อแอลกอฮอล์ และอยู่ในสภาพแวดล้อมได้เป็นเวลานาน โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่ค่อนข้างเย็นหรือชื้นและเชื้ออาจอยู่ได้นานถึง 6-8 สัปดาห์ (Heymann, 2008)

2. กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีโอกาสที่จะได้รับเชื้อและมีอาการที่รุนแรงจากโรคมือเท้าและปาก คือ เด็กทารกและเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากกว่าเด็กโต การระบาดจะพบมากในสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันจำนวนมาก เช่น โรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นต้น โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาด เช่น สถานที่ที่มีความแออัด สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม และระบบการถ่ายเทอากาศที่ไม่ดี หรือการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้มือหยิบจับอาหาร การใช้อุปกรณ์ร่วมกัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ เป็นต้น การไม่ใช้หน้ากากอนามัยปิดปากหรือจุมกเมื่อไอหรือจาม หรือการสัมผัสกับผู้ป่วย หรือการใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3. อาการ หลังจากได้รับเชื้อ 3-5 วัน ผู้ป่วยจะเริ่มมีไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ต่อมา จะเจ็บปาก กลืนน้ำลายไม่ได้ ไม่ยอมรับประทานอาหาร และเบื่ออาหาร เนื่องจากมีตุ่มแดงอักเสบ ภายในช่องปาก ต่อมาจะมีตุ่มหรือผื่นนูนสีแดงเล็กมักไม่คันตามฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า หัวเข่า ข้อศอก หรือก้น เมื่อเป็นตุ่มแดงที่ลิ้น ซึ่งต่อมาจะแตกออกเป็นแผลหลุมตื้นๆ อาการจะทุเลา และหายเป็นปกติ ภายใน 7-10 วัน สำหรับผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง โดยส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ เอนเทอไวรัส 71 เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบอัมพาตคล้ายโปลิโอ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ น้ำท่วมปอด เป็นต้น ซึ่งจะรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

4. การติดต่อ โรคมือเท้าและปาก ติดต่อได้โดยการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อที่อาศัยอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ หรือการไอจามรดกัน การติดต่อส่วนใหญ่ในเด็กเกิดจากการสัมผัสของเล่นหรือสิ่งของอื่นๆ ที่เปื้อนน้ำลายหรือน้ำมูกของผู้ป่วย จากนั้นเด็กใช้มือซึ่งสัมผัสเชื้อเหล่านั้นมาหยิบขนมหรืออาหารเข้าปาก นอกจากนี้ อาจเกิดจากการแพร่ผ่านอุจจาระของเด็กที่ป่วยซึ่งเชื้อจะออกมาถึงกับอุจจาระมากที่สุดในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วย (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

5. การรักษา โดยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงและหายได้เอง เนื่องจากยังไม่มียาด้านไวรัส จึงใช้การรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาลดไข้ ยาแก้ปวด ยาชาเฉพาะที่เพื่อบรรเทาอาการปวดในช่องปาก เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ปกครองควรเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้ ให้เด็กรับประทานอาหารอ่อนๆ ดื่มน้ำ น้ำผลไม้ และนอนพักผ่อนมากๆ ถ้าเป็นเด็กอ่อนอาจต้องบ้วนนมให้แทนการดูดนม เพื่อลดการปวดแผลในปาก ตามปกติโรคนี้อักไม่รุนแรงและไม่มีอาการแทรกซ้อน หากมีอาการ เช่น ไข้สูง ซึม ไม่ยอมรับประทานอาหาร อาเจียนบ่อย หอบ แขนขาอ่อนแรง ชัก ต้องรีบพาไปโรงพยาบาลทันที เพราะอาจเกิดอาการแทรกซ้อนจนเสียชีวิตได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019b; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

6. แนวทางการป้องกันโรค วิธีการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ดีที่สุด คือ การรักษาสุขอนามัยตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เช่น การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือหลังจากการถ่ายอุจจาระ หลังจากทำความสะอาดกันเด็กที่ถ่ายอุจจาระ ก่อนเตรียมอาหาร ก่อนให้นมบุตร และก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง (Luby et al., 2011) และการไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ หลอดดูด เป็นต้น เป็นวิธีที่สามารถป้องกันและช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออื่นๆ และโรคมือเท้าและปากได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019b; Jinadu et al., 2007; Luby et al., 2011) ในสถานรับเลี้ยงเด็กควรดูแลรักษาความสะอาดของสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ รวมทั้งการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนผู้ดูแลเด็กต้องสุขอนามัย

ของตนเอง เช่น ตัดเล็บให้สั้น หมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การดูแลให้เด็กขยับถ่ายอุจจาระลงส้วม มีการกำจัดและทำลายเชื้อในอุจจาระอย่างถูกวิธี

สรุปได้ว่า โรคมือเท้าและปาก เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส สายพันธุ์ที่มีความรุนแรงที่สุด คือ เอนเทอโรไวรัส 71 โดยเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจากการสัมผัสโดยตรงทางปากหรืออาจปนเปื้อนในน้ำมูกน้ำลายของผู้ป่วย เด็กที่ได้รับเชื้อไวรัสจะมีอาการไข้ มีแผลในปาก และปวดร่วมด้วย บางคนอาจพบผื่นที่มือและเท้า ความรุนแรงของโรคอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนสำหรับใช้ในการป้องกัน ดังนั้น วิธีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและประหยัด คือ การปฏิบัติตามสุขบัญญัติ รักษาสุขความสะอาดส่วนบุคคล การดูแลรักษาความสะอาดของสถานที่

การป้องกันโรคมือเท้าและปากให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลเด็กต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดโรคติดต่อ ธรรมชาติการเกิดโรค ตลอดจนแนวทางการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งจะทำให้สามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ปัจจัยของการเกิดโรค

การทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคทั้งในโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อนั้นสามารถใช้แนวคิด “ปัจจัยทั้งสามประการทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad)” มาใช้เพื่อทำความเข้าใจได้ โดยมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) บุคคล (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2542; ศรีเมืองพลัญฤทธิ, 2553; สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) อธิบายได้ว่าเมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายของคน บางคนอาจเกิดโรคและแสดงอาการอย่างรวดเร็ว ขณะที่บางคนไม่แสดงอาการใดๆ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ 1) คุณสมบัติของเชื้อ เช่น ความสามารถในการก่อโรคของเชื้อ ความรุนแรงของเชื้อ ระยะฟักตัวของเชื้อที่เข้าสู่ร่างกายและปริมาณของเชื้อที่ได้รับ 2) สภาพร่างกายผู้รับเชื้อโรค โดยเฉพาะทารก เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ ที่มีระดับภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายไม่ดีพอ ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ สำหรับคนที่มีร่างกายแข็งแรงภูมิคุ้มกันของร่างกายดี เมื่อได้รับเชื้ออาจไม่เกิดโรคหรือหากเกิดโรคก็อาจแสดงอาการไม่รุนแรง และ 3) สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อการแพร่กระจายของโรคและการเกิดโรคได้ เช่น ถ้าสภาพอากาศหนาวเย็นจะยิ่งทำให้เชื้อไวรัสสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานขึ้นและมีโอกาสที่คนจะได้รับเชื้อไวรัสจึงมากขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สรุปได้ว่า การเกิดโรคของบุคคลนั้น เกิดจากการเสียสมดุลระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ตัวเชื้อที่ทำให้เกิดโรค สภาพร่างกายของผู้ที่ได้รับเชื้อโรค รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เชื้อหรือ สัตว์สนุนให้เชื้อโรคอยู่ในสภาพแวดล้อมได้นานขึ้น

สำหรับในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก ได้แก่ 1) เชื้อก่อโรค เชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโรไวรัส มีหลายสายพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำลายด้วยแอลกอฮอล์ และสามารถติดต่อกันได้ง่ายผ่านทางน้ำลาย ตุ่มน้ำใส และ อุจจาระ นอกจากนี้ เชื้อก่อโรคมีหลากหลายสายพันธุ์สามารถทำให้เด็กติดเชื้อซ้ำได้อีก หากติดเชื้อ จากสายพันธุ์อื่น 2) ตัวเด็ก ได้แก่ เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือเด็กในโรงเรียนอนุบาล ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนระดับประถมศึกษา เนื่องจากเด็กช่วงอายุดังกล่าวยังมีภูมิคุ้มกันโรคไม่เต็มที่มีโอกาส ติดเชื้อได้ง่าย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การไม่ล้างมือก่อนรับประทาน อาหาร การหยิบจับสิ่งของเข้าปาก การเล่นคลุกคลีกันอย่างใกล้ชิดกับเด็กที่ป่วย เป็นต้น และ 3) สิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กที่ทำให้เกิดโรคมือเท้าและปาก แบ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต สิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต คือ ผู้ดูแลเด็ก และเด็ก คนอื่น การที่ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การไว้เล็บยาว ใช้มือหยิบจับอาหาร บ้วนเด็ก การไม่ล้างมือ เป็นต้น ในส่วนสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต ได้แก่ สถานที่ อากาศ ของเล่น เครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ ห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นต้น การที่เด็กอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่แออัดและ อากาศไม่ถ่ายเท มีอุปกรณ์ล้างมือและทำความสะอาดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อโรคมือเท้าและปากได้

ธรรมชาติการเกิดโรค (Natural history disease)

ธรรมชาติการเกิดโรคเป็นการดำเนินของโรคติดเชื้อตามธรรมชาติมี 4 ระยะ (กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนี้ 1) ระยะแรก เป็นระยะก่อนได้รับเชื้อ เป็นระยะที่ร่างกาย ยังไม่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย แต่มีปัจจัยเสี่ยงหรือองค์ประกอบที่ส่งเสริมหรือเอื้อต่อการเกิดโรค ได้แก่ ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค สภาพร่างกายของผู้ได้รับเชื้อไม่สมบูรณ์และไม่แข็งแรง และ สิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนและเอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค 2) ระยะที่ 2 เป็นระยะก่อนมี อาการ (ระยะฟักตัว) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายจะพยายามทำลายและกำจัดเชื้อ ถ้า ร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื่อนั้นได้ จะทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งในระยะนี้ยังไม่ ปรากฏอาการของโรคให้เห็น 3) ระยะที่ 3 เป็นระยะแสดงอาการของโรค เมื่อร่างกายไม่สามารถ

ทำลายหรือกำจัดเชื้อโรคได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยอาการแสดงและความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อที่ได้รับ ดังนั้น การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การค้นหา และแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อตั้งแต่ระยะต้นๆ ของการเจ็บป่วย จะเป็นการตัดวงจรการแพร่เชื้อโรค สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทันเวลา ทำให้สามารถลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนของโรค ป้องกันการเกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ และ 4) ระยะสุดท้าย เป็นระยะฟื้นตัวของโรค เป็นระยะหลังจากร่างกายเกิดโรค โดยผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาหรือไม่ก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่หายเป็นปกติ แต่บางรายอาจเกิดโรคแทรกซ้อน พิการ หรือรุนแรงถึงเสียชีวิต

กล่าวโดยสรุป ธรรมชาติการเกิดโรค เป็นกระบวนการดำเนินของโรคติดเชื้อ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนได้รับเชื้อ ระยะก่อนมีอาการของโรค ระยะมีอาการของโรค และระยะฟื้นตัวของโรค ดังนั้น การป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ได้ผลคุ้มค่ามากที่สุด จึงควรทำการป้องกันในระยะก่อนได้รับเชื้อ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ปรุงสุก สะอาด มีน้ำดื่มและน้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอ ได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เน้นความสะอาดของที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ สะอาด ไม่แออัด อากาศถ่ายเทสะดวกและมีแสงแดดส่องถึง ซึ่งจะช่วยลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของเด็กได้

ระดับของการป้องกันโรค

แนวคิดในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวคิดของ Gordis (2009) ได้แบ่งระดับการป้องกันโรค ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) การป้องกันโรคขั้นที่หนึ่ง (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในระบะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ต้องมุ่งไปที่ระยะที่มีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of Susceptibility) โดยถือหลักดังนี้ เปลี่ยนความไวต่อการเกิดโรค (Susceptibility) ของประชากร เช่น การฉีดวัคซีน ป้องกันโรค การปรับปรุงแก้ไขภาวะโภชนาการให้ดีขึ้น ลดโอกาสผู้ที่มีความไวในการติดเชื้อ (Susceptible Individual) ที่จะไปสัมผัสโรค และกำจัดหรือลดสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรค การบริการสาธารณสุขที่สำคัญในการป้องกันขั้นแรกนี้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เช่น งานด้านสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ งานโภชนาการ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขภาพจิต เป็นต้น และการคุ้มกันเฉพาะ (Specific Protection) เป็นการป้องกันสาเหตุของโรคโดยตรงในชุมชน อาจทำได้โดยการฉีดวัคซีนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค การกำจัดสาเหตุของโรคโดยตรงและการควบคุมพาหะนำโรค 2) การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรง

ของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หยุดยั้งการดำเนินการของโรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และลดระยะเวลาการติดต่อของโรค คือ การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกและให้การรักษาทันที (Early Diagnosis and Prompt Treatment) ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ (Early Detection of Asymptomatic Cases) ซึ่งส่วนใหญ่ตรวจพบได้โดยการตรวจคัดกรองโรค (Screening of Disease) เช่น การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมาลาเรีย การวัดความดันโลหิต เพื่อค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบอาการ (Early Diagnosis of Symptomatic Cases) การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการทดสอบ ควรทำโดยเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อการรักษาได้ทันที่ลดระยะเวลาของโรค ช่วยป้องกันลดความพิการ และโรคแทรกซ้อน ในกรณีที่เป็นโรคติดเชื้อจะเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง และ 3) การป้องกันขั้นที่สาม (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะเวลาที่เกิดความพิการมีอาการของโรคมามาก (Stage of Disability or Advanced Disease) เป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการของโรคตลอดจนผลเสียภายหลังการเกิดโรค เป็นการป้องกันในขณะที่โรคเป็นมากแล้ว นับว่าเสี่ยงต่ออันตรายและได้ผลน้อยกว่าสองระดับแรก ประกอบด้วย การจำกัดความพิการ (Disability Limitation) เช่น การนำส่งต่อผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้ส่วนที่พิการนั้นให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในงานได้อย่างมีความสุข เช่น กายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพทางจิต และการฟื้นฟูสุขภาพทางสังคม

สรุปได้ว่า ระดับของการป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันขั้นที่หนึ่ง เป็นการป้องกันในระยะเวลาที่ยังไม่เป็นโรค 2) การป้องกันขั้นที่สอง เป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการแพร่กระจายของโรค และ 3) การป้องกันขั้นที่สาม เป็นการป้องกันในระยะเวลาที่เกิดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดความพิการภายหลังการเกิดโรค

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กให้อยู่ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันก่อนที่จะเกิดโรคมือเท้าและปากขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การป้องกันในระยะนี้เป็นการป้องกันโรคที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพ เช่น การคัดกรองเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การล้างมือ 7 ขั้นตอน การแยกของใช้ส่วนตัว การจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เช่น การทำความสะอาดของเล่น การกำจัดขยะที่ถูกต้อง การทำความสะอาดพื้น เป็นต้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น เป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก บั๊จจัยของการเกิดโรค ธรรมชาติของการเกิดโรค และระดับในการป้องกันโรค ในส่วนต่อไปจะ กล่าวถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็กซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

การวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา เพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดทฤษฎีเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการนำมาเทียบเคียงกับผลการศึกษา โดยผู้วิจัยจะไม่นำแนวคิดทฤษฎี มาเป็นกรอบหรือกรอบงำปรากฏการณ์ที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา ดังนี้

แบบจำลองการอธิบายโรค (Explanatory Model)

เป็นแบบจำลองที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับโรคซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ประสบการณ์ และสามารถทำความเข้าใจมุมมองของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับโรคใน ด้านพฤติกรรม การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาและลักษณะของอาการ ลักษณะอาการของโรค ความรุนแรงของโรค และการรักษา (Kleinman, 1980) ผู้วิจัยนำแนวคิด ดังกล่าวมาเทียบเคียงกับข้อค้นพบเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อโรคมือเท้าและปากตามมุมมอง ของผู้ดูแลเด็กว่าเป็นอย่างไร

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดบั๊จจัยทางสภาพแวดล้อม และบั๊จจัยส่วนบุคคล ซึ่งภายในทฤษฎีประกอบแนวคิดสำคัญ ได้แก่ แนวคิดของการเรียนรู้โดยการ สังเกต (Observational Learning) แนวคิดการกำกับตน (Self-regulation) และแนวคิดการรับรู้ ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) โดยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง อธิบายได้ ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจ ที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองให้ยิ่งสูงขึ้น รวมถึงใช้ความพยายามและความอดทนในการ ทำงานมากขึ้น (Bandura, 1986) ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเทียบเคียง กับข้อค้นพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างไร

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดนี้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก หากได้รับการสนับสนุนที่ดีจะช่วยบรรเทาความเครียดและทำให้ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากได้อย่างถูกต้อง ผู้ดูแลเด็กอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองเด็ก เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้ Jacobson (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านปัญญา/ความรู้ และด้านสิ่งของ ทั้งนี้ เพราะการทำหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในรูปแบบที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมาเทียบเคียงกับข้อค้นพบที่ได้จากบริบททางสังคมว่า ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือในการกำบังโรคมือเท้าและปากจะส่งผลต่อการกำบังโรคมือเท้าและปากอย่างไร

ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น เป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ในส่วนต่อไปจะกล่าวถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ในแง่ของตัวแปรตาม ความหมาย และการวัด ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือและรูปแบบกิจกรรมในการกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กต่อไป

ตอนที่ 4 พฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก: ตัวแปร ความหมาย และการวัด

ความหมายของพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก

พฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ในการศึกษาครั้งนี้เป็นตัวแปรตามที่มีความสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นในการศึกษาความหมายและแนวทางในการวัดพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ทั้งนี้ การที่จะเข้าใจในความหมายของพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากได้นั้น ควรมีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพและเชื่อมโยงไปสู่การมีพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ดังนี้

พฤติกรรม (Behavior)

คำว่า “พฤติกรรม” มีผู้ให้ความหมายในมุมมองที่หลากหลาย เช่น Bloom (1956) ได้นิยามความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิบัติการที่บุคคลนั้นแสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกร่างกายตัวบุคคล และได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) และ Twaddle (1981) กำหนดว่าพฤติกรรมหมายถึง ปฏิบัติการหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ในส่วนพฤติกรรมของคนคือการมีปฏิบัติที่แสดงออกมาทั้งภายในและภายนอก ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้แตกต่างกันไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรมและความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว

จากการทบทวนข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของคนและสิ่งมีชีวิตผ่านทางร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งมีลักษณะเป็นสหสาขาวิชาการจึงมุ่งไปที่พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) ร่วมกับการนำปัจจัยทางจิตลักษณะที่สำคัญบางประการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมด้านความรู้สึก (Affective domain) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

จากการทบทวน พบว่า มีนักวิชาการที่ได้ให้ความหมายของคำว่า “พฤติกรรมสุขภาพ” ไว้ดังนี้ Good (1973) นิยามความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในร่างกายและภายนอกซึ่งมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในเรื่องสุขภาพทั้งสิ่งที่สามารถสังเกตได้และการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ รวมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบความสนใจ ต่อมา เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม และ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่

มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลมีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทำไปโดยมีจุดประสงค์เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน บำรุงรักษาสุขภาพทั้งในช่วงที่ร่างกายปกติ และเมื่อมีการเจ็บป่วย ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ดูแลเด็กต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ประกาศแพญ สุวรรณ (2527) ได้อธิบายความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไว้ว่า เป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติหรือปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอด 24 ชั่วโมง ต่อมา ประกาศแพญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นประพฤติดปฏิบัติของบุคคลเพื่อไม่ให้มีการเกิดโรคขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น และ ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติเป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำของบุคคลในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงเพื่อมิให้ตนเองและผู้อื่นเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น การกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ การรักษาความสะอาดของที่อยู่อาศัย เป็นต้น

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีนักวิจัยได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ดังเช่น สันติพงษ์ กัณทะวารี (2549) กล่าวว่า เป็นการกระทำใดๆ ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคมือเท้าและปากในเด็กเล็กที่ได้ทำการดูแล ส่วน อัมพันธ์ ไชยงำเมือง (2552) ได้ให้นิยามว่า เป็นการกระทำกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีหน้าที่รับผิดชอบอบรมเลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อไม่ให้เด็กเล็กที่ดูแลเกิดโรคมือเท้าและปาก ต่อมา โสภกา ไชยแก้ว (2552) ให้นิยามที่ไปทำนองเดียวกันคือการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากไว้ว่า หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลในการป้องกันไม่ให้เด็กเล็ก

เกิดโรคมือเท้าและปาก สอดคล้องกับ กชกร เป็นแผ่น (2552) ที่ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากไว้ว่า หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อไม่ให้เด็กที่ดูแลเกิดโรคมือเท้า และ อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม (2556) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก

สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก

องค์ประกอบของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่า ได้มีนักวิชาการจำแนกองค์ประกอบของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในบริบทของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังเช่น สันติพงษ์ กัณฑ์วารีย์ (2549) ได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก 2) การปฏิบัติในการดูแลเด็ก 3) การปฏิบัติในการทำความสะอาดเตรียมและปรุงอาหาร และ 4) การปฏิบัติในการทำความสะอาดทั่วไป ในส่วนของ อัมพัน ไชยงำเมือง (2552) ได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) ด้านการดูแลเด็ก และ 3) ด้านการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อมา โสภา ไชยแก้ว (2552) จำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) การปฏิบัติในการดูแลเด็ก และ 3) การปฏิบัติในการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอดคล้องกับ กชกร เป็นแผ่น (2552) ที่ได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ออกเป็น 3 ด้าน เช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 1) ด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) ด้านการปฏิบัติในการดูแลเด็ก และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมและการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อมา อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) จำแนกพฤติกรรมเป็น 3 ด้านย่อย คือ 1) ส่งเสริมการคัดกรองโรคเบื้องต้น 2) ส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล และ 3) ส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการประมวลเอกสารงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มี 3 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขอนามัยของตนเอง หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กดูแลรักษาความสะอาดของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนการเตรียมอาหาร หรือก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย ตัดเล็บให้สั้น การรักษาสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร เช่น การใช้ช้อนกลาง หลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำ

ร่วมกัน เป็นต้น 2) การส่งเสริมสุขอนามัยของเด็ก หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กดูแลรักษาความสะอาดให้แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ เช่น การสอนและพาเด็กล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้อง หลังจากการทำกิจกรรมกลางแจ้ง การตัดเล็บให้สั้น การดูแลไม่ให้เด็กนำของเข้าปาก เป็นต้น และ 3) การส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างสม่ำเสมอ เช่น จัดสภาพห้องให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก การทำความสะอาดพื้นห้องเรียน ห้องน้ำ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การทำความสะอาดของเล่นเด็ก การทิ้งขยะ การจัดการสิ่งสกปรกที่ถูกต้อง เช่น อุจจาระ น้ำมูก น้ำลาย เป็นต้น

การวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีนักวิจัยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในบริบทของกลุ่มผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังเช่น สันติพงษ์ กัณทะวารี (2549) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก จำนวน 52 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .79 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จาก “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้ 0 คะแนน ถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 3 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ต่อมา อัมพันธ์ ไชยงำเมือง (2552) ได้สร้างแบบวัดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก จำนวน 85 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .73 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จาก “ไม่ปฏิบัติเลย” ให้ 1 คะแนน ถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 4 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ส่วน ไสยา ไชยแก้ว (2552) เป็นแบบวัดการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก มีจำนวน 81 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .73 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จาก “ไม่ปฏิบัติเลย” ให้ 1 คะแนน ถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 4 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม และ นาทยา สุขจันทร์ตรี และคณะ (2555) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก มีจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .75 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ จาก “ไม่ปฏิบัติเลย” ให้ 1 คะแนน ถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 3 คะแนน ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก จะเห็นได้ว่า นักวิจัยส่วนใหญ่วัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยการเก็บด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผลการสัมภาษณ์จากการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สำหรับครูและผู้ดูแลเด็กของ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก (กชกร เป็นแผ่น, 2552; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ลิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ, 2553; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จาก เป็นประจำ (4 คะแนน) ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก สูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มบุคคลที่ให้การดูแลเด็ก แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบที่ 1 เป็นศึกษาระดับของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากอยู่ในระดับใด และนำไปสู่การหาแนวทางส่งเสริมต่อไป เช่น งานวิจัยของ อัมพันธ์ ไชยงำเมือง (2552) ศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมืองเชียงราย และการศึกษาของ โสภา ไชยแก้ว (2552) ศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องพบผลที่สอดคล้องกันคือ การปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ด้านการดูแลเด็ก และด้านการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ จักรพงศ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ (2555) ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าและปากของบุคลากรในสถานบริการเลี้ยงเด็ก เขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า บุคลากรในโรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก และศูนย์เด็กเล็กมีความรู้ในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากผ่านเกณฑ์ แต่ความรู้ด้านการป้องกันไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการเข้าใจมาตรการในการตรวจคัดกรองเด็กที่ควรทำที่หน้าประตูโรงเรียน ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการที่สำคัญที่สามารถหยุดยั้งการระบาด

ไม่ให้เข้าสู่สถานเลี้ยงเด็ก และยังมีปัญหาในการรายงานโรค การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาแบบ Cohort study เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงเรียนที่มีและไม่มี การตรวจคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ที่บริเวณหน้าโรงเรียน และหากพิสูจน์ได้ชัดเจนว่าสามารถลดการระบาดเข้าสู่โรงเรียนได้จริง อาจจะทำการศึกษาแบบ Interventional study ต่อไป โดยเน้นการอบรมที่ครูคัดกรองซึ่งเป็นหัวใจสำคัญและประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย หากผลเป็นไปดังคาดก็ย่อมสามารถจะนำไปกำหนดนโยบายในการเน้นที่การตรวจคัดกรองที่บริเวณหน้าโรงเรียนต่อไป

2. รูปแบบที่ 2 ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็ก เช่น งานวิจัยของ นาทยา สุขจันทร์ตรี และคณะ (2555) ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในเด็กเล็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยด้านความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการ ป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้ร้อยละ 9.3 ต่อมา สมพงษ์ ภูผิวฟ้า (2557) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ($r = 0.511, p < 0.01$) ส่วน แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ พบว่า ปัจจัยบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและการ รับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ของครูพี่เลี้ยงได้ร้อยละ 23.2 นอกจากนี้ วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล และ ปรีกษ์มล รัชกุล (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กวัยก่อนอนุบาลและผู้ปกครอง พบว่า ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก ประสบการณ์ การดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแลเด็ก และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรค สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าและปากได้ร้อยละ 14

3. รูปแบบที่ 3 ศึกษาในลักษณะของการทดลองเพื่อจัดโปรแกรมการพัฒนา พฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นนี้จำนวนน้อย ดังเช่น งานวิจัยของ อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรค มือเท้าและปากในวัยเด็กโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงบันดาลใจทาง สังคมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในวัยเด็กสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการคัดกรองโรคเบื้องต้น ส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล และส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาพัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นได้ และการได้รับอุปกรณ์สนับสนุนการป้องกันโรคมือเท้าและปากล่วงหน้าทำให้สามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. รูปแบบที่ 4 การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งในขณะที่ผู้วิจัยทำการศึกษาพบเพียงหนึ่งงานวิจัย เป็นการศึกษาของพัชราภรณ์ ไพศายมาศ (2554) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาถึงการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปาก ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า ผู้ดูแลเด็กและเด็กมีการล้างมือจริง แต่พบว่าเป็นการล้างมือที่ไม่ถูกต้องตามขั้นตอนของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีการใช้ผ้ากันเปื้อนร่วมกันในเด็ก และบางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีการใช้ถุงมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พบว่า มีนักวิจัยและนักวิชาการสนใจและทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาใน 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 2) การศึกษาเพื่อวัดระดับการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 3) การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผ่านโปรแกรม 4) การศึกษาเชิงคุณภาพมีจำนวนไม่มากนัก เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมโดยทั่วไปในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปากแล้ว

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับตัวแปร ความหมาย และการวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในส่วนต่อไปจะกล่าวถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กต่อไป

ตอนที่ 5 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ผลการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปาก ผลการวิจัยพบข้อมูลที่สำคัญว่า เงื่อนไขเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก มีความสำคัญมากในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งความรู้ดังกล่าวนั้นไม่ใช่เป็นเพียงแค่ว่าความรู้ ความเข้าใจเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการนำความรู้ที่ได้รับมาไปปรับใช้ในการทำงานด้วย จึงจะเกิดผลต่อพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ในส่วนของเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก เช่น การคัดกรองโรคมือเท้าและปาก การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 7 ขั้นตอน เป็นต้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมีเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้ที่เด็กที่ตนดูแลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปาก และรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคมือเท้าและปากว่าส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ จะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในทำนองเดียวกันผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงและมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่พึงประสงค์มากขึ้น จากข้อค้นพบดังกล่าว ในงานวิจัยนี้ตัวแปรทางจิตเป็นสิ่งที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่จะทำการพัฒนาลักษณะทางจิตของผู้ดูแลเด็กซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในลำดับต่อไป

ในส่วนตัวไป ผู้วิจัยจึงขอประมวลแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม (Bloom's Taxonomy) (Bloom, 1956) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1986) โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ความหมาย 2) การวัด และ 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการนำไปสร้างรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากต่อไป

แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม (Bloom's taxonomy) ด้านการรู้คิด (cognitive domain)

ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา มีนักวิชาการในสาขาต่างๆ ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความรู้ในมุมมองที่หลากหลาย อาทิเช่น ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายของความรู้ ว่าหมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความรู้ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติในแต่ละสาขา เช่น ความรู้เรื่องเมืองไทย ความรู้เรื่องสุขภาพ ในส่วนของ Bloom (1956) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการ และกระบวนการต่างๆ รวมถึงวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ ต่อมา Good (1973) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ เป็นความจริง (Truth) ข้อเท็จจริง (Fact) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากประสบการณ์ต่างๆ และ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ โดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น หรือได้ยิน ได้ฝึก จำได้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี รูปแบบ กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา ทั้งนี้ จากการประมวลความหมายของความรู้ ดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความรู้หมายถึง ความจริงหรือข้อเท็จจริง สารสนเทศ ที่ได้จากการศึกษา การค้นคว้า หรือจากประสบการณ์ ที่ได้มาจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้คิด และได้ฝึกปฏิบัติ

สำหรับความรู้ตามแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายทางการศึกษาของ Bloom (1956) ซึ่งความรู้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เทียบได้กับองค์ประกอบด้านความรู้คิดหรือพฤติกรรม การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) โดยการเรียนรู้คิดนั้นประกอบด้วยความรู้ใน 6 ระดับเรียงลำดับจากความรู้ในขั้นพื้นฐานไปสู่ความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป (Bloom, 1956; อรพินทร์ ชูชม, 2545) ดังนี้ 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการจดจำ การระลึกได้ ในประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือสิ่งที่ได้เรียนรู้มาแล้ว แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ความรู้เฉพาะในเนื้อเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ และ ความรู้รวบยอดและนามธรรม 2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในขยายความรู้ความจำให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การแปลความ การตีความ และการขยายความ 3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำเอาหลักการความรู้ ความเข้าใจ วิธีการ ทฤษฎี หรือกฎเกณฑ์ในเรื่องต่างๆ ที่มีอยู่เดิมไปประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาได้ 4) การวิเคราะห์ (Analysis)

เป็นความสามารถที่จะจำแนกแยกแยะเรื่องราวข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ใดๆ เป็นส่วนย่อยๆ ว่าประกอบไปด้วยอะไรบ้าง แต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กันอย่างไร แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การวิเคราะห์ส่วนประกอบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และ การวิเคราะห์หลักการ 5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสาน รวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ เข้าด้วยกันให้เป็นส่วนรวมที่มีแบบแผนโครงสร้างใหม่ที่ดีกว่าเดิม แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การสังเคราะห์การสื่อสาร การสังเคราะห์การวางแผน และ การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ และ 6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการพิจารณาตัดสินให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ โดยมีการกำหนดเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสินประเมินค่า พฤติกรรมการประเมินผลเป็นพฤติกรรมด้านรู้คิดที่สูงที่สุด ซึ่งการประเมินผลแบ่งตามเกณฑ์ได้ 2 ประเภท คือ การประเมินผลโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน และ การประเมินผลโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายนอก

จะเห็นว่าระดับขั้นของความรู้ทั้ง 6 ระดับ ดังกล่าว ในระดับความรู้เป็นระดับความรู้ที่ไม่ได้ใช้ความคิด แต่เป็นพื้นฐานที่ได้รับความรู้แล้วเกิดการจดจำ จึงถือว่าความรู้เป็นพื้นฐานเพื่อให้เกิดทักษะการคิด ซึ่งเริ่มในระดับง่าย ๆ จากความเข้าใจ เมื่อผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจแล้ว สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ เมื่อมีการฝึกฝนต่อมาจะพัฒนาการความคิดในระดับสูงขึ้น คือ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล ต่อมา Anderson and Krathwohl (2001) ได้ปรับปรุงการจัดประเภทของความรู้ (The Revised Cognitive Taxonomy) โดยได้แบ่งการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยของผู้เรียนออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ 1) การจำ (Remembering) 2) ความเข้าใจ (Understand) 3) การประยุกต์ (Apply) 4) การวิเคราะห์ (Analyzing) 5) การประเมินค่า (Evaluating) และ 6) การสร้างสรรค์ (Create)

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแนวคิดทางพุทธิปัญญาของ Anderson and Krathwohl (2001) กับพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ของ Bloom (1956) มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งมีส่วนที่แตกต่างกัน คือ มีการปรับเปลี่ยนระดับของการเรียนรู้ โดยแอนเดอสัน และ กราทโฮว มองว่าในมิติด้านการประเมินค่า (Evaluate) ควรมาก่อนการสังเคราะห์ (Synthesis) เนื่องจากเห็นว่าในเรื่องของการสังเคราะห์คือการสร้างสรรค์ (Create) การใช้ความคิดสร้างสรรค์ หรือการเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นลำดับสุดท้ายของการเรียนรู้

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ประยุกต์แนวคิดของ Bloom (1956) มาใช้ในการวัดความรู้ใน 3 ระดับแรก คือ ความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ เช่น งานวิจัยของ รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์

(2555), พรรณรัตน์ เป็นสุข (2555), อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556), อัจจิมา ชนะกุล (2558) และ ภัทร วาสนา (2558) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดของ Bloom (1956) เป็นหลักในการสร้างแบบวัดความรู้ โดยสรุปความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำ เข้าใจ และการนำไปใช้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากในเรื่องของสาเหตุ การติดต่อ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการจัดระบบความรู้ ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของ Bloom (1956) ด้านการรู้คิด ในส่วนต่อไปจะขอลงถึงหลักการการจัดกิจกรรมหรือการสอนเพื่อพัฒนาความรู้ และงานวิจัยที่นำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

รูปแบบกิจกรรมจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม

หลักการการจัดกิจกรรมหรือการสอนเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนนั้น สามารถทำได้ โดยผู้สอนเป็นผู้ดำเนินการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันไป ซึ่งมีความเหมาะสมกับการพัฒนาความรู้ในระดับต่างๆ ซึ่งไม่มีวิธีสอนใดดีที่สุด ผู้สอนควรเลือกใช้วิธีการสอนหลากหลายวิธี เพื่อช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ (ทิสนา เขมมณี, 2545) ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ประมวลวิธีการสอนในรูปแบบต่างๆ ดังนี้ 1) การบรรยาย (Lecture) มุ่งช่วยให้ผู้เรียนจำนวนมากได้เรียนรู้เนื้อหาสาระ หรือข้อความรู้จำนวนมากในเวลาจำกัด หลังการบรรยายทุกครั้งจะต้องมีการอภิปรายสรุป มีการซักถาม และประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วย 2) การสาธิต (Demonstration) การสอนด้วยวิธีการนี้เป็นวิธีการช่วยให้ผู้เรียนได้เห็นการปฏิบัติจริงด้วยตาตัวเอง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือการปฏิบัตินั้นชัดเจนขึ้น เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้น จนสามารถปฏิบัติได้ 3) การทดลอง (Experiment) เป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้ผู้เรียนรายบุคคลหรือรายกลุ่มเกิดการเรียนรู้โดยการเห็นผลประจักษ์ชัดเจนจากการคิดและการกระทำของตนเอง ทำให้การเรียนรู้นั้นตรงกับความเป็นจริง ได้รับประสบการณ์ตรงจากการทดลอง 4) การนิรนัย (Deduction) เป็นวิธีการที่ให้ผู้เรียนฝึกนำทฤษฎี หลักการ กฎ หรือข้อสรุปนั้นไปในสถานการณ์ใหม่ๆ ที่หลากหลาย 5) การอุปนัย (Inductive) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ สามารถจับหลักการ หรือประเด็นสำคัญ และสรุปเป็นหลักการได้ด้วย

ตนเอง 6) การอภิปราย (Discussion) ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีโอกาสสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อที่สนใจร่วมกัน 7) การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นวิธีการที่ให้ผู้เรียนสวมบทบาทในสถานการณ์ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความเป็นจริง และแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิดของตน 8) กรณีตัวอย่าง (Case) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เรียนฝึกฝน การเผชิญและแก้ปัญหาโดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาจริง และ 9) การใช้เกม (Game) เป็นวิธีการที่ ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างสนุกสนานและท้าทายความสามารถ โดยนำผลการเรียนรู้ไป ใช้ในการอภิปรายเพื่อสรุปการเรียนรู้

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีวิธีการสอนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หรือมีความรู้ นั้นมีหลากหลายวิธีการ ตั้งแต่การที่ผู้เรียนไม่ได้มีบทบาทมากนัก ผู้เรียนมีส่วนร่วมในบางขั้นตอน ของการเรียนการสอน ไปจนถึงการที่ผู้เรียนได้ลงปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งแต่ละวิธีการล้วนมี จุดประสงค์ในการให้เกิดความรู้แต่ละระดับแตกต่างกันไป ดังนั้น ผู้สอนจึงควรเลือกวิธีการให้ เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้หรือความรู้ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียนเป็นสำคัญ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีนักวิชาการได้ประยุกต์กิจกรรมเพื่อพัฒนา ความรู้ในโปรแกรมสุขศึกษา/โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่ง รูปแบบของกิจกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้าและปาก 2) การสาธิตวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก 3) ฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน ฝึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก และฝึกการคัด กรองโรคมือเท้าและปากเบื้องต้น และ 4) การอภิปรายกลุ่ม (กมลชนก ดันดีพัฒนมะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนงญาติ และคณะ, 2559; สฐิตมา โกศลวิตร, นิตยา เจริญยุทธ, ทานตะวัน คาวัง, และ กิตติคุณ คัชรินทร์, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เทคนิค ในการพัฒนาความรู้ในโปรแกรม ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การสาธิตการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก และการล้างมือ 7 ขั้นตอน การฝึกการคัดกรองโรคมือ เท้าและปาก และการล้างมือ 7 ขั้นตอน ฝึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก สถานการณ์ สมมติ กรณีศึกษา การอภิปราย และการเล่นเกม

การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก พบว่า สิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ (2553) ได้พัฒนาแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .80 ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบจำกัดคำตอบคือ แบบถูก-ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ต่อมา รัตติญา เจริญโชคพานิชย์ (2555) ได้สร้างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบจำกัดคำตอบคือ แบบถูก-ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน นอกจากนี้ พรรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ได้สร้างแบบวัดความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .78 ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบจำกัดคำตอบคือ แบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ส่วน อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) ได้สร้างแบบวัดความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบจำกัดคำตอบคือ แบบถูก-ผิด จำนวน 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน และ สมพงษ์ ภูผิวฟ้า (2557) ได้ใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบปรนัยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ก ข และ ค โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม (Bloom's taxonomy) ด้านการรู้คิด (Cognitive domain) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; อัจจิมา ชนะกุล, 2558; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) ร่วมกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก-ผิด แต่ละข้อมีคะแนนเท่ากับ 1 สำหรับข้อถูก และมีคะแนนเท่ากับ 0 สำหรับข้อผิด มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมาก แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับผลการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กนั้น พบในผลในการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) และพบว่าความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ (Thi Nga, Pongjaturawit, & Chaimongkol, 2016; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; สีวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ, 2553; อัจจิมา ชนะกุล, 2558)

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดความรู้ รวมทั้งงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในส่วนต่อไปจะขอกล่าวถึงแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จะช่วยให้บุคคลไม่รู้สึกหวาดหวั่นลัวงหน้าและทำให้เกิดความเพียรพยายามไม่ทอดทิ้งเมื่อพบอุปสรรค หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น การที่บุคคลมีความพยายามทำงานในสภาพที่บีบคั้นให้สำเร็จและได้ผลตามที่ได้คาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความกลัวน้อยลงเมื่อต้องประสบกับสภาพการณ์เดิม (Bandura, 1986) ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ ดังนี้

Bandura (1986) ให้คำนิยามว่า เป็นการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการระบบและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลเป็นไปตามแบบแผนที่กำหนดไว้ ต่อมา Schunk (2004) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนไว้ว่า เป็นความเชื่อบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมตามความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งไม่เหมือนกับสิ่งที่เรารู้ว่าจะทำอะไร แต่เป็นการประเมินความสามารถและทักษะของตนออกมาเป็นการกระทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ ส่วน ประทีป จินฉิ่ง (2540) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจจะมีความคลุมเครือ

ไม่ชัดเจน มีความแปลกใหม่ที่ไม่สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้มักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ การรับรู้ความสามารถของตนนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลที่อยู่ในขณะนั้นเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่า เขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับ วิลลาสลักซ์ (2543) ซึ่งให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถของตน เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถในการจัดระบบและกระทำเพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนดได้ และ นภาพร ปรีชามารอด (2545) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนว่าสามารถกระทำพฤติกรรมบางอย่างในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งการรับรู้ความสามารถส่วนตนเองนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคล ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ด้วยทักษะที่เขามีอยู่

แบนดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพการแสดงออกจึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนในสภาพการณ์นั้นๆ กล่าวคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น แบนดูราได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้ แบนดูรา ได้เสนอแนะแหล่งของการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน 4 วิธี (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่ประสบ

ความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ได้รับและประสบผลสำเร็จ ทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองได้ เพราะเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะทำได้ 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การมีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลของการกระทำตามที่คาดหวังทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าตนก็สามารถทำได้ หากมีความพยายามจริงและไม่ย่อท้อ 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

โดยสรุป การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลเด็กว่า ตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและทำพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้มากน้อยเพียงใด เพื่อลดความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วย การรักษานามัยส่วนบุคคล การรักษานามัยของเด็ก และการรักษานามัยสิ่งแวดล้อม

รูปแบบกิจกรรมจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สำหรับแหล่งในการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 4 วิธี ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ จากแนวคิดนี้ แบนดูราได้เสนอรูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977a) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แหล่งของการสร้างการรับรู้ ความสามารถของตนเอง	รูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมและพัฒนา การรับรู้ความสามารถของตนเอง
1. ประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ	- แบบอย่างของบุคคลที่อยู่รอบข้าง (Participant modeling) - การเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป (Performance desensitization) - ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Performance exposure) - การสอนการกระทำด้วยตนเอง (Self-instructed performance)
2. การใช้ตัวแบบ	- การได้เห็นตัวอย่างจริง (Live modeling) - การได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่น (Symbolic modeling)
3. การใช้คำพูดชักจูง	- การได้รับคำแนะนำ (Suggestion) - การได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Exhortation) - การสอนตัวเอง (Self-instruction)
4. การกระตุ้นทางอารมณ์	- คุณลักษณะประจำตัว (Attribution) - การผ่อนคลาย - การเผชิญการกระตุ้นซ้ำ อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Symbolic desensitization) - การกล้าที่จะเผชิญกับการกระตุ้นซ้ำ (Symbolic expose)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้างกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษา/โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้สูงขึ้น ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) สร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ เช่น การฝึกปฏิบัติล้างมือ 7 ขั้นตอน การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ ของเล่น และการจัดสภาพแวดล้อม 2) การใช้ตัวแบบ เช่น การใช้ตัวแบบจากครอบครัวตัวอย่างในชุมชน เป็นลักษณะการใช้ตัวแบบจริงเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้กับบุตรหลานที่ดี และการใช้ตัวแบบจากสื่อ เป็นลักษณะการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ เช่น การใช้วีดีทัศน์ คู่มือบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก ภาพพลิก บ้ายไวนิลการล้างมือ แผ่นพับ ซีดีเพลงล้างมือ และซีดีหมอลำสอนป้องกันโรค และ 3) การใช้คำพูดชักจูง เช่น การกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจด้วยคำพูด และการให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการปฏิบัติ (กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนองญาติ

และคณะ, 2559; ลีติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบในโปรแกรม โดยใช้รูปแบบกิจกรรมข้างต้นปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) กิจกรรมสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน การคัดกรองโรคมือเท้าและปาก และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
- 2) กิจกรรมการใช้ตัวแบบ ประกอบด้วย ใช้ตัวแบบจากผู้ดูแลเด็กที่มีการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ที่มีประสิทธิภาพมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ตัวแบบจากสื่อรูปแบบต่างๆ เช่น คลิปวิดีโอ บ้ายไวนิล การล้างมือ แผ่นพับ คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และ
- 3) กิจกรรมการใช้คำพูดชักจูง ประกอบด้วย การพูดให้กำลังใจ รวมทั้งการให้คำแนะนำและคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีนักวิจัยได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก ไว้จำนวนหนึ่ง ดังเช่นในงานวิจัยของ พรรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .77 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วย” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม และ อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม (2556) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีทั้งหมด 10 ข้อ มี 3 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ในส่วนของ Thi Nga et al. (2016) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .85 มีทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยที่สุด” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วยที่สุด” ให้ 5 คะแนน ต่อมา ดาว เวียงคำ และคณะ (2560) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของ

แบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .72 มีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบวัดจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Thi Nga et al., 2016; จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภัย, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555) ร่วมกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 20-120 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก สูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับหลักการของแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในส่วนต่อไปจะขอกกล่าวถึงงานวิจัยที่นำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มผู้ดูแลเด็กต่อไป

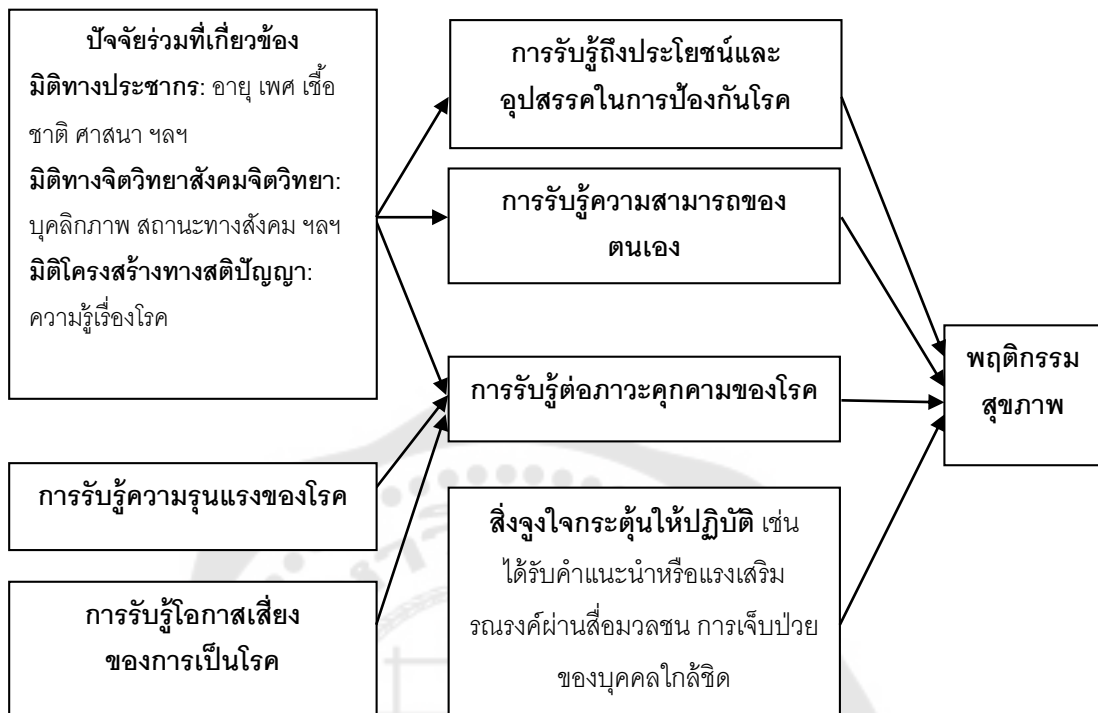
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พบในการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556) และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ (Thi Nga et al., 2016; แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ, 2558; จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภัย, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560)

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในโปรแกรม ในส่วนต่อไปจะขอกกล่าวถึงแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเป็นรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางจิตจิตวิทยา (Psychological health behavior change) ตามที่ Rosenstock (1974) ได้ตั้งสมมติฐานว่าบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจที่ได้ตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยสภาพความพร้อมนั้นคือการรับรู้ที่ตนเองอยู่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และจะเกิดความรุนแรงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่ามีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ บุคคลนั้นก็จะเชื่อในประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา คือ ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากสองปัจจัย คือ 1) การรับรู้คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำพฤติกรรมในความคิดของบุคคลนั้นก่อนแล้วจึงจะแสดงพฤติกรรมนั้น 2) เกิดความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะมีโอกาสทำให้ได้ผลลัพธ์นั้นเกิดขึ้น จากทฤษฎีเริ่มต้นของ Rosenstock (1974) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นเกิดจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลและสิ่งจูงใจ ต่อมา Rosenstock et al. (1988) ได้พัฒนาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยกระตุ้นชักจูงนำไปสู่การปฏิบัติ จากภาพประกอบ 1 พบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี 7 องค์ประกอบที่เป็นสาเหตุหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและค่าใช้จ่ายและการรับรู้อุปสรรค (Perceived benefits and cost/barriers) 4) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) 5) สิ่งจูงใจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to action or health motivation) 6) ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง (Modifying factors) และ 7) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ซึ่งสองปัจจัยหลังที่เพิ่มขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมดำรงชีวิต (Lifestyle) ในการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะการศึกษาพฤติกรรมเกิดโรคติดต่อเท่านั้น ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

ที่มา : ดัดแปลงจาก Rosenstock et al. (1988)

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปร	การนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม - การคัดกรองหรือประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค - จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การสนทนากลุ่มระหว่างผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการให้ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง - การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เช่น ระยะของอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่รอบด้าน - การวิเคราะห์หรือประเมินผลเสียที่จะเกิดตามมาจากการป่วยเป็นโรคนั้นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม - จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค เช่น การจัดสนทนากลุ่มระหว่างผู้เสี่ยงกับตัวแบบที่กำลังทนทุกข์ทรมาน หรือสูญเสียโอกาสด้านต่างๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นโรคนั้นๆ - การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค - การวิเคราะห์ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคนั้นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม - จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค เช่น การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดผลกระทบทางบวก - การประเมินเปรียบเทียบระหว่างผลดีและผลเสียของการทำพฤติกรรมสุขภาพ - การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	การนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	<ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม - การให้ข้อมูลที่จริงเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค - วางแผนเพื่อจัดหรือลดอุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น - การมีส่วนร่วมในการจัดและลดอุปสรรคของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนที่ทำงาน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีระบบการช่วยเหลือที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการประเมินผลการจัดหรือลดอุปสรรค - การยกตัวอย่างกรณีศึกษา (Case studies)

ที่มา : จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

ความหมายการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่า มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไว้ เช่น Rosenstock (1974) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต มีความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน และผลกระทบที่มีต่อบทบาทสังคม หรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคมเพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าจะเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสียอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของตนเองแล้ว บุคคลผู้นั้นก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ในบริบทของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้มีนักวิจัยได้ให้ความหมายไว้ เช่น พรณรัตน์ เป็นสุข (2555) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การรับรู้ข้อมูลของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่มีต่อความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าและปากซึ่งเป็นโรคติดต่อที่ทำให้ป่วย ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองเพื่อการรักษา หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เสียชีวิตได้ และ อุดมลักษณ์

เพียรสุขเวช (2556) ที่ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็ก ตระหนักถึงปัญหาโรคมือเท้าและปากซึ่งก่อให้เกิดความพิการ หรือทำให้เด็กเสียชีวิตได้ รวมถึงผลกระทบต่อหน้าที่การงาน รายได้ และผลกระทบทางจิตใจของผู้ปกครองด้วย

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงผลกระทบอันเกิดจากโรคมือเท้าและปากในเด็กทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

จากการประมวลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีนักวิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมได้ดังนี้ 1) กิจกรรมการบรรยาย/อบรมให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมกลุ่มโดยนำเสนอตัวอย่างผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก การให้ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์เล่าถึงความรุนแรง และการสูญเสียทั้งเงินและเวลาในการดูแลบุตรหลาน 3) กิจกรรมกลุ่มร่วมอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบต่อเด็ก 4) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคผ่านสื่อ ได้แก่ วีดิทัศน์ กลอนหมอลำ แผ่นพับ และ 5) กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อไปกระตุ้นคนในครอบครัวให้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก (กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนงญาติ และคณะ, 2559; ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เทคนิคในการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคในโปรแกรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก เนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายจากโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมการอภิปรายจากกรณีตัวอย่างเพื่อประเมินผลกระทบจากการเกิดโรคมือเท้าและปาก และ 3) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวีดิโอข่าว คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และแผ่นพับ

การวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

จากการศึกษาการวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก พบว่า พรรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .88 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ต่อมา อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม (2556) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .77 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ในส่วนของ อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช (2556) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .83 ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วย” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม และ ภัทร วาสนา (2558) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .94 โดยทำเครื่องหมายถูกลงหน้าคำตอบในช่องเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เกณฑ์การตัดสินโดยการรวมคะแนนทุกข้อคำถามเป็นคะแนนรวม ถ้าคะแนนรวม เท่ากับ 3 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าและปากในระดับที่มาก และถ้าคะแนน น้อยกว่า 3 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าและปากในระดับที่น้อย

สำหรับการวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากในงานวิจัยครั้ง ผู้วิจัย สร้างข้อคำถามจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) ร่วมกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยสร้างข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมาก แสดงว่า เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากสูงกว่า ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรบน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยในช่วงที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยพบในการวิจัยที่ทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) และในงานวิจัยเชิงสาเหตุพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปรานภัย, 2560; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในโปรแกรม ในส่วนต่อไปจะ ขอกกล่าวถึงแนวคิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี การวัด และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

ความหมายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่า มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไว้ ดังเช่น Rosenstock (1974) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคคือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกัน ออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้ง ในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ในบริบทของการป้องกันโรค มือเท้าและปากได้มีนักวิจัยได้ให้ความหมายไว้ เช่น พรรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ได้ให้ความหมาย ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การรับรู้ข้อมูลของผู้ปกครองเด็ก ก่อนวัยเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปากหรือการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง เหมาะสม ได้แก่ การสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดีการไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลัง การใช้ หิ้งน้ำห้องส้วม การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม สอดคล้องกับ อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช (2556) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล เด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กว่าโอกาสที่เด็กเล็กสามารถติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก ได้จากปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมือเท้าและปากและการติดต่อ

โดยสรุป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับโอกาสที่เด็กจะเป็นโรคมือเท้าและปากจากปัจจัยเสี่ยงและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

รูปแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

จากการประมวลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีนักวิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมได้ ดังนี้

- 1) กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ การระบาดของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแหล่งแพร่เชื้อโรคของโรคมือเท้าและปาก
- 2) กิจกรรมกลุ่มโดยนำเสนอตัวแบบผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก เนื้อหาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก
- 3) กิจกรรมกลุ่มโดยการอภิปรายเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก
- 4) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วีดิทัศน์ กลอนหมอลำ แผ่นพับ และ
- 5) กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้กับครอบครัวในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากของบุตรหลานเพื่อให้ทั้งตัวผู้ปกครองและครอบครัวเชื่อว่าบุตรหลานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปาก (กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; จิตติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เทคนิคในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความรู้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากเนื้อหาเกี่ยวกับการระบาดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมการอภิปรายจากกรณีตัวอย่าง เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก และ 3) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวีดีโอข่าว คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับ เป็นต้น 4) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านเกม

การวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

จากการศึกษาการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากพบในงานวิจัยของ พรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .77 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ส่วน อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม (2556) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .77 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม ต่อมา อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช (2556) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ถึง “เห็นด้วย” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม และ ภัทร วาสนา (2558) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .75 โดยทำเครื่องหมายถูกในช่องเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เกณฑ์การตัดสินโดยการรวมคะแนนทุกข้อคำถามเป็นคะแนนรวม ถ้าคะแนนรวม เท่ากับ 3 แสดงว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือเท้าและปากในระดับที่มาก และถ้าคะแนนรวม น้อยกว่า 3 แสดงว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือเท้าและปากในระดับที่น้อย

การวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) ร่วมกับผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 13-78 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมาก แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากสูงกว่า ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยในช่วงที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยพบในการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) และในงานวิจัยเชิงสาเหตุพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรารภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในโปรแกรม ในส่วนต่อไปจะขอกล่าวถึงแนวคิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ความหมายการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนพบว่ามีนักวิชาการได้ให้ความหมายถึงการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไว้ ดังนี้ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายในประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกเมื่อย่ำ ส่วนประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของโรคมือเท้าและปาก พบว่า อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมและป้องกันโรคมือเท้าและปากว่า หมายถึง การที่ผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคมือเท้าและปากเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่โดยการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสีย

ของเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากในเด็ก ซึ่งจะข้อดีมากกว่าข้อเสียในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงประโยชน์หรือผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก

รูปแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการประมวลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีนักวิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษา หรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมได้ ดังนี้ 1) กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยมีการสาธิต การสอน และการฝึกปฏิบัติวิธีการล้างมือที่ถูกต้องตามขั้นตอน 3) กิจกรรมสรุปสาระสำคัญโดยวิทยากร 4) กิจกรรมการให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก และ 5) กิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคมือเท้าและปาก (กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; สิริติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เทคนิคในการสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคในโปรแกรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมบรรยายให้ความรู้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างถูกต้อง 2) กิจกรรมการสาธิตและการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองโรค การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการดูแลความสะอาดของใช้และสถานที่ 3) กิจกรรมการอภิปรายผลดีและผลเสียจากกรณีตัวอย่างถึงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 4) กิจกรรมสรุปสาระสำคัญโดยวิทยากร 5) กิจกรรมสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวิดีโอการล้างมือ 7 ขั้นตอน คลิปวิดีโอศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับ และ 6) กิจกรรมกลุ่มร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการศึกษาการวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พบว่ามีการพัฒนาแบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในงานวิจัยของ อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม และงานวิจัยของ จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ (2559) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .87 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “น้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน ถึง “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม

ในการวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) ร่วมกับผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อเป็น มาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 10-60 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมาก แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในงานวิจัยในช่วงที่ผ่านมา มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยพบในการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) และในงานวิจัยเชิงสาเหตุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในโปรแกรม ในส่วนต่อไปจะกล่าวถึงแนวคิดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ความหมายการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีนักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติไว้ ดังนี้ Pender et al. (2006) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ ประกอบด้วยอุปสรรคภายในและภายนอก อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และอุดมลักษณ์ เพ็ญสุขเวช (2556) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้า เมื่อนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมือเท้าและปาก การเสียเวลา เสียการเรียนผลกระทบต่อการทำงานของผู้ปกครอง ผลกระทบต่อรายได้ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงจิตใจความเครียด วิตกกังวล เมื่อเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก

จากความหมายของการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงสิ่งที่ยกขัดขวางที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้

รูปแบบกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการประมวลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีนักวิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษา หรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมได้ดังนี้ 1) กิจกรรมการให้คำแนะนำปรึกษาการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง 2) กิจกรรมกระตุ้นเตือนพร้อมให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ การใช้โปรแกรมไลน์ (Line) และ 3) กิจกรรมการอภิปรายเพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่เหมาะสม (กมลชนก ตันติพัฒน์มนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; สิริติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เทคนิคเพื่อลดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในโปรแกรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการอภิปรายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กร่วมกันค้นหาอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พร้อมหาแนวทางการแก้ไข และ 2) กิจกรรมการให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

การวัดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากการศึกษาการวัดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พบว่า อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช (2556) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม และพบในงานวิจัยของ จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ (2559) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .87 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จาก “น้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน ถึง “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก สำหรับข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม

ในการวัดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก จากงานวิจัยของ อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช (2556) ร่วมกับผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับ

บริบทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ชื่อ แต่ละชื่อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน การแปลผล ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมาก แสดงว่า เป็นผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยพบในการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) และในงานวิจัยเชิงสาเหตุพบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์ราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภัย, 2560; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดการลดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้า รวมทั้งงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในโปรแกรม ในส่วนต่อไปจะขอก้าวถึงแนวคิดจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ใช้ในการขับเคลื่อนกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ความหมายของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

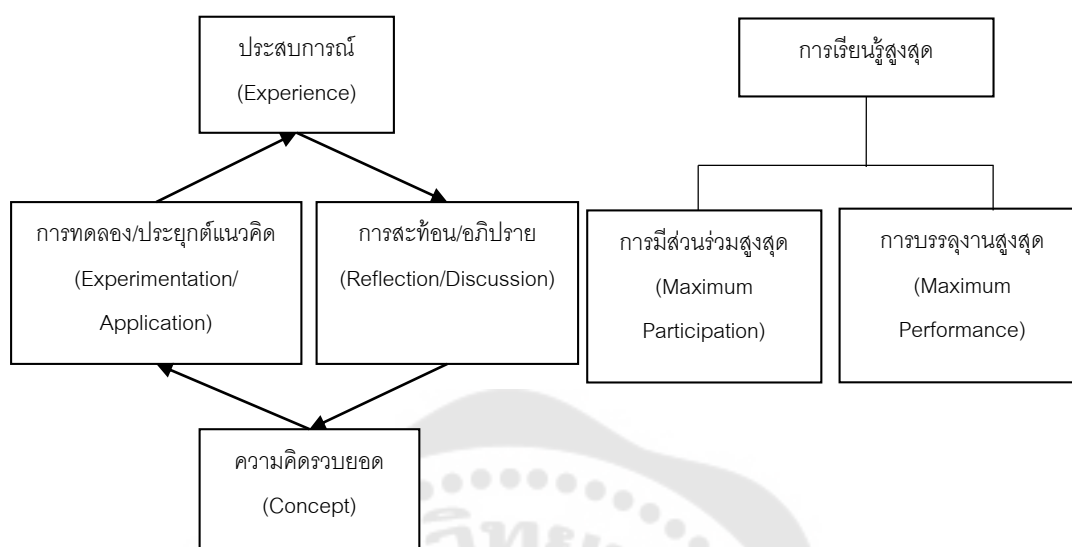
สำหรับความหมายของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่าได้มีนักวิจัยและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้ สุมนตา พรหมบุญ (2541) ได้อธิบายถึงจุดเน้นของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมคือการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางด้านจิตใจ การได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะชีวิต การแสวงหาความรู้ การคิด การจัดการความรู้ การแสดงออก การสร้างความรู้ใหม่ และการทำงาน ต่อมา สมใจ ปราบพล (2544) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้เรียนแต่ละคนมีส่วนร่วมโดยการเอาจิตใจเข้าร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งอาศัยหลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะการแสวงหาความรู้

ทักษะการบันทึกความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการความรู้ ทักษะการแสดงออก ทักษะการสร้างความรู้ใหม่และทักษะการทำงานกลุ่ม และ อรจรีย์ ณ ตะกั่วทุ่ง (2545) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจเลือกบทเรียนที่ต้องการเรียนรู้ในลักษณะกลุ่มหรือการศึกษาด้วยตนเอง ผู้เรียนจะร่วมกันจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทุกขั้นตอน ฝึกปฏิบัติการวางแผนการทำกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันและทำรายงานผลการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนแต่ละคนได้นำประสบการณ์ของตนที่สะสมมาในอดีตมาแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นในกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อฝึกทักษะหรือแก้ไขปัญหาซึ่งจะทำให้ผู้เรียนรู้แจ้งเห็นจริงเนื่องจากผู้เรียนจะได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในทุกกิจกรรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากที่สุด

หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547) กล่าวว่า หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมักใช้กับผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในสิ่งนั้นๆ มาแล้ว ประกอบด้วยหลักสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) 2) การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) 3) การทดลอง/ประยุกต์ใช้แนวคิด และ 4) ให้เกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) อธิบายถึงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ที่เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะได้ดีที่สุด ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนั้นประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐานสำคัญ 2 อย่าง คือ 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และ 2) กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่มา: ดัดแปลงจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543)

โดยสรุป หลักสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ประกอบด้วย 2 แนวคิดสำคัญ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม โดยนำมาใช้ในการขับเคลื่อนกิจกรรมในโปรแกรมในการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กนำประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่มาร่วมสร้างและขยายความรู้ให้กว้างขวางโดยใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วมในการอภิปราย เสนอแนวคิด และร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดระยะเวลาของโปรแกรม ในหัวข้อต่อไปจะเป็นการนำเสนอรายละเอียดของแต่ละแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

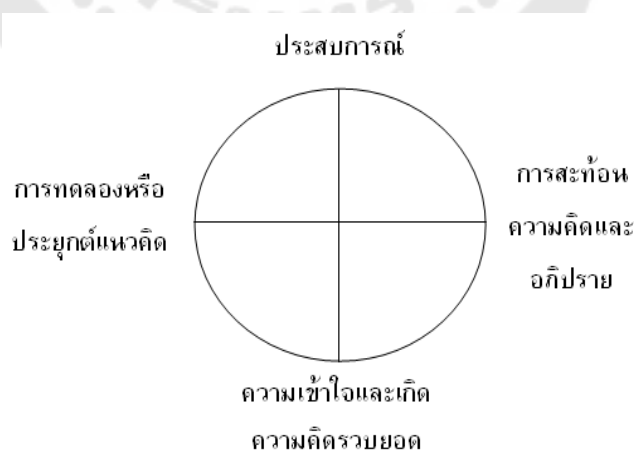
1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) คือ 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

ผู้เรียนด้วยกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน 4) มีปฏิสัมพันธ์ที่ทำการทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่าย ความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง และ 5) มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือ ในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

โดยสรุป การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต้องอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็น ศูนย์กลางโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและ กัน ทำให้เกิดการขยายความรู้ให้เพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามแนวทางของ Kolb, Rubin, and Osland (1991) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ (Experience) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ ความรู้ 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflective and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียน ได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง 3) ความ เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) ผู้เรียนเกิดความ เข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม และผู้สอนช่วยแต่ง เต็มให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนประสานต่อจนเกิดความคิดนั้น สมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด และ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experiment) ผู้เรียน นำเอาสารที่ได้เรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็น แนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง แสดงดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ที่มา : ดัดแปลงจาก Kolb et al. (1991)

ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นไปอย่างมีพลวัตร โดยอาจเริ่มที่จุดใดก่อนก็ได้สามารถเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้น ในแง่ของการสอนอาจเริ่มที่จุดใดจุดหนึ่งก่อน แต่ต้องจัดให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ

องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามแนวคิดของ Kolb et al. (1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดเห็นและอภิปราย การสรุปความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมโดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของตนได้

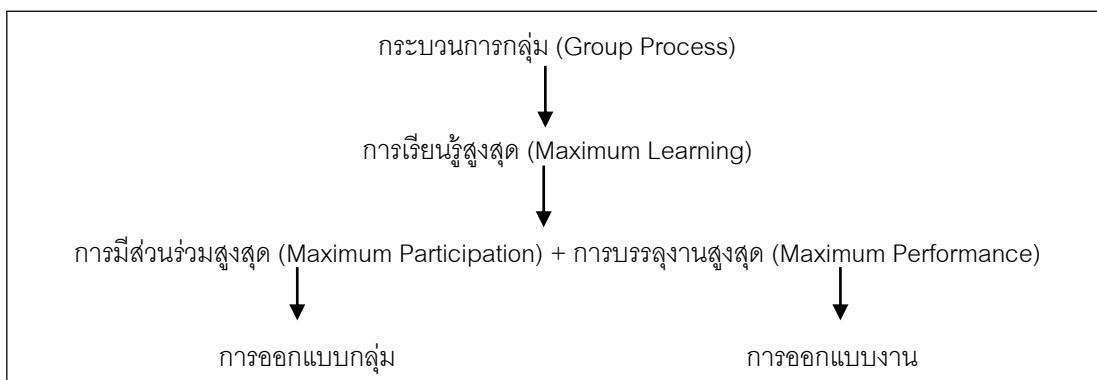
2. การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นการจัดสถานการณ์การเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ได้มีปฏิสัมพันธ์กันโดยมีแนวคิด การกระทำ และแรงจูงใจร่วมกัน แบ่งหน้าที่ช่วยเหลือกันและกันในเรื่องใดสิ่งหนึ่ง การทำงานเป็นกลุ่มที่ดีจะก่อให้เกิดผลรวมของประสิทธิภาพในการทำงานที่สูงกว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ ดังนี้ ถวิล ธาราโกชน (2523) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่าเป็นกระบวนการที่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในกลุ่ม โดยพิจารณาไตร่ตรองถึงสิ่งที่กระทำ ตลอดจนพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องให้มากที่สุด ต่อมา ชไมพร มุขโต (2526) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรมเพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้การวิเคราะห์ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้นยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมจะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหา มีเหตุผลเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น ส่วน ไสว พักขาว (2542) ได้กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึงแนวทางให้ผู้เรียนใช้กลุ่มเพื่อช่วยกันสร้างความรู้โดยประสานความร่วมมือ ประสานความคิดทำงานร่วมกันรับผิดชอบร่วมกันจนบรรลุเป้าหมาย การทำงานกลุ่มควรต้องเป็นการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ คือ หัวหน้าที่ดี สมาชิกดี และกระบวนการทำงานดี การเรียนรู้เป็นกลุ่มหรือใช้วิธีสอนกลุ่มสัมพันธ์ และ ทิศนา แคมมณี (2545) ได้กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้เรียนทำงานร่วมกัน โดยเป็นกิจกรรมดังนี้ 1) มีผู้ฟังกลุ่ม ซึ่งอาจผลัดเปลี่ยนกัน 2) วางแผน

กำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการ 3) รับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกทุกคนบนพื้นฐานของเหตุผล 4) แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ เมื่อมีการปฏิบัติ 5) ติดตามผลการปฏิบัติและปรับปรุง และ 6) ประเมินผลรวมและชื่นชมในผลของคณะ

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เน้นให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมในกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไขและประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมของโปรแกรมเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลเด็กด้วยกันในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีโอกาสร่วมคิดและตัดสินใจในภาพรวมของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้

สำหรับองค์ประกอบของการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มนั้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อรวมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด กล่าวคือ ผู้สอนต้องพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียนและกิจกรรม โดยคำนึงถึงความยากง่ายในการมีส่วนร่วม ความลึกซึ้งของการแสดงความคิดเห็นหรือผลงาน และการจัดบทบาทของผู้เรียนในการเข้ากลุ่มแต่ละประเภท นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งผู้สอนจะต้องออกแบบงานให้ดี โดยการกำหนดกิจกรรมให้มีความชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มอย่างไร กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือผู้เรียนให้ชัดเจน กำหนดโครงสร้างของงาน และบอกรายละเอียดกิจกรรมที่ชัดเจน ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม

ที่มา : ดัดแปลงจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543)

อธิบายได้ว่า ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีหลักสำคัญ คือ ต้องการให้เกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากที่สุดในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การแบ่งปันประสบการณ์ การได้สะท้อนความคิดและถกเถียง การสรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด และในทุกองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุด หรือกล่าวได้ว่า การเรียนรู้สูงสุด (Maximum Learning) เกิดจากการมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) และการบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทจะมีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น บางประเภทเอื้ออำนวยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมได้มากแต่อาจขาดความหลากหลายของแนวคิดจึงเหมาะสมสำหรับเวลาที่ผู้สอนต้องการให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ โดยยังไม่ต้องการข้อสรุปรายละเอียดของกลุ่มแต่ละประเภท การร้อยรัดกระบวนการกลุ่มที่หลากหลายเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสมในแต่ละชั่วโมงการสอนจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด มีพลวัตหรือการเคลื่อนไหวของการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อบ่งชี้และข้อจำกัดของกลุ่มแต่ละประเภท ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมกลุ่ม	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน (Pair Group)	ให้ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ต้องการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการ ออกความเห็นหรือปฏิบัติ	ขาดความหลากหลาย ทางความคิดและ ประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Group)	ให้ผู้เรียนจับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทที่ชัดเจน และหมุนเวียนบทบาทกันได้	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาท และสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลาย และความกระฉับกระชวยไปบ้าง
กลุ่มย่อยระดมสมอง (Buzz Group)	เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คนขึ้นไปชั่วคราว	ต้องการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเพื่อแสดงในเวลาสั้นๆ โดยไม่ต้องการความเห็น ข้อเสนอหรือต้องการข้อเสนอที่ไม่ลึกซึ้งมากนัก	ขาดความลึกซึ้ง ไม่มีการอภิปรายกัน
กลุ่มเล็ก (Small Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน ทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง	ต้องการให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถกเถียงอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลามาก
กลุ่มใหญ่ (Large Group)	เป็นการอภิปรายในกลุ่ม 15-30 คน	ต้องการให้เกิดการโต้แย้ง หรือตั้ง ขึ้น หรือการรวบรวมความคิด จาก กลุ่มย่อยเพื่อหาข้อสรุป	บางคนอาจให้ความ สนใจหรือมีส่วนร่วมน้อย ใช้เวลามาก
กลุ่มไขว้ (Cross-over Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอนโดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนมีความเชี่ยวชาญจากนั้นจึงให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อบูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพตนเองในการสร้างความรู้ ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมและได้เนื้อหาดีมาก	ใช้เวลามาก อาจมี ความรู้ที่ตกหล่น
กลุ่มแบ่งย่อย (Subgroup)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอนจาก 8-12 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 กลุ่มแต่ละกลุ่มถูกแบ่งเพื่อให้งานกลุ่มละ 1 งาน (ที่ไม่เหมือนกัน) จากนั้นจึงให้กลุ่มย่อยมารวมกันเพื่อบูรณาการ	ไม่มีวิทยากรประจำกลุ่มย่อยหลังแบ่งกันทำงานแล้วจะมาสรุป ความเห็นในกลุ่มใหญ่	ในการทำงานกลุ่มใหญ่ ต้องใช้วิทยากรประจำ กลุ่มช่วยดำเนินการ เพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์
กลุ่มปิรามิด (Pyramid Group)	รวบรวมความคิดเห็นริเริ่มจากกลุ่ม 2-4 คนที่ขึ้นไปเป็นชั้นๆ จนครบทั้งชั้น	สร้างความตระหนักและเข้าใจใน ความรู้สึกนึกคิดของแต่ละกลุ่ม หรือฝ่าย	ขาดข้อสรุปและความ ลึกซึ้ง

ที่มา: ดัดแปลงจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543)

การที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่มีความหลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมในแต่ละชั่วโมงสอน จะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการมีส่วนร่วมตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภท การทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มาก มีการเคลื่อนไหวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง โดยสรุป การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนนั้นขึ้นอยู่กับ การออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทจะมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับกิจกรรมและผู้ดูแลเด็กโดยใช้ทั้งกลุ่ม 3 คน (Triad Group) และกลุ่มเล็ก (Small Group) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายได้อย่างทั่วถึงและสามารถหาข้อสรุปร่วมกันของกลุ่มได้ในเวลาที่จำกัด

2.2 การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance)

จากประเภทของกลุ่มชนิดต่างๆ จะเห็นว่าแม้ผู้เรียนจะได้มีส่วนร่วมมากแต่ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ต้องใช้เวลามาก ขาดความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็น อภิปราย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงานให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด โดยมีองค์ประกอบของการกำหนดงาน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ดังนี้ 1) กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนว่าให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มย่อยอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยแค่ไหน เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอย่างไรต่อ เช่น เตรียมเสนอผลงานหน้าชั้น 2) กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกให้ชัดเจน โดยทั่วไปกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อนำมารวมในกลุ่มใหญ่จะเกิดการขยายการเรียนรู้ที่ทำให้ใช้เวลาน้อยในการเรียนรู้และน่าเบื่อ การกำหนดบทบาทแต่ละกลุ่มให้ทำกิจกรรมยังรวมถึงการกำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น เล่นบทบาทสมมติ เป็นผู้สังเกตการณ์หรือเป็นตัวแทนกลุ่มในการนำเสนอผลการทำงานกลุ่ม และ 3) กำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ผู้สอนแจ้งแก่ผู้เรียนหรือทำเป็นใบงานมอบให้กับกลุ่ม โดยจัดทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทำงานให้สำเร็จ โดยมีกรอบการทำงานที่ชัดเจนหรือสร้างเป็นตารางวิเคราะห์ให้กลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ การกำหนดใบงาน เป็นข้อความกำหนดงานที่มีรายละเอียด เพื่อให้ผู้เรียนในกลุ่มทำงานได้สำเร็จ ผลงานที่ได้จากการทำงานตามใบงานจะเป็นข้อสรุปที่มีความลึกซึ้ง เป็นไปตามประเด็นที่ผู้สอนต้องการ ใบงานใช้มากในกิจกรรมขององค์ประกอบสะท้อน/อภิปราย และการทดลอง/ประยุกต์แนวคิด และมีผลอย่างมากต่อการที่ผู้เรียนจะทำได้สำเร็จในเวลาจำกัดและตรงตามวัตถุประสงค์

และการกำหนดใบชี้แจง เป็นคำชี้แจงในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีรายละเอียดไม่มากนักจึงไม่ต้องทำเป็นใบงาน ผู้สอนอาจเขียนกระดานให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกัน ใช้มากในองค์ประกอบประสบการณ์หรือประยุกต์แนวคิด

โดยสรุป การบรรลุลงานสูงสุด ผู้สอนควรมีการกำหนดกิจกรรมที่จะทำเพื่อให้มีความชัดเจน กำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม และการกำหนดรายละเอียดของใบงานที่มีความชัดเจนซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาที่จำกัด สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดใบงานหรือใบชี้แจงให้มีความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรมซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพหรือให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการคือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม โดยแต่ละเรื่องประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนการสอนครอบคลุมจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดประสบการณ์ (experience) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กถึงประสบการณ์เดิม ทบทวนความรู้สึกถึงสิ่งที่เคยได้เห็น และเคยประสบมา ผู้วิจัยจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กนำประสบการณ์เดิมนี มาพัฒนาจนเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ชัดเจนและมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ของตนเองนำมาใช้ในการเรียนรู้และสามารถแบ่งปันให้กับผู้อื่นด้วย 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflection and discussion) เป็นขั้นที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กแสดงความคิดเห็นของตนเองให้ผู้อื่นได้รับรู้ มีความร่วมมือในการทำงานกลุ่ม มีการถ่ายทอดประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพราะประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กแต่ละคนอาจไม่เหมือนกันแม้จะเป็นผู้ดูแลเด็กเหมือนกัน และแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่มด้วยการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กได้เรียนรู้ด้วยตนเอง มีประสบการณ์การเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม 3) ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization) จากการสะท้อนความคิดและอภิปรายภายในกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กตัวแทนกลุ่มนำเสนอข้อสรุปเกี่ยวกับสาระสำคัญในเนื้อหาทำให้ผู้ดูแลเด็กได้ข้อมูลที่ครอบคลุม เกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดโดยผู้วิจัยช่วยชี้แนะและยกตัวอย่างให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experiment) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่มากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

เทคนิคในการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เทคนิคที่ใช้ในการเรียนรู้มีมากมายหลายรูปแบบ ผู้สอนควรเลือกวิธีการที่สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการเรียนรู้ด้วยตนเอง รูปแบบวิธีการที่สำคัญและใช้กันมากในกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย การระดมสมอง การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ กรณีศึกษา การศึกษาดูงาน และการใช้สื่อ การจะเลือกใช้วิธีการใดนั้น นอกจากจะเลือกวิธีการที่สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแล้ว สิ่งสำคัญในการเลือกใช้วิธีการต่างๆ ควรเลือกในส่วนที่ผู้สอนมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และทักษะในการใช้วิธีการนั้นด้วย (วรลักษณ์ ไชยทัต, 2544)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า นักวิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปสร้างเป็นกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถสรุปกิจกรรมได้ดังนี้ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ กรณีตัวอย่าง และการใช้สื่อ (จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ กรณีตัวอย่าง การแสดงบทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง และการใช้สื่อ

นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น ในประเด็นระยะเวลาการฝึกและระยะเวลาดำเนินกิจกรรม พบว่า ในแต่ละการศึกษา มีระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า มีระยะเวลาการฝึกตั้งแต่ 3 ชั่วโมง ถึง 16 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนระยะเวลาดำเนินการอยู่ในช่วงเวลา 8-12 สัปดาห์ (กมลชนก ตันติพัฒน์มนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556)

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางดังกล่าวข้างต้นเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยกำหนดระยะเวลาฝึกอบรมจำนวน 18 ชั่วโมง (3 วัน) และมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์

ตอนที่ 6 การวิจัยแบบผสมวิธี

การวิจัยแบบผสมวิธี เกิดจากแนวคิดพื้นฐานของกลุ่มสำนักคิดปฏิบัตินิยม (Pragmatists) และ สถานการณ์นิยม (Situationalist) ซึ่งสนับสนุนการใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อนำมาพร้อมกัน ศึกษาหาคำตอบสำหรับปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยเป็นการผสมกันในระดับปรัชญาปฏิฐานนิยม (Positivism) มีความเชื่อความจริงมีลักษณะเป็นวัตถุวิสัย (Objective) สามารถจำแนกแกลงนับเป็นตัวเลขได้ชัดเจน และปรัชญาปรากฏการณ์นิยม (Phenomenologism) มีความเชื่อความจริงมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) โดยมีความหมายแปรเปลี่ยนไปตามบริบท ไม่ควรที่จะจำแนกเพราะจะทำให้หมดความหมายหรือลดความหมายของความจริงนั้นไป

Creswell and Plano Clark (2011) ได้เสนอลักษณะการผสมผสานออกเป็น 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการที่เกิดเป็นลำดับ (Sequential procedures) เป็นวิธีการที่ผู้ทำวิจัยค้นหาคำตอบที่ต้องการโดยวิธีการหนึ่งๆ ในหลายๆ วิธี ซึ่งเริ่มจากวิธีการเชิงคุณภาพในการค้นหาวัตถุประสงค์และใช้วิธีการเชิงปริมาณในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสามารถที่จะสรุปผลอ้างอิงกลับไปสู่ประชากรได้ ในทำนองเดียวกันการวิจัยอาจเริ่มจากการใช้การวิจัยเชิงปริมาณ โดยเริ่มจากการทดสอบทฤษฎี แล้วใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการค้นหาข้อมูลที่จะช่วยสนับสนุนทฤษฎีนั้นๆ 2) กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน (Concurrent procedures) เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ข้อมูลเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ปัญหาหนึ่งๆ การวิจัยลักษณะนี้จะเป็นการเก็บข้อมูลโดยวิธีการเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลาเดียวกัน ทำการสรุปรวมเพื่ออธิบายปัญหาการวิจัย ดังนั้นการวิจัยรูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง จากนั้นก็ใช้การวิเคราะห์ที่ต่างกันในการตอบคำถาม และ 3) กระบวนการเปลี่ยนรูป (Transformative procedures) การที่ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีคาบเกี่ยวกันในการออกแบบการวิจัยที่ใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มุมมองนี้รวมไปถึงกรอบแนวคิดสำหรับปัญหาที่สนใจศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย ซึ่งการวิจัยในรูปแบบนี้จะรวมถึงวิธีการผสมที่เป็นลำดับหรือการผสมที่เกิดขึ้นพร้อมกัน

กระบวนการผสมวิธีดังกล่าวข้างต้น สามารถแบ่งรูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี ออกเป็น 6 รูปแบบ (Creswell & Plano Clark, 2011) สำหรับรายละเอียดของการวิจัยแบบผสมวิธี แต่ละประเภทมีดังต่อไปนี้ 1) การออกแบบคู่ขนานเข้าหากัน (Parallel convergent design) วิธีนี้มีลักษณะคล้ายการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangular) คือ นำผลการศึกษาสองวิธีในหัวข้อเดียวกันมาเปรียบเทียบกันว่าสอดคล้องกันหรือไม่ 2) การออกแบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย

(Explanatory sequential design) การออกแบบการวิจัยประเภทนี้ซึ่งเน้นการทำวิจัยแบบต่อเนื่อง เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงปริมาณก่อน แล้วนำผลที่ได้ไปศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นด้วยวิธีการเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่สอง เพื่อหาคำอธิบายประเด็นที่ค่อนข้างมีลักษณะเฉพาะเจาะจงหรือเพื่อความเข้าใจผลการวิจัยในขั้นตอนแรกที่ลุ่มลึกมากขึ้น 3) การออกแบบต่อเนื่องเชิงสำรวจ (Exploratory sequential design) การออกแบบประเภทนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องสองขั้นตอน เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาประเด็นการศึกษาที่ชัดเจน หลังจากนั้นจึงใช้วิธีเชิงปริมาณในขั้นตอนที่สอง ในการออกแบบวิธีนี้บางครั้งนักวิจัยสร้างเครื่องมือในขั้นตอนที่เชื่อมต่อการวิจัยทั้งสองประเภท เช่น สร้างเครื่องมือจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นตอนแรกเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นตอนที่สอง ดังนั้น การออกแบบประเภทนี้ บางครั้งจึงเรียกว่า การออกแบบพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development design) หรือการออกแบบติดตามผลเชิงปริมาณ (Quantitative follow-up design) 4) การออกแบบเชิงซ้อน (Embedded Design) การออกแบบเชิงซ้อนเป็นการผสมเป็นการ เชื่อมโยงการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณแทรกเข้าไปภายในการออกแบบดั้งเดิมของการวิจัยเชิงปริมาณหรือคุณภาพ โดยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลชุดที่สองอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลัง การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยหลักก็ได้ ในการออกแบบเชิงซ้อนบางประเภท ข้อมูลบางชุดอาจใช้เป็นเพียงเพื่อสนับสนุนข้อมูลหลักของการวิจัยเท่านั้น 5) การออกแบบแปลงรูป (Transformative design) การออกแบบประเภทนี้เป็นการออกแบบที่ยึดแนวคิดเชิงทฤษฎีเป็นหลัก และมักใช้ในการศึกษาความต้องการของชนกลุ่มน้อยหรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเป็นฐานในการเก็บข้อมูล แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้น การออกแบบการวิจัยจะมีลักษณะเฉพาะตัวเน้นจุดประสงค์ทางทฤษฎีเป็นหลักมากกว่า จะยึดระเบียบวิธีวิจัยเป็นหลักเหมือนการวิจัยทั่ว ๆ ไป (Tashakkori & Teddlie, 1998) และ 6) การออกแบบหลายขั้นตอน (Multiphase design) การออกแบบหลายขั้นตอนเป็นการออกแบบของการวิจัยแบบผสมวิธี ที่มีความสลับซับซ้อน เริ่มต้นจากการออกแบบที่เรียกว่าเป็นออกแบบแซนด์วิช (Sandwich design) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้วิจัยใช้การออกแบบเชิงปริมาณและคุณภาพสลับกันไปมาสามขั้นตอน เช่น ออกแบบเชิงคุณภาพก่อนแล้วตามด้วยเชิงปริมาณก่อนจบลงด้วยเชิงปริมาณอีกครั้งหนึ่ง

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และนำข้อค้นพบที่ได้มาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดและโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการวิจัยเชิงปริมาณ หลังจากนั้นเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

ตอนที่ 7 นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก วัดจากพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของตนเอง การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือด้วยสบู่หลังล้างก้น การล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสสิ่งสกปรก การสวมหน้ากากอนามัย การสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเด็กป่วย การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การใช้ผ้าปิดปากเวลาไอหรือจาม และการแยกของใช้ส่วนตัวออกจากเด็ก

1.2 ด้านการรักษาอนามัยของเด็ก หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลเด็กที่ช่วยและส่งเสริมให้เด็กมีสุขอนามัยที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองโรค การใช้ช้อนตักแบ่งอาหารให้เด็ก การดูแลให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ การดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่น การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็กออกจากกัน การแยกของเล่นที่ปนเปื้อนน้ำลายออกเพื่อทำความสะอาด และการแยกเด็กที่สงสัยป่วยออกจากเด็กปกติ

1.3 ด้านการรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลเด็กที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสะอาดของสถานที่และสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปากของเด็ก ประกอบด้วย การทำความสะอาดลูกบิด การทำความสะอาดพื้นห้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วม การทำความสะอาดอุปกรณ์รับประทานอาหาร เช่น ช้อน ถาด แก้วน้ำดื่ม การจัดการอุจจาระในส้วม การทิ้งขยะในถุงดำ การทำความสะอาดของของเล่น และการจัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก

พฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กชกร เป็นแผน, 2552; พรรณรัตน์ เป็นสุข,

2555; สีวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ, 2553; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) แบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “เป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ความสามารถในการจดจำเข้าใจของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากในเรื่องของสาเหตุ การติดต่อ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก-ผิด แต่ละข้อมีคะแนนเท่ากับ 1 สำหรับข้อถูก และมีคะแนนเท่ากับ 0 สำหรับข้อผิด ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลเด็กว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและทำพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ใน 3 ด้าน

3.1 ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง ระดับความมั่นใจของผู้ดูแลเด็กในการรักษาความสะอาดของตนเองในเรื่องของการตัดเล็บให้สั้น การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือด้วยสบู่หลังการขับถ่าย การล้างมือด้วยสบู่หลังการสัมผัสเด็กป่วย การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเวลาเจ็บป่วย การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร และการแยกของใช้ส่วนตัวออกจากเด็ก

3.2 ด้านการรักษาอนามัยของเด็ก หมายถึง ระดับความมั่นใจของผู้ดูแลเด็กในการดูแลความสะอาดให้แก่เด็กในเรื่องของการตัดเล็บมือให้สั้น การตรวจคัดกรองโรค การฝึกและดูแลให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็กออกจากกัน การจัดอาหารที่ปรุงสุกสะอาดให้เด็กรับประทาน การดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่น และการดูแลให้เด็กใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อไอหรือจาม

3.3 ด้านการรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ระดับความมั่นใจของผู้ดูแลเด็กในการดูแลความสะอาดของสถานที่และสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเรื่องของการทำความสะอาดลูกบิด การทำความสะอาดพื้นห้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วม การทำความสะอาดอุปกรณ์รับประทานอาหาร เช่น ช้อน ถาด แก้วน้ำดื่ม โต๊ะ และเก้าอี้ การทำความสะอาดของของเล่น และการจัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภย์, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงที่สุด” ถึง “จริงที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าเด็กที่ตนดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปากเกี่ยวกับเชื้อที่มีหลายสายพันธุ์ทำให้เด็กเป็นซ้ำได้อีก ร่างกายเด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ การใช้ของร่วมกัน การอมของเล่น การล้างมือที่ไม่สะอาด การคลุกคลีกับเด็กป่วย มีความเสี่ยงมาจากฤดูฝนที่มีความชื้นสูง การอยู่ในที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท และการที่ผู้ดูแลเด็กใช้มือหยิบอาหารป้อนเด็ก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภย์, 2560; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; พัชรภรณ์ บดีรัฐ, 2558; ภัทร วาสนา, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงที่สุด” ถึง “จริงที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากทั้งต่อตัวเด็กทำให้เด็กเกิดความเครียดขาดสารอาหาร หยุดเรียน เสียชีวิตได้ ผลกระทบต่อผู้ปกครองต้องหยุดงาน มีความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตรหลาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลต่อศูนย์ทำให้ต้องปิดศูนย์ เสียชื่อเสียงและถูกตำหนิจากผู้ปกครอง และผลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเสียงบประมาณในการป้องกันโรคมากขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภย์, 2560; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; พัชรภรณ์ บดีรัฐ, 2558; ภัทร วาสนา, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงที่สุด” ถึง “จริงที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงประโยชน์หรือผลดีที่เกิดต่อตัวเด็กจากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปากในเรื่องของการคัดกรองโรค การล้างมือด้วยสบู่ทั้งเด็กและผู้ดูแลเด็ก การแยกเด็กที่สงสัยจะป่วย การทำความสะอาดของเล่นที่เปื้อนนํ้ามูก น้ำลาย การล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสสัมผัสอุจจาระเด็ก และการกำจัดอุจจาระลงส้วม

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปรารภย์, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงที่สุด” ถึง “จริงที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

7. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงสิ่งที่ยกยัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถทำการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยวัดตัวแปรนี้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปรารภย์, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงที่สุด” ถึง “จริงที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

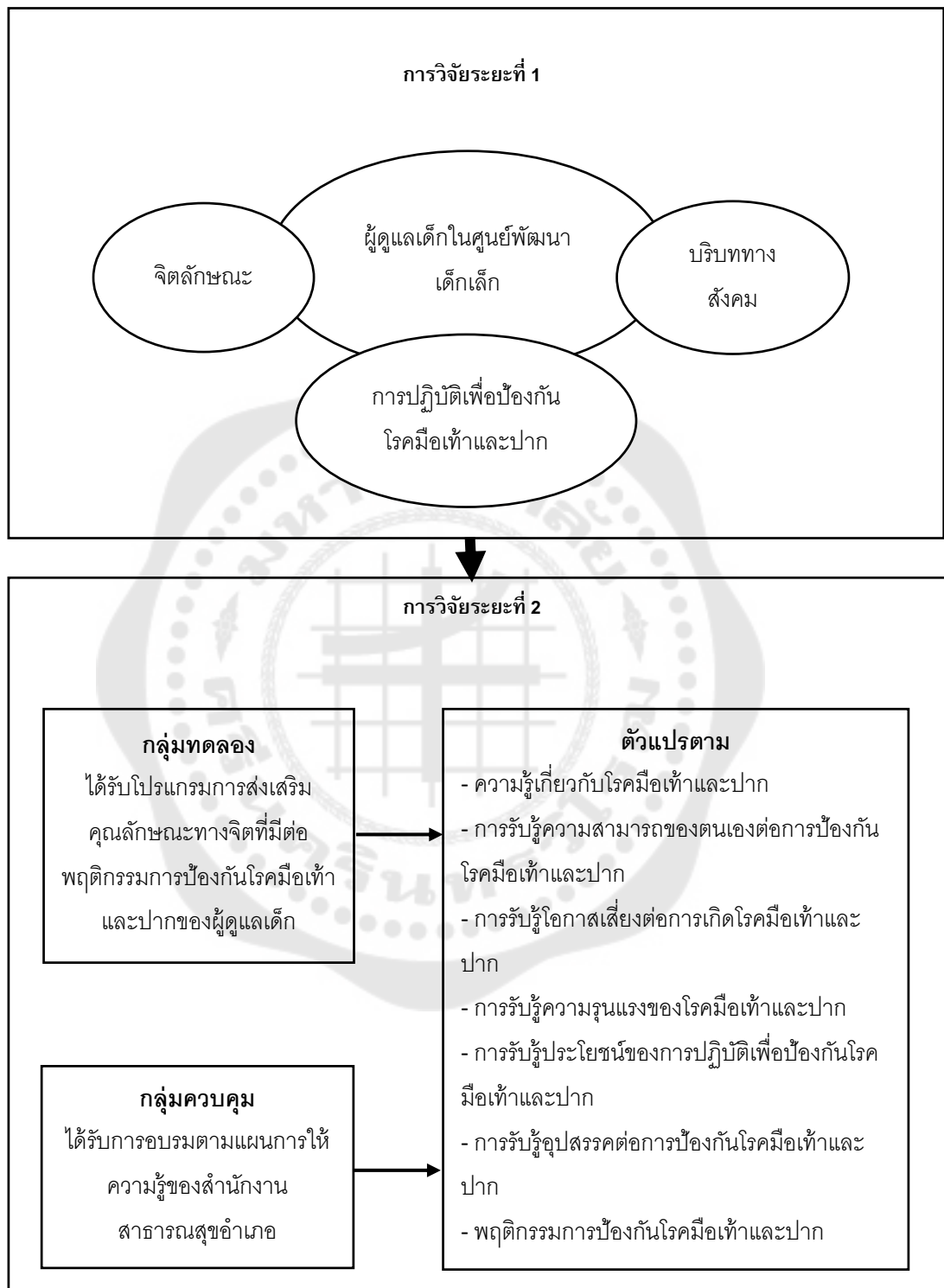
ตอนที่ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยแบบผสวนวิธี แบบสำรวจตามลำดับ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) เริ่มต้นการวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพและตามด้วยวิธีการเชิงปริมาณ โดยมีความเชื่อมโยงกัน ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ดำเนินการวิจัยด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการศึกษาเฉพาะกรณีศึกษา เพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่สนใจในขอบเขตที่เฉพาะเจาะจง เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีการระบาดของโรคมือเท้า

และปากในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้รับการคัดเลือกมาเป็นกรณีเฉพาะตามเงื่อนไขที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผลลัพธ์จากการวิจัยในระยะที่ 1 ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวม และออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมในการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ด้วยการใช้โปรแกรมและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างโปรแกรมและเครื่องมือวัดตัวแปรทางจิตและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน สำหรับการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของ Bloom (1956) (Bloom's taxonomy) ด้านการรู้คิด (Cognitive domain) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ และแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะทางจิต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ส่วนการใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1986) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมขึ้น คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 9 สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งได้กำหนดสมมติฐานของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่สูงขึ้นในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง

2. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทั้งในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล

3. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง

4. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทั้งในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) แบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็น 2 ระยะ เริ่มต้นด้วยการวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพตามด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ความมุ่งหมายของงานวิจัยเพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในบทนี้เป็นการอธิบายการออกแบบการวิจัยในแต่ละระยะ มีรายละเอียด ดังนี้

แบบแผนการวิจัย การศึกษาวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ เริ่มต้นระยะที่ 1 ด้วยวิธีเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เก็บข้อมูลด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมและแบบวัดจำนวน 7 ฉบับ ที่สร้างขึ้นจากการวิจัยในระยะที่ 1 และทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง ประเด็นสัมภาษณ์เพื่อประเมินความคิดเห็นและการเปลี่ยนแปลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

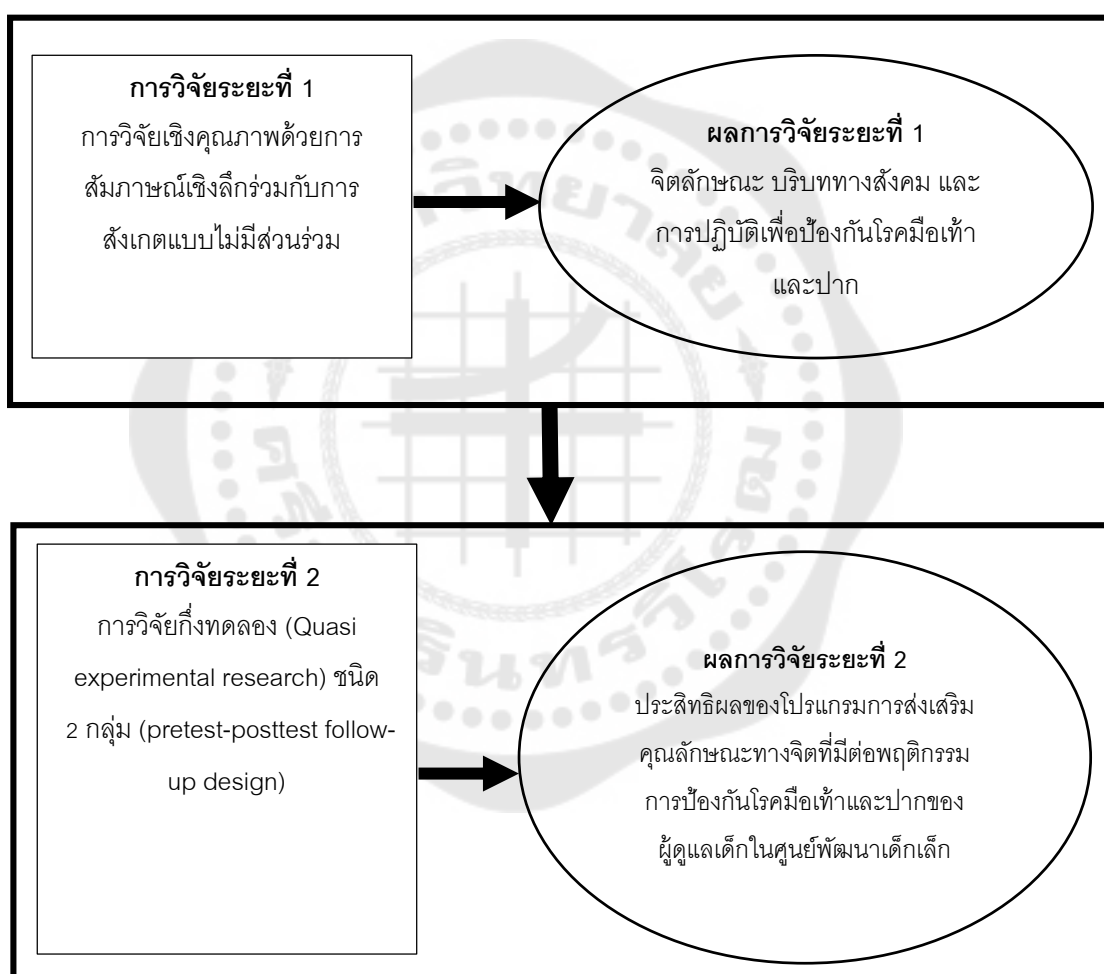
ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปากในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ พัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวม และออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้ผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาสร้างแบบวัดและกิจกรรมในโปรแกรม สำหรับใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

ในการดำเนินการวิจัยเพื่อตอบจุดมุ่งหมายของการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ ดังแผนภาพประกอบ 6

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 แบบแผนการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาศัยการศึกษารายกรณีเป็นแนวทางในการสืบค้นหาความรู้ความเข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการศึกษารายกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นองค์รวมที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง มีขอบเขตกำหนดได้ชัดเจน และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง โดยทำการศึกษากับผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์และทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปาก เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลที่ได้จะนำไปสู่การกำหนดนิยามปฏิบัติการ การสร้างแบบวัด และกิจกรรมในโปรแกรมในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

สนามวิจัย

สนามวิจัยที่ใช้สำหรับศึกษาในครั้งนี้ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม เป็นการคัดเลือกสนามวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ด้วยเหตุผล ดังนี้ 1) เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปากอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นว่ามีความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ดังกล่าว 2) ยังไม่มีการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม และ 3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยินดีให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้ลงภาคสนามวิจัยเบื้องต้นเพื่อติดต่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งความชุกของผู้ป่วยโรคมือเท้าและปาก ตลอดจนลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมในชุมชนที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังจากลงสนามวิจัยในเบื้องต้นพบว่า สนามวิจัยนี้มีความ

เป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยตัดสินใจและเลือกที่จะศึกษาในสนามวิจัยนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถเลือกผู้ร่วมวิจัยที่มีความสมบูรณ์มาใช้ในการอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัยเชิงคุณภาพได้อย่างครอบคลุม และเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและดำเนินการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

การเข้าสู่สนามวิจัย ก่อนการลงสนามวิจัยผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการติดต่อและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยการขอข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ไม่พบการระบาดของโรคมือเท้าและปาก และลงพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การเข้าหาชุมชนเป็นขั้นตอนแรกในการทำงานภาคสนามของนักวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งวิธีการที่ดีที่สุดคือการให้สมาชิกในชุมชนเป็นผู้พาเข้าไปรู้จักกับสมาชิกอื่นๆ (Denzin & Lincoln, 1994) ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาก่อนการเข้าพบผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ก่อนเข้าพบ เมื่อได้วันนัดที่แน่นอน ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปพบและแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และประโยชน์ของการให้ข้อมูล โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลและบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลทุกราย

ผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัย (Participants) คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับการกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ดูแลเด็ก ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลเด็กปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม
2. เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าและปากติดต่อกันในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558
3. มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 10 ปี
4. ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญที่สุดของการวิจัย คือนักวิจัย ที่ต้องมีประสบการณ์ รวมถึงความสามารถในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อทำความเข้าใจถึงจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้ ในระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึกภาคสนาม พร้อมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และทำการบันทึกเทป โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง
2. อุปกรณ์สำหรับจดบันทึกภาคสนาม

3. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guide) ซึ่งเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเด็นหลักของแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ การซักถามเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว จิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ร่วมวิจัย มีตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์

ประเด็นการศึกษา	ประเด็นการในการสัมภาษณ์	ประเด็นการซักถามต่อเนื่อง
จิตลักษณะที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมือเท้าและปาก	ท่านคิดผู้ดูแลเด็กที่ป้องกัน โรคมือเท้าและปากได้ ถูกต้อง ควรมีลักษณะ อย่างไร	- ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากอย่างไร - หากมีการระบาดของโรค ท่านมีความพร้อมหรือมั่นใจใน การป้องกันโรคหรือไม่ อย่างไร - หากมีเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากจะส่งผลเสีย อย่างไร - ท่านคิดสิ่งใดที่ทำให้ท่านไม่สามารถป้องกันโรคมือเท้า และปากได้อย่างเต็มที่
บริบททางสังคมที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมือเท้าและ ปาก	ท่านคิดว่ามีปัจจัยรอบตัว ใดบ้างที่ทำให้ท่านป้องกัน โรคมือเท้าและปากได้ ถูกต้องมีความต่อเนื่อง	- ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากจากแหล่ง ใด - ท่านได้รับความช่วยเหลือในการป้องกันโรคมือเท้าและ ปากอย่างไร
การปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมือเท้าและปาก	ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ท่าน นทพงาน มีกิจกรรมใน ป้องกันโรคมือเท้าและปาก อย่างไร	- ท่านมีการรักษาความสะอาดของตนเองอย่างไร - ท่านมีวิธีการรักษาความสะอาดให้แก่เด็กอย่างไรบ้าง - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านมีวิธีการรักษาความสะอาด ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกขึ้นตามกรอบแนวคิดมุ่งหมาย การวิจัย และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (รายนามผู้เชี่ยวชาญแสดงในภาคผนวก) เป็นผู้พิจารณา เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กจำนวน 2 คน ที่มีคุณสมบัติตรงกับกรณีศึกษาที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อปรับแนว คำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นปัญหาวิจัยไว้ในเบื้องต้น และจัดทำเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจความตรงเชิงเนื้อหาว่าตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตรงกับกรณีศึกษาที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 2 คน นำแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกมาปรับแนวคำถามก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง พร้อมทั้งดำเนินการทำหนังสือขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. การติดต่อประสานเพื่อขอสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยทำการติดต่อประสานกับผู้ร่วมวิจัยที่ตรงตามคุณสมบัติโดยตรง เพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตนเองรวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เหตุผลของการเลือกผู้ร่วมวิจัยเพื่อสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ทั้งนี้ เมื่อได้รับการตอบรับการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจึงดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตสัมภาษณ์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้ร่วมวิจัยเพื่อทำการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้

3. การลงสนามและเก็บข้อมูล โดยดำเนินสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ร่วมวิจัยตามเวลา และ สถานที่ที่นัดหมายไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองทุกราย ในขั้นเริ่มต้นการสัมภาษณ์เป็นการแนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ วัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ต่อจากนั้นจึงเป็นการซักถามตามแนวการสัมภาษณ์ที่ได้เตรียมไว้ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดที่เน้นให้ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยท่านละ 30-60 นาที โดยใช้เวลาในช่วงเวลาผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย และเพื่อมิให้กระทบกระเทือนเวลาในการทำงาน และเมื่อทำการสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำการถอดเทปที่บันทึกเสียงและทำการจดบันทึกในลักษณะคำต่อคำเพื่อรักษาข้อมูลให้เป็นข้อมูลที่จริงมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำหลังจากการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง โดยผู้วิจัยจะไม่แยกกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลออกจาก การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะทำให้การเก็บข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมา พิจารณาย่างขาดประเด็นใดบ้าง เพื่อทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกรณีศึกษาเพิ่มอีก ครั้ง เพื่อสร้างข้อสมมติฐานชั่วคราว (Work Hypothesis) และเพื่อสร้างข้อสรุปเทียบเคียงกับ แนวคิดทฤษฎี ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตาม แนวทางของ Miles and Huberman (1994) ได้เสนอแนะขั้นตอนการจัดการกับข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการศึกษา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบ ทั้งในทางกายภาพและในทางเนื้อหา พร้อมทั้งจะแสดงและนำเสนอ อย่างเป็นระบบในขั้นตอนต่อไป

2. การแสดงข้อมูล (Data Display) เป็นกระบวนการนำเสนอข้อมูล ส่วนใหญ่อยู่ใน รูปของการพรรณนา อันเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน ตามกรอบ แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อบอกเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษาตามความหมายที่ข้อมูลพูดออกมา

3. การหาข้อสรุป ตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification) เป็นกระบวนการหาข้อสรุปและการตีความหมาย ของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบว่า ข้อสรุปหรือความหมายที่ได้ นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือเพียงใด ข้อสรุปและสิ่งที่ตีความออกมานั้นอาจจะอยู่ใน รูปของคำอธิบาย กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษาวิเคราะห์นั้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งนักวิจัยต้องทำเพื่อ เพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาแล้ว ได้ทำการถอดคำสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และตรวจสอบ ข้อผิดพลาดของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เมื่อถอดคำสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำ ข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member check) คือ ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยรีบถอดคำให้สัมภาษณ์และส่งให้ผู้ให้ข้อมูลได้อ่านตรวจสอบว่าการถอดคำให้สัมภาษณ์ ถูกต้องตรงตามที่ผู้ร่วมวิจัยตอบมาหรือไม่ ถ้าไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจากที่ให้สัมภาษณ์จะได้ ทำการปรับแก้ให้ถูกต้อง โดยการให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้อ่านประเด็นสำคัญด้วยตนเอง นอกจากนี้

ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาต่างกันได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อดูการปฏิบัติงานของผู้ร่วมวิจัย

การเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพสู่งานวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยนำข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยนำข้อค้นพบดังกล่าวบูรณาการร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาแบบวัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อใช้ในการวิจัยเชิงระยะที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ซึ่งมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมแต่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแทน นอกจากนี้ มีการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pretest Posttest Follow up Design) (Christensen, Johnson, & Turner, 2010) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แบบแผนของการวิจัยเชิงทดลอง

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง	ติดตามผล
E	T1	X	T2	T3
C	T1	-	T2	T3

ที่มา : Christensen et al. (2010)

ความหมายของสัญลักษณ์

E แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

C แทน กลุ่มควบคุม (Control Group)

T แทน การสอบก่อนการทดลอง (Pretest: T1)

การทดสอบหลังการทดลอง (Posttest: T2)

การทดสอบระยะการติดตามผล (Follow up: T3)

X แทน การจัดกระทำ (Treatment) คือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 56 คน สาเหตุที่ผู้วิจัยเลือกประชากรใน

พื้นที่ดังกล่าวเนื่องจากเป็นพื้นที่เสี่ยงเพราะพบการระบาดของทุกปี ทำให้มีเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งยินดีสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งอาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรม และมีคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (ค่าเฉลี่ย = 3.55) จำนวน 20 คน โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ให้ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 56 คน ทำแบบวัดพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากใช้เวลา 10-15 นาที จากนั้นนำแบบวัดที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคือถ้าฉบับใดตอบไม่ครบจะถูกตัดออก พบว่าใช้ได้ทั้งหมด 56 ฉบับ

2. คัดเลือกผู้ดูแลเด็กที่มีคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (ค่าเฉลี่ย = 3.55) ได้ทั้งสิ้น 21 คน

3. ประกาศขออาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีผู้ดูแลเด็กอาสาสมัครจำนวน 20 คน ทั้งนี้ มี 1 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยเนื่องจากมีภาระทางบ้านและไม่สะดวกในการเดินทาง

4. จากนั้นใช้การจับคู่รายบุคคล (Matching subject) ทั้งหมด 10 คู่ ที่มีระดับการศึกษาในระดับเดียวกัน เนื่องจากงานวิจัยของ พัชราภรณ์ บดีรัฐ (2558) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก เพื่อควบคุมระดับการศึกษาที่อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนในการทดลองจากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละคู่ เพื่อเข้ากลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในจำนวนที่เท่ากัน (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และ สุภาพ ฉัตรภรณ์, 2553) ดังภาพประกอบ 7

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

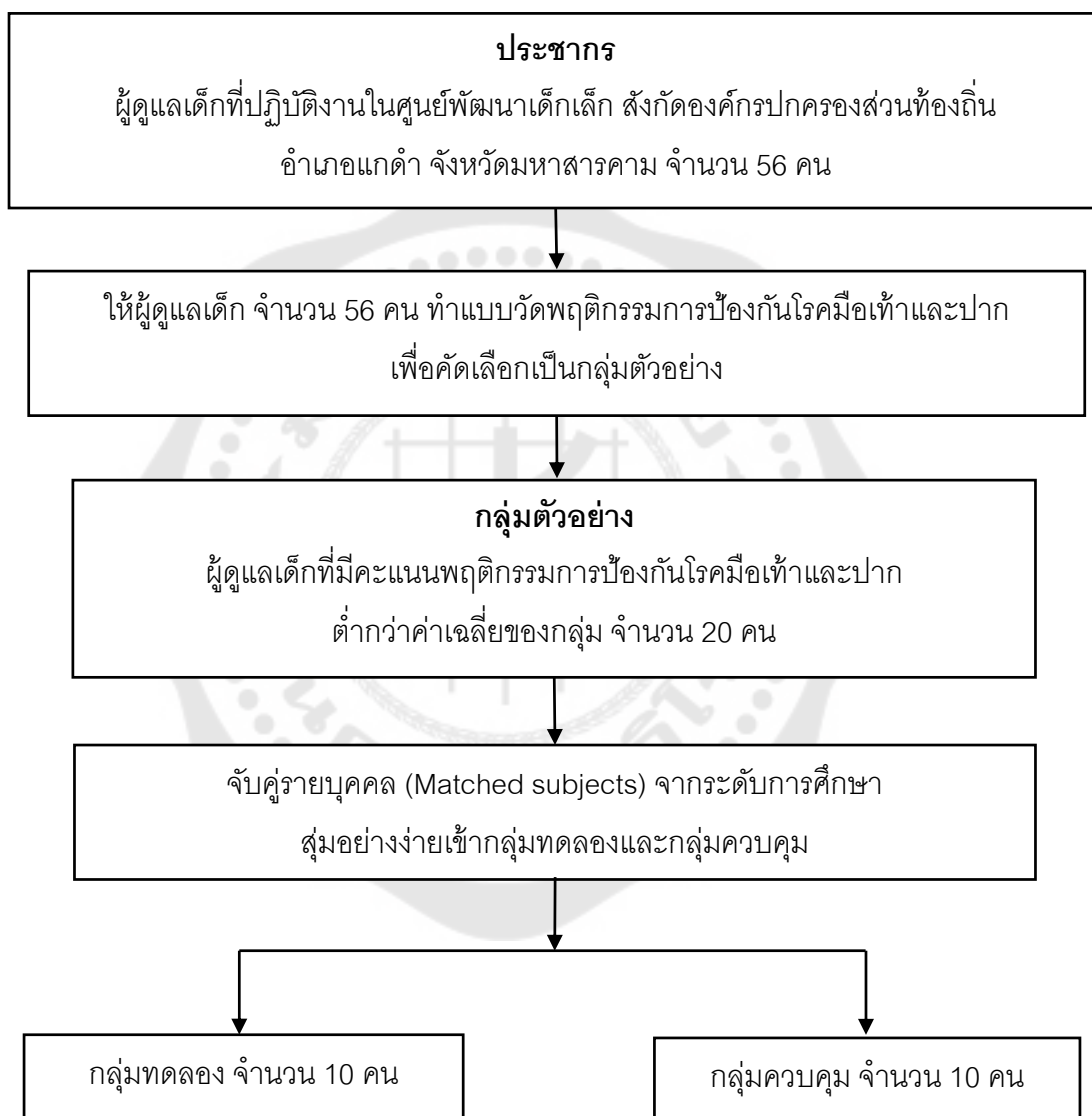
1. ปฏิบัติงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม อย่างน้อย 1 ปี

2. มีคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

3. มีความสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างดี

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีความประสงค์ถอนตัวออกจากการวิจัย
2. มีการย้ายสถานที่ทำงานและไม่สามารถติดตามข้อมูลได้



ภาพประกอบ 7 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนลักษณะทางจิตและพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื้อหาและกิจกรรมพัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี, 2560; จารุวรรณ สอนงญาติ และคณะ, 2559; จิตติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการนำเครื่องมือไปใช้ในการทดลองนั้น ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดในการสร้างและการนำไปใช้ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการสร้างโปรแกรมจึงจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องร่วมกับข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีความสมบูรณ์มากที่สุดและสอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดตัวแปรที่ต้องการพัฒนา ได้แก่ 1) ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) (Bloom, 1956) 2) ตัวแปรการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ประยุกต์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock et al., 1988) และ 3) ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1986) มาเป็นหลักในการกำหนดกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมในโปรแกรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก สามารถประมวลแนวคิด ทฤษฎี ที่นำมาประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แนวคิดที่ใช้กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากในโปรแกรม และ 2) แนวคิดที่ใช้ในการ

ซับซ้อนขึ้นขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แนวคิดที่ใช้กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรม

1.1) แนวคิดการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การสาธิตการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก และการล้างมือ 7 ขั้นตอน การฝึกการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก และการล้างมือ 7 ขั้นตอน ฝึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก สถานการณ์สมมติ กรณีศึกษา การอภิปราย และการเล่นเกม เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถจดจำ มีความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ได้ ในประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ อากาศ การรักษา และการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แนวคิดที่ 1 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาตัวแปรทางจิต ด้านการรู้คิด คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

1.2) แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1986) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ตลอดจนการได้ฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบในโปรแกรม โดยใช้รูปแบบกิจกรรมข้างต้นปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน การคัดกรองโรคมือเท้าและปาก การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมการใช้ตัวแบบ ประกอบด้วย ใช้ตัวแบบจากผู้ดูแลเด็กที่มีการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่มีประสิทธิภาพมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ตัวแบบจากสื่อ เช่น คลิปวิดีโอ บ้ายไวนิลการล้างมือ แผ่นพับ คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และ 3) กิจกรรมการใช้คำพูดชักจูง ประกอบด้วย การพูดให้กำลังใจ รวมทั้งการให้คำแนะนำและคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ

แนวคิดที่ 2 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

1.3) แนวคิดการสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) โดยมีกิจกรรมการสร้างการรับรู้ ดังนี้

1.3.1) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก เนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายจากโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมการอภิปรายจากกรณีตัวอย่างเพื่อประเมินผลกระทบจากการเกิดโรคมือเท้าและปาก 3) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวีดีโอข่าว คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับ และ 4) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านการเล่นเกม

1.3.2) กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วย 1) กิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก เนื้อหาเกี่ยวกับการระบาดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมือเท้าและปาก 2) กิจกรรมการอภิปรายจากกรณีตัวอย่างเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก 3) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวีดีโอข่าว คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับ และ 4) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านการเล่นเกม

1.3.3) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมบรรยายให้ความรู้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างถูกต้อง 2) กิจกรรมการสาธิตและการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองโรค การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการดูแลความสะอาด 3) กิจกรรมการอภิปรายจากกรณีตัวอย่างถึงผลดีและผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 4) กิจกรรมสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวีดีโอการล้างมือ 7 ขั้นตอน คลิปวีดีโอศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับ และ 5) กิจกรรมกลุ่มร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.3.4) กิจกรรมลดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการอภิปรายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กร่วมกัน

ค้นหาอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก พร้อมหาแนวทางการแก้ไข และ 2) กิจกรรมการให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แนวคิดที่ 3 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะทางจิต คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

2) แนวคิดที่ใช้ในการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการมีส่วนร่วม

2.1) แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ ได้แก่ 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experience learning) โดยแต่ละกิจกรรมจะใช้กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการจัดประสบการณ์ (experience) ขั้นการสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflection and discussion) ขั้นความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization) และขั้นการทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (experiment) 2) กระบวนการกลุ่ม (Group process) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นและเป็นการช่วยขยายความรู้จากการเรียนรู้ร่วมกันโดยมีกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย การเล่นเกม การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่าง บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ

แนวคิดที่ 4 เป็นแนวคิดที่ใช้ในการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม

2.2) แนวคิดเกี่ยวกับการใช้เกมประกอบการเรียนรู้ (อรรถพร จินตามณี, 2548) โดยประเภทของเกมที่นำมาใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เกมละลายพฤติกรรม และเกมเพื่อประสบการณ์การเรียนรู้

แนวคิดที่ 5 เป็นแนวคิดที่สอดคล้องแทรกในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม

1.2 ขั้นตอนที่ 2 สร้างกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในครั้งนี้ ได้นำเอาแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาเป็นแนวทางสร้างโปรแกรมมีทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ใช้เวลา 18 ชั่วโมง (จำนวน 3 วันๆ ละ 6 ชั่วโมง) ทั้งนี้ โปรแกรมฉบับสมบูรณ์จะปรากฏในภาคผนวก และมีโครงสร้างของโปรแกรกดังตาราง 6



ตาราง 6 แสดงวัตถุประสงค์ แนวคิด และเทคนิคในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดที่ใช้	เทคนิค
มารู้จัก...โรคมือเท้าและปาก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	- การบรรยาย - การอภิปราย - แผนที่ความคิด (Mind Mapping) - การใช้เกม
รู้ใหม่ว่า...มันเสี่ยง	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	- การบรรยาย - การระดมสมอง - กรณีศึกษา - การอภิปราย - การใช้เกม
รุนแรงจริงนะ...โรคมือเท้าและปาก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	- การอภิปราย - การระดมสมอง - การใช้เกม
รู้ผลดีพร้อมก้าวผ่านอุปสรรค	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และช่วยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	- สถานการณ์ - สมมติ - การอภิปราย - การใช้เกม

ตาราง 6 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดที่ใช้	เทคนิค
คัดกรองโรค...คัด กรองมือเท้าและ ปาก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมมีความรู้และ สามารถปฏิบัติการ คัดกรองโรคมือเท้า และปากได้อย่าง ถูกต้อง	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้า และปาก	- การแสดง บทบาทสมมติ - การอภิปราย - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติ
มาละ...มาล้างมือ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมมีความรู้และ สามารถปฏิบัติการ ล้างมือ 7 ขั้นตอนได้ อย่างถูกต้อง	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้า และปาก - การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและ ปาก	- การแสดง บทบาทสมมติ - การอภิปราย - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติ
สะอาดหรือยังนะ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมมีความรู้และ สามารถทำความเข้าใจ สะอาดอุปกรณ์ ภายในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กได้อย่าง ถูกต้อง	- ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันโรคมือเท้าและปาก - การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้า และปาก - การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและ ปาก	- การอภิปราย - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติ

นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองยังประกอบไปด้วยวิทยากร สื่อการสอน และอุปกรณ์อื่น ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก อุปกรณ์เล่นเกมประกอบการบรรยายและกิจกรรมกลุ่ม อุปกรณ์ประเภทสื่อการสอน ได้แก่ โปสเตอร์ล้างมือ สไลด์ แผ่นพับ และของที่ระลึก

1.3 ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกา
รป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย เนื้อหาของกิจกรรม
วิธีดำเนินกิจกรรม และการประเมิน ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญา

นิพนธ์ตรวจสอบพิจารณาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา โครงสร้าง แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากนั้นนำไปกรมดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อทำการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหา ความยากง่ายของการใช้ภาษา ลำดับขั้นของกิจกรรม ความชัดเจน และความเข้าใจในแต่ละกิจกรรม แล้วจึงนำโปรแกรมดังกล่าวมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตามในการวิจัยระยะที่ 2 มี 7 ตัวแปร โดยมีรายละเอียดในการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือวัดดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามเพื่อทราบข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม จำนวน 7 ข้อ สอบถามในเรื่องเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก และจำนวนเด็กที่รับผิดชอบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไป

(0) เพศ หญิง ชาย

(00) อายุ ปี

2.2 แบบวัดพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กชกร เป็นแผ่น, 2552; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; สีวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ, 2553; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) โดยพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรักษาอนามัยของเด็ก และด้านการรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ เป็นประจำ (4 คะแนน) ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน แบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .21 - .75 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .92 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้

คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	ประจำ	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การรักษานามัยส่วนบุคคล (0) ฉันทล้างมือฟอกสบู่ก่อนรับประทานอาหาร				
การรักษานามัยของเด็ก (0) ฉันทดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่นต่อกัน				
การรักษานามัยสิ่งแวดล้อม (0) ฉันทล้างและทำความสะอาดภาชนะใส่อาหารของเด็ก เช่น จาน ชาม ช้อน ด้วยน้ำยาล้างจานหลังใช้เสร็จ				

2.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวข้อง (พวรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; รัตติญา เจริญโชคพานิชย์, 2555; อัจจิมา ชนะกุล, 2558; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูก-ผิด แต่ละข้อมีคะแนนเท่ากับ 1 สำหรับข้อถูก และมีคะแนนเท่ากับ 0 สำหรับข้อผิด จำนวน 13 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน แบบวัดมีค่าความยากง่าย .67 - .81 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .45 - .83 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ตัวอย่างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด
(0) โรคมือเท้าและปาก เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย		
(00) อาการของโรคมือเท้าและปาก คือ มีไข้ มีตุ่มขึ้นที่มือ หรือเท้า หรือปาก และมีแผลในช่องปาก		
(000) โรคมือเท้าและปาก ป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน		

2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Thi Nga et al., 2016; จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิด ปราบภัย, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555) โดยวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรักษาอนามัยของเด็ก และด้านการรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 20-120 คะแนน แบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .20 - .77 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .99 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้าง	ค่อนข้างไม่	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
(0) ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร			จริง	จริง		
(00) ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถฝึกให้เด็กล้างมือ 7 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง			จริง	จริง		
(000) ถึงแม้ฉันจะเหนื่อยเพียงใด ฉันสามารถทำความสะอาดพื้นห้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคได้วันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น)			จริง	จริง		

2.5 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 จำนวน 13 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 13-78 คะแนน แบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .61 - .94 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .96 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
(0) เด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อโรคมือเท้าและปากมากกว่าเด็กโต						
(00) เด็กที่ชอบอมของเล่นมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมือเท้าและปากมากกว่าเด็กที่ไม่อมของเล่น						

2.6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 จำนวน 12 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน แบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .41 - .87 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .89 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่

ได้คะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
(0) โรคมือเท้าและปากทำให้เด็กเสียชีวิตทุกคน						
(00) เมื่อบุตรหลานป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก						

2.7 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ, 2559; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 จำนวน 10 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 10-60 คะแนน แบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .33 - .91 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .93 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
(0) ผู้ดูแลเด็กควรดูแลให้เด็กล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร จะช่วยป้องกันการได้รับเชื้อโรคมือเท้าและปาก เข้าสู่ร่างกายทางปากได้						
(00) การทำความสะอาดของเล่นที่เป็นสิ่งสกปรก เช่น น้ำมูก น้ำลาย ต้องทำทุกวัน จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคมือเท้าและปากได้						

2.8 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (อุดมลักษณ์ เพ็ญรสสุเวช, 2556) โดยสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริงที่สุด (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-6 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 6-1 จำนวน 12 ข้อ มีพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน แบบวัดนี้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .62 - .97 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .98 (รายละเอียดในภาคผนวก) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
(0) การตรวจคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ในตอนเช้าก่อนนำเด็กเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นวิธีที่ทำได้ยาก						
(00) การล้างห้องน้ำห้องส้วมทุกวัน เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ						

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาคุณภาพของเครื่องมือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) เป็นผู้ตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องของคำตอบคล้อยทั้งในด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการตรวจสอบแล้ว ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองจริง และมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเกี่ยวกับลำดับขั้นตอน ระยะเวลา เนื้อหาของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตลอดจนเพื่อหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนนำไปใช้จริง และเริ่มดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.3 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลอง โดยผู้ดูแลเด็กได้สะท้อนความคิดเห็นในเชิงบวกต่อโปรแกรมฯ ได้แก่ การจัดกิจกรรมทำให้ได้รับความรู้และสนุกสนาน ได้เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันในการดูแลเด็ก วิทยากรมีความรู้และเป็นกันเอง และควรนำกิจกรรมแบบนี้ไปเผยแพร่ต่อไปเพราะมีประโยชน์มากต่อการทำงานของผู้ดูแลเด็ก ส่วนการสะท้อนในแง่ให้เกิดการพัฒนาและการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ ควรมีกิจกรรมสันทนาการ เช่น เกมส์ การร้องเพลง สอดแทรกเป็นระยะเพื่อไม่ให้วังวนนอน และควรเพิ่มขนาดตัวอักษรในใบงานให้มีขนาดใหญ่ขึ้นอีก เพราะผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อายุมาก การมองเห็นไม่ชัดเจน และเพิ่มรูปภาพที่เป็นสีและขนาดใหญ่ๆ จะทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น

2. การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละตัวแปร นำมาสร้างเป็นนิยามปฏิบัติการของแต่ละตัวแปร และนำไปสู่การสร้างข้อคำถามเพื่อใช้วัดตัวแปรดังกล่าว

2.2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก) เป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อคำถาม ตามนิยามปฏิบัติการของแต่ละตัวแปร หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการปรับแก้ข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ตรงตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรมากยิ่งขึ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า .50 (อรพินทร์ ชูชม, 2545) โดยพบว่าแบบวัดที่ใช้ในการศึกษามีค่า IOC อยู่ระหว่าง .60 - 1.00 และทำการรวบรวมประเด็นข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวการปรับแก้จากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการปรับแก้ข้อคำถามของแต่ละแบบวัดให้มีความสมบูรณ์

2.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงคุณภาพ ดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก วิเคราะห์หาค่าความยากง่ายโดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อกับจำนวนผู้ตอบทั้งหมด (ค่าความยากง่าย .2 - .8 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ .2 - 1.0) และหาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบโดยวิธีการของ คูเดอว์ ริชาร์ดสัน จากสูตร KR-20 (ภาคผนวก)

2) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และแบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ทำการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวมของแบบวัดแต่ละด้าน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยจะเลือกเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป มาใช้เป็นข้อคำถาม แสดงว่าแบบสอบถามนี้สามารถจำแนกแยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มๆ ได้ (Ebel, 1972) และหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของแบบวัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (ดุจเดือน พันธุมนาวิน, 2547) (รายละเอียดตามภาคผนวก)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ที่เลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและขอใช้สถานที่ รวมทั้งดำเนินการเพื่อขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์

1.2 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแกดำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด ขั้นตอนในการทำการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแกดำ คัดเลือกผู้ดูแลเด็กตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

1.4 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

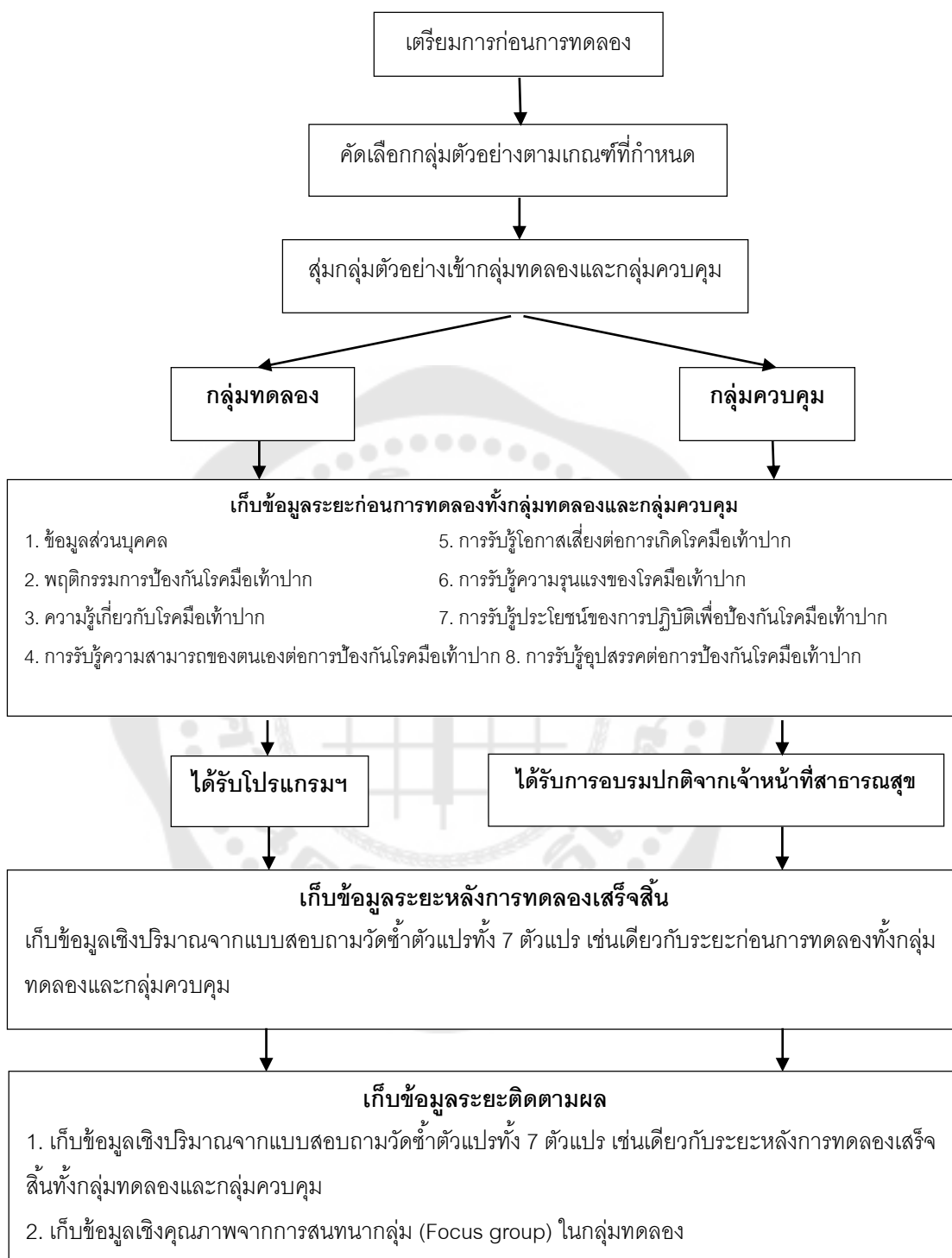
1.5 ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 3 เดือน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่างซึ่งดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตัวแปรตามในระยนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยระยะนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจัดเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2.2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง เป็นระยะที่ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นระยะเวลา 3 วันๆ ละ 6 ชั่วโมง เป็นเวลารวม 18 ชั่วโมง ผู้วิจัยทำการวัดตัวแปรตามครั้งที่ 2 ทันทีเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยตัวแปรตามทั้ง 7 ตัวแปร เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง โดยเก็บทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นคะแนนในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน ทั้งนี้แบบวัดตัวแปรตามทั้ง 7 ตัวแปร มีการสลับข้อคำถามเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างจดจำข้อคำถามได้

2.3 ระยะติดตามผล เป็นระยะที่ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการใช้โปรแกรมการทดลอง และทำการวัดข้อมูลตัวแปรตามที่ต้องการศึกษา โดยวัดภายหลังจากยุติการใช้โปรแกรมทดลองแล้วเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวัดซ้ำตัวแปรตามทั้ง 7 ตัวแปร เช่นเดียวกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นคะแนนในระยะติดตามผล (Follow up) ทั้งนี้แบบวัดตัวแปรตามทั้ง 7 ตัวแปร มีการสลับข้อคำถามเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างจดจำข้อคำถามได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก โดยสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอและได้รับรองการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลขรับรอง SWUEC-278/59 ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีความสมัครใจ และเห็นยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการ ศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ การนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้อื่น สามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และการปฏิเสธการเข้าร่วม การวิจัยไม่มีผลต่อสิทธิหรือบริการ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม และเป็นไปตามความจริงโครงการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองจะได้รับการอบรมจากแผนพัฒนาความรู้ของสำนักงานสาธารณสุขตามปกติ และได้รับเอกสาร แผ่นพับ และคู่มือเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้า

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ระยะเวลา จำแนกตามวิธีวิทยาการวิจัยที่ใช้ซึ่งเป็นแนวทางการนำเสนอผลการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) แบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็น 2 ระยะเวลา เริ่มต้นด้วยการวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพตามด้วยวิธีการเชิงปริมาณ มีลำดับการนำเสนอดังนี้

ตอนที่ 1 จิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ตอนที่ 1 จิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย 2) จิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคมือเท้าและปาก 3) บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และ 4) การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยในการวิจัยระยะที่ 1 มีข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยสรุปได้ ดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ลำดับ	ชื่อ (นามสมมติ)	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับ การศึกษา สูงสุด	รายได้ (บาท/เดือน)	ประสบการณ์ การดูแลเด็ก (ปี)	จำนวนเด็ก ที่ดูแล (คน)
1	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1	หญิง	49	ป.ตรี	20,720	19	51
2	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2	หญิง	44	ป.ตรี	20,000	19	50
3	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3	หญิง	52	ป.ตรี	21,000	22	16
4	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4	หญิง	49	ป.ตรี	13,285	13	34
5	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5	หญิง	52	ป.ตรี	22,000	20	43
6	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6	หญิง	42	ป.โท	19,510	16	21
7	ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7	หญิง	58	ป.ตรี	15,000	21	24

ในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลเด็กจังหวัดมหาสารคาม จำนวนทั้งสิ้น 7 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ผู้ร่วมวิจัยมีอายุอยู่ระหว่าง 42-58 ปี ส่วนใหญ่พบว่าจบการศึกษาศึกษาในระดับปริญญาตรี มีเพียงหนึ่งคนที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ในส่วนเงินเดือนที่ได้รับในแต่ละเดือนนั้นอยู่ระหว่าง 13,285-22,000 บาท ผู้ร่วมวิจัยมีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กระหว่าง 13-22 ปี และมีจำนวนเด็กที่ต้องรับผิดชอบระหว่าง 16-51 คน

ส่วนที่ 2 จิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จิตลักษณะในทางพฤติกรรมศาสตร์กำหนดเป็นลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ในที่นี้ จิตลักษณะ ประกอบด้วย ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความมั่นใจในการป้องกันโรค ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ผลกระทบจากโรค ผลดีจากการป้องกันโรค และอุปสรรคจากการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หมายถึง การที่ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนในเรื่องของการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากว่ามีสาเหตุจากเชื้อไวรัส เด็กสามารถได้รับเชื้อโดยการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระของผู้ป่วย หรือไอจามรดกัน และ การได้รับเชื้อผ่านการสัมผัส

สิ่งของที่มีเชื้อติดอยู่ เช่น ของเล่น อาหาร น้ำดื่ม มือของผู้ดูแล และการใช้สิ่งของร่วมกัน เมื่อเด็กติดเชื้อโรคจะมีอาการเริ่มต้นคือมีไข้สูง จากนั้นจะมีตุ่มน้ำใสขึ้นบริเวณมือเท้าและปาก บางคนมีแผลในปากจะทำให้เด็กเจ็บปากและรับประทานอาหารได้น้อย สำหรับการดูแลและรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการ เช่น การกินยาลดไข้แก้ปวด การใช้น้ำเกลือบ้วนปาก กรณีมีแผลในปากแล้วรับประทานอาหารไม่ได้จะให้เด็กดื่มน้ำหวานหรือไอศกรีมทดแทน ส่วนวิธีการป้องกันโรคจะให้ความสำคัญในการล้างมือด้วยสบู่ การไม่ใช้ของร่วมกัน และการรักษาความสะอาดของสถานที่ดังกล่าวที่ว่า

“โรคนี้นั้นติดต่อกันได้นะคะ ตอนนั้นคุณหมอเคยบอกว่ามันเกิดจากเชื้อไวรัสนะ แพร่กระจายได้ไวมาก คงจะติดง่าย ๆ เหมือนพวกไข้หวัดนะพี่ว่า” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“พี่คิดว่าโรคนี้นั้นเป็นโรคติดต่อกันได้ง่ายมาก บางครั้งเด็กไปเล่นอยู่ด้วยกันก็สัมผัสน้ำมูก น้ำลายของเด็กคนอื่น ๆ พี่คิดว่าเชื้อมันจะปนออกมากับน้ำลายแล้วก็น้ำมูกนะ จากที่คุณหมอเคยมาอบรมให้ฟังนะคะ แค่นี้เด็กเค้าไอจามรดกันหรือเล่นใกล้กันกับเด็กที่มีเชื้อโรคนี้นี้ก็ติดกันได้ค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“คะ แต่ต้องว่าจริงๆ แล้ว ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของพี่ไม่เคยมีเด็กป่วยเป็นโรคนี้นะ เลยนะ เอาตามที่คุณหมอบอกไว้มันก็จะมั่ววุ่น ตุ่มน้ำใสๆ เกิดขึ้นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และในปากของเด็กน้อย ตุ่มใสๆ พอมันแตกออก เด็กก็จะแสบ กินข้าวกินนมไม่ได้” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“เข้าใจว่าการรักษาโรคนี้นั้นยังไม่มีการรักษาเลยนะ จากการอบรมและฟังข้อมูลในสื่อต่างๆ อันนี้คิดว่าคงเป็นหน้าที่ของคุณหมอบอกนะ ถ้ามีไข้ก็กินได้เฉพาะยาลดไข้ ถ้าเด็กกินไม่ได้เพราะเจ็บปากก็ให้กินน้ำหวานหรือไอติมแทน” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

“มันไม่มียาไม่มีวัคซีนในการป้องกันเหมือนโรคอีสุกอีใสนะ เจ้าหน้าที่ก็ให้พวกพี่ต้องสอนและพาเด็กล้างมือ 7 ขั้นตอน ฝึกให้เป็นนิสัย และพวกพี่ในห้องน้ำ ห้องเรียน ต้องขยันทำความสะอาดเข้าเย็นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค พวกของใช้พวกแก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว แปรงสีฟัน จะต้องเขียนชื่อเด็กแต่ละคนไว้ไม่ให้ปนกันของใครของมัน” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

ความมั่นใจในการป้องกันโรค

ความมั่นใจในการป้องกันโรค คือ ผู้ร่วมวิจัยมีความมั่นใจว่าตนเองนั้นจะสามารถป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ในเรื่องของการรักษาความสะอาดส่วนตัว เช่น การดูแลความสะอาดของเล็บ การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง กินอาหารที่ปรุงสุกสะอาด การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร สำหรับการดูแลความสะอาดของเด็ก เช่น การคัดกรองโรค การสอนและพาเด็กล้างมือด้วยสบู่ การดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่น และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะมีการทำ

ความสะอาดพื้นห้อง ห้องน้ำ ห้องส้วม แก้วน้ำ และของเล่นเด็ก ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยมีความมั่นใจในการป้องกันโรคเนื่องจากมีประสบการณ์ดูแลเด็กมาเป็นระยะเวลาช้านาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“การดูแลความสะอาดของพี่เองก็มั่นใจเต็ม 10 คะแนน เพราะเราจัดการตนเองได้ไม่ว่าจะเป็นการล้างมือด้วยสบู่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ตัดเล็บให้สั้น กินร้อน ช้อนกลาง” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“ถ้าในเรื่องการดูแลความเด็ก พี่ว่าก็ทำได้ดีนะเลยนะ เราก็จะสอนและพาเด็กล้างมือด้วยสบู่ ดูแลในช่วงเวลาเล่นไม่ให้เด็กอมของเล่น สะอาดของตัวพี่เองก็เน้นการล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดเพราะเรา กินร้อน ช้อนกลาง อะไรพวกนี้ พี่ทำได้นะคะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

“ตอนเช้าที่ต้องตรวจคัดกรองนี้พี่ก็มั่นใจนะว่าทำได้ดี ที่ว่ามั่นใจเพราะเราทำงานตรงนี้มานานเห็นโรคต่างๆ มาเยอะค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“ส่วนการทำความสะอาดโดยทั่วไป เช่น พื้นห้อง ห้องน้ำ ของเล่น การทำความสะอาดของใช้เด็ก พวกพี่ก็ช่วยเหลือกันทำตามกำลังก็มั่นใจว่ามีความสะอาดที่สามารถป้องกันโรคได้ค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“การทำความสะอาดโดยทั่วไปในศูนย์ฯ จะเป็นลักษณะการทำที่เป็นประจำทุกวัน คือ มีการกวาดพื้น การถูพื้นห้อง การล้างและทำความสะอาดห้องน้ำ การทำความสะอาดของเล่น การทำความสะอาดของใช้เด็ก ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค เราก็มั่นใจว่าเราทำแล้วมีความสะอาดในระดับที่สามารถป้องกันโรคได้ค่ะ คิดว่าถ้ามีการระบาดของโรคขึ้น พี่มั่นใจว่าศูนย์เราสามารถป้องกันได้เต็มที่” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค

ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค คือ ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่ามีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากจากการที่เชื้อก่อโรคมียหลายสายพันธุ์ จะทำให้เด็กป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้อีกหากได้รับเชื้อคนละตัว สภาพอากาศในฤดูฝนที่มีความชื้นสูงจะทำให้เชื้อเจริญเติบโตและมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าสภาพอากาศที่แห้ง การอยู่ใกล้ชิดกันในสถานที่แออัดจะทำให้มีโอกาสติดเชือดีได้ง่าย สภาพร่างกายและภูมิคุ้มกันของเด็กมีน้อยกว่าเด็กโตและช่วงวัยนี้จะชอบเรียนรู้ด้วยการนำของเข้าปากจึงทำให้มีโอกาสรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก เช่น การกอดจูบ การไม่ล้างมือด้วยสบู่อย่างสม่ำเสมอ จะเพิ่มโอกาสนำเชื้อโรคไปสู่เด็กได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อันนี้พี่ไปเจอเด็กที่ศูนย์ฯอีกจังหวัดหนึ่ง เด็กคนเดียวป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากถึง 2 ครั้ง ก็เลยถามพี่ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าทำไมเป็นได้อีก เค้านอกว่าเชื้อโรคนั้นมีหลายสายพันธุ์ แล้วแต่ว่าจะเจอตัวไหน เป็นแล้วสามารถเป็นได้อีก” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“สังเกตดูแล้วส่วนใหญ่โรคมันจะมาในช่วงย่างเข้าหน้าฝนนี้แหละ อากาศชื้นๆ แฉะๆ เชื้อโรคมันชอบ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

“คือเราต้องรู้จักนะ เพราะโรคนี้ส่วนใหญ่จะเกิดกับเด็กเล็ก ยิ่งศูนย์ไหนมีเด็กอยู่กันจำนวนมาก เป็นกันง่ายมาก ยิ่งเด็กอยู่รวมกันหลายๆ คน ซึ่งถ้ามีเด็กมีเชื้อโรคแต่ไม่มีอาการเข้ามาในศูนย์ฯ มันใช้ระยะเวลาแค่วันสองวัน เด็กก็จะติดกันสี่ห้าคนเลยนะ แพร่กระจายได้ไวมาก” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“ผู้ดูแลเด็กที่ไม่ชอบล้างมือ ก็อาจจะมีส่วนทำให้เด็กติดเชื้อได้ เพราะผู้ดูแลเด็กต้องสัมผัสเด็กหลายๆ คน ซึ่งอาจจะไปสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระของเด็กที่มีเชื้อโรคมือเท้าและปาก อันนี้เราก็ไม่รู้ได้นะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

“จากการสังเกตจะเห็นผู้ดูแลเด็กที่ชอบหอมแก้มเด็กที่เป็นการแสดงความรักนั้นก็เสี่ยงนะเพราะโรคนี้มันติดกันทางการสัมผัส กอดจูบ กับเด็กที่ป่วยนะคะ นี่เป็นมุมมองส่วนตัวนะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

“โรคนี้จะเป็นกันเยอะในเด็กเล็กเพราะภูมิคุ้มกันโรคของเด็กยังไม่ค่อยเยอะ ไม่เหมือนพวกเด็กโตแล้ว พวกนี้ภูมิคุ้มกันมันเยอะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“อย่างแรกนี้น่าจะเป็นพฤติกรรมของเด็กนะ พี่มองว่าเด็กที่ชอบหยิบจับของแล้วเอามารอบ หรือเห็นเศษอะไรอยู่บนพื้นก็หยิบใส่ปาก และเด็กที่ไม่ชอบล้างมือพวกนี้เสี่ยงจะได้รับเชื้อได้มากกว่าเด็กคนอื่น” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

ผลกระทบจากโรค

ผลกระทบจากโรค คือ ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนความคิดเห็นว่าหากเด็กเป็นโรคมือเท้าและปากจะส่งผลกระทบหรือผลเสียในหลายด้านด้วยกัน เบื้องต้นจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กโดยตรงทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ไม่ว่าจะแฉ่ำแฉืดหยุดเรียนทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน หากติดเชื้อที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ผลต่อผู้ปกครองทำให้ต้องหยุดงานมาดูแลเด็ก ขาดรายได้และมีค่าใช้จ่ายในการรักษา เกิดความเครียด และสามารถติดเชื้อจากเด็กได้หากป้องกันไม่ดี ผลต่อผู้ดูแลเด็กทำให้ต้องมาทำความสะอาดครั้งใหญ่ต้องมีการเตรียมแผนการสอนใหม่ และถูกตำหนิจากผู้ปกครอง ผลต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องปิดเพื่อทำความสะอาด และผลต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการทำทำความสะอาดและป้องกันโรค ดังคำกล่าวที่ว่า

“สำหรับบางคนที่ติดเชื้อที่ไม่รุนแรงก็หายเป็นปกติ แต่ถ้าเด็กเจอเชื้อที่รุนแรงก็จะทำให้เสียชีวิตได้นะ ที่ได้ฟังข่าวมา อันนี้ก็เป็นผลจากโรคที่ทำให้เด็กตายเลย” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

“สภาพจิตใจของผู้ปกครองก็แย่ด้วย พ่อแม่ก็เป็นห่วงสารพัด เวลาลูกป่วยแต่ละครั้งพ่อแม่ก็เครียดตามไปด้วยนะ มันเหนื่อยทั้งกายและใจ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

“ในส่วนผู้ปกครองก็ได้รับผลกระทบเหมือนกันนะ...และเป็นภาวะที่ผู้ปกครองต้องมาดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย...พ่อแม่ต้องหยุดงานมาเฝ้าเด็ก ขาดรายได้” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“ก็ต้องมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นตามมาทั้งค่ารถ ค่ายา ค่าอาหาร เวลาไปหาหมอแต่ละครั้งนะ มันน่าจะประมาณนี้ค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“หากมีเด็กป่วยเยอะ คงต้องปิดศูนย์ พวกพี่ต้องทำความสะอาดครั้งใหญ่เลย ไล่ไปตั้งแต่พื้นห้อง ห้องน้ำ โต๊ะ เก้าอี้ ของเล่นเด็กต้องทำความสะอาดทั้งหมดค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

“พวกพี่ก็ไม่ใช่ว่าจะสบายนะ...การเรียนการสอนเด็กก็ต้องเตรียมให้พร้อมและให้ทันเวลาที่เหลืออยู่ถ้ามันเกิดขึ้นจริงๆ นะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

“ถ้าพูดถึงในศูนย์ฯ นะ ผู้ปกครองอาจจะมองเราอีกแบบเลยนะ จะมีการตำหนิ ถ้าลูกหลานติดโรคมาจากศูนย์ฯ เพราะเค้าคาดหวังว่าต้องดูแลเด็กเป็นอย่างดี ต่างคนต่างจิตต่างใจนะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“มันก็ต้องใช้เงินมากนะ ในการซื้ออุปกรณ์มาทำความสะอาด ค่าจ้างต่างๆ ทางเทศบาลหรือ อบต. ก็ต้องมาช่วยศูนย์ฯ ถ้าไม่มีโรคก็จะได้ประหยัด” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

ผลดีจากการป้องกันโรค

ผลดีจากการป้องกันโรค คือ ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าจะหากตนเองทำกิจกรรม เช่น การคัดกรองโรค การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำ หลังสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ หรืออุจจาระของเด็กป่วย การกำจัดอุจจาระในส้วม การแยกและทำความสะอาดของเล่นที่เด็กนำเข้าปาก การทำความสะอาดพื้นห้อง ห้องน้ำ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดห้องเรียนให้มีอากาศระบายถ่ายเทได้สะดวก จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดจากโรคมือเท้าและปากได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรค ช่วงหน้าฝนค่ะ พี่ต้องตรวจคัดกรองอย่างเข้มงวดทุกเช้าเลยนะ ก่อนจะปล่อยเด็กเข้าไปในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตรงนี้พี่ว่าช่วยได้มากนะ ถ้าเราเจอเด็กที่สงสัยจะมีอาการ ก็จะกันไม่ให้ไปแพร่เชื้อให้เด็กคนอื่นได้” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“พี่คิดว่าโรคนี้สามารถป้องกันได้ เราก็เน้นปฏิบัติตามสุขบัญญัติ 10 ประการ ซึ่งพี่มองว่ามันเป็นการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ ได้ด้วยนะ ถ้าเราทำจริง ในการดูแลสุขภาพของตัวเราและเด็กก็ยึดกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ตัดเล็บให้สั้น สำหรับการดูแลความสะอาดของสถานที่ก็ทำความสะอาดทุกวัน จุดไหนที่เสี่ยงก็ทำบ่อยขึ้น โรคนี้อยู่ในอุจจาระได้นานเป็นเดือน พี่ก็ต้องจัดการอุจจาระลงส้วมเลยนะ เด็กบางคนวิ่งไปไม่ทัน อึบนพื้นก็ต้องเอาน้ำมาเช็ดมาทำความสะอาด คือเราไม่รู้ว่ามีเชื้ออะไรในร่างกายเด็กก็ต้องให้ปลอดภัยไว้ก่อน” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

“...โดยเฉพาะของเล่นที่เด็กบางคนอมจะมีน้ำลายติดมาด้วย พี่จะแยกออกทันทีไม่ให้เด็กคนอื่นมาอมต่อ เราจะแยกออกและนำไปทำความสะอาด มันจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายของเด็กค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

“พี่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติสุขอนามัย เช่น กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ทั้งของตนเองและการสอนให้เด็กปฏิบัติตาม ซึ่งพฤติกรรมพวกนี้มันช่วยป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ เช่น โรคหวัด โรคอุจจาระร่วงได้ด้วยค่ะ เน้นที่การล้างมือด้วยสบู่เลยคะ พวกเชื้อโรคมันจะติดมากับมือ ถ้ามือสะอาดก็จะเป็นโรค พี่จะพาเด็กล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งโดยเฉพาะก่อนกินข้าว” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

อุปสรรคจากการป้องกันโรค

อุปสรรคจากการป้องกันโรคคือผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่ามีอุปสรรคหรือสิ่งที่ยกข้อขัดขวางการป้องกันโรคมือเท้าในเรื่องของการมีบุคลากรจำนวนน้อยทำให้การดูแลเด็กไม่ทั่วถึง การดำเนินการของงบประมาณเป็นเรื่องที่ซับซ้อนในการดำเนินการและไม่มีเพียงพอ และการที่ผู้ปกครองไม่เข้าใจการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหาก็มีบ้างนะคะ คือผู้ดูแลเด็กมีน้อย ดูแลเด็กได้ไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร ไม่มีเวลาทำได้หมดทุกอย่างนะคะ พวกพี่ก็พยายามทำความสะอาดตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ. สด. มาแนะนำให้เต็มที่เลยคะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“ก็มีบ้างนะคะ ก็เป็นพวกงบประมาณที่ได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพเด็กมันไม่ค่อยจะพอเท่าไร โดยพาะช่วงรอบงบประมาณ บางครั้งพวกพี่ก็ต้องเอาเงินส่วนตัวหรือเอาของที่บ้าน เช่น สบู่ น้ำยาล้างจาน มาใช้ที่ศูนย์ฯไปก่อนคะ คือเราก็ส่งสารเด็กนะ มือไปเล่นทรายดำๆ ถ้าไม่มีสบู่ล้างมือมันก็ไม่ค่อยสะอาดคะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

“โดยช่วงแรกเราก็พยายามคัดกรองเด็ก ปัญหาก็คือผู้ปกครองไม่เข้าใจ มักจะพูดว่าไม่ต้องดูหรอก ลูกหลานไม่มีโรคอะไรหรอก อย่างกรณีที่เราสงสัยว่าเด็กจะเป็นโรคมือเท้าและ

ปาก ถ้าเราไปบอกผู้ปกครองว่าลักษณะอาการที่เด็กเป็นมันน่าจะเป็นโรคมือเท้าและปาก บางคนก็โกรธและต่อว่าผู้ดูแลเด็กว่าไม่ใช่หมอ ไม่ยอมรับเรา มีประมาณนั้นค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

จากข้อค้นเกี่ยวกับจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากข้างต้น ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพจิตลักษณะได้ ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 จิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ส่วนที่ 3 บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

บริบททางสังคมในทางพฤติกรรมศาสตร์กำหนดเป็นสาเหตุภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม นโยบาย เป็นต้น ในงานวิจัยนี้ บริบททางสังคม คือ การรับข่าวเรื่องโรค และการได้รับการสนับสนุน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับข่าวเรื่องโรค

การรับข่าวเรื่องโรค หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ผ่านช่องทางที่เป็นสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ แผ่นพับ โปสเตอร์ อินเทอร์เน็ต และรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคล เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะเน้นการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก ดังคำกล่าวที่ว่า

“พี่ก็ติดตามข่าวทางโทรทัศน์ เพราะช่วงหนึ่งเห็นข่าวว่ามีเด็กอายุประมาณ 3-4 ขวบ เสียชีวิตจากโรคนี้ค่ะ และก็รู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้แหละ มาอบรมให้ความรู้” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“ก็มีดูข่าวทางโทรทัศน์ก็เห็นเจ้าหน้าที่ในกระทรวงก็ออกข่าวเตือนให้เฝ้าระวังโรคนี้และเน้นให้เรารักษาความสะอาด อันนี้ตามที่คุณหมอมอบรมให้ความรู้นะ พี่เองก็ยังไม่เจอเด็กที่ป่วยจริงๆ หรอกค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

“ส่วนใหญ่ก็จะติดตามข่าวสารเรื่องโรคมือเท้าและปาก จากโทรทัศน์และบางครั้งก็ดูในอินเทอร์เน็ตบ้างค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“ก็จะมีทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมาอบรมให้ความรู้และแนะนำการดูแลเรื่องความสะอาด และส่วนหนึ่งก็ดูข่าวจากโทรทัศน์ค่ะ ยิ่งในช่วงที่มีการระบาดเยอะๆ ข่าวทุกช่องเลยจะต้องมีข่าวเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก นอกจากนี้ พี่จำได้จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเค้ามาอบรมและดูจากโปสเตอร์ที่ได้รับแจกมาค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

การได้รับการสนับสนุน

การได้รับการสนับสนุน หมายถึง การได้ความร่วมมือและการช่วยเหลือในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. การได้รับกำลังใจ หมายถึง การให้กำลังใจ และการแสดงความห่วงใย ดังคำกล่าวที่ว่า

“พวกพี่เป็นคนในพื้นที่นี่อยู่แล้ว ผู้บริหารก็เป็นคนในพื้นที่เหมือนกัน คำจะพูดให้กำลังใจว่าให้ช่วยดูแลเด็กดีๆ ดูแลแบบลูกแบบหลานมันก็จะได้บุญ ท่านก็เห็นใจคอยพูดให้กำลังใจในการทำงานมาโดยตลอด” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

“ช่วงที่โรคมือเท้าและปากกระบาดอย่างหนักมากในพื้นที่ ทางผู้ปกครองบางส่วนก็รู้ว่าพวกพี่งานหนัก คำก็บอกว่าสู้ๆ ครับคุณครู มีอะไรให้ช่วยก็ให้บอกมาได้เลย อันนี้ก็ดีใจนะว่าผู้ปกครองก็คอยมาดูแลเราด้วย” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

2. การได้รับสิ่งของ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลืองบประมาณ อุปกรณ์ในการป้องกันโรค สื่อความรู้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้รับค่ะ อันดับแรกเลยคือเทศบาลค่ะ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้มีการจัดสรรงบประมาณในส่วนของสื่อ ซึ่งมีรวมทั้งถึง สบู่ น้ำยาล้างมือ น้ำยาถูพื้น ไม้กวาด ไม้ถูพื้น...” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็สนับสนุนการอบรมให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก และให้สื่อและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ หน้ากากอนามัย” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“บางปีมีกลุ่มผู้ปกครองที่ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำความสะอาด บางคนก็ซื้อไม้กวาด น้ำยาล้างมือ สบู่ ล้างจาน ผงซักฟอกมาให้เราด้วยนะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

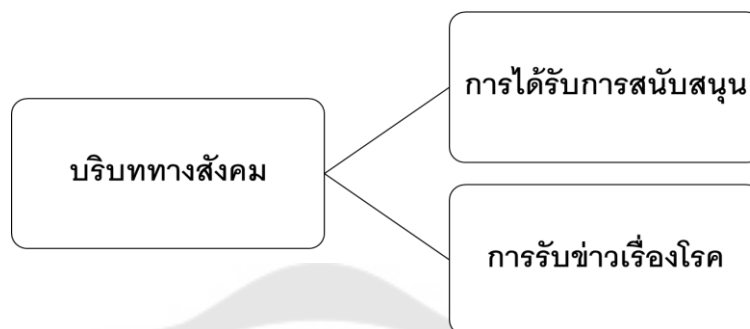
“ได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมาให้ข้อมูลความรู้และวิธีการป้องกันโรค มาสอนวิธีการทำความสะอาด และยังสนับสนุนพวกน้ำยาล้างมือมาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และก็มีพวกแผ่นพับและโปสเตอร์ค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

3. การได้รับข่าวสาร หมายถึง การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ผ่านทางหนังสือจากโรงพยาบาล กลุ่มไลน์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็มีแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ถ้ามีหนังสือจากโรงพยาบาลทางเทศบาลก็จะเรียกหัวหน้าไปรับข้อมูลและเอามากระจายข่าวต่อ พวกพี่ก็จะแจ้งไปที่ผู้ปกครองอีกทอดหนึ่ง” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“บางทีก็เป็นการแจ้งข่าวการระบาดของโรคมือเท้าและปาก ผ่านไลน์ที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเค้าตั้งไว้ค่ะ ก็จะเป็นการบอกว่าช่วงนี้มีการระบาดให้เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องให้ช่วยกันคัดกรองโรคให้ดีกว่า” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

จากข้อค้นเกี่ยวกับบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากข้างต้น ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพบริบททางสังคมได้ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเด็ก เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก ทั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ การรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของตนเองในเรื่องของการตรวจสุขภาพประจำปี การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือด้วยสบู่หลังล้างก้น การล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสสิ่งสกปรก การสวมหน้ากากอนามัย การสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเด็กป่วย การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การใช้ผ้าปิดปากเวลาไอหรือจาม และการแยกของใช้ส่วนตัวออกจากเด็ก ดังคำกล่าวที่ว่า

“พี่มองว่าต้องเป็นคนที่รักษาความสะอาดที่ดีเป็นทุนเดิมนะ คือต้องรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ออกกำลังกาย ปฏิบัติตามหลัก กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“การดูแลสุขภาพของพี่เองก็จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี คือ ทาง อบต.จะ带我去ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ดูปอด จะได้ว่าว่ามีโรคประจำตัวหรือโรคติดต่ออะไรบ้าง จะได้ป้องกันโรคได้” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

“มาถึงที่ศูนย์ฯ พี่ต้องล้างมือก่อนเริ่มทำงาน เพื่อเรามั่นใจว่าสะอาด ไม่ต้องทำอะไรมากค่ะ ก็เน้นการล้างมือด้วยน้ำสะอาดและฟอกสบู่ให้บ่อยๆ ทำเหมือนเด็กๆ ทุกขั้นตอนเลยมือเราจะต้องไปสัมผัสกับตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ หรืออุจจาระของเด็กตอนไปล้างกันให้เด็กก็ต้องรีบล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“เราเตรียมของใช้ส่วนตัวของพี่ก็แยกไม่ปนกับของเด็ก เราจะไม่ใช่ของร่วมกับเด็ก เด็กอาจติดเชื้อโรคจากเราได้ ของใช้ก็จะมีหลักๆ คือ แก้วน้ำ ผ้าเช็ดมือ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“ถ้าพี่ไม่สบายหรือป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะหาหน้ากากอนามัยมาใส่ปิดปากปิดจมูกไว้ ถ้าป่วยหนักก็ต้องหยุดเลยคะ กลัวเด็กติดเชื้อจากเรา” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

2. การรักษานาฬิกาของเด็กรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กที่ช่วยและส่งเสริมให้เด็กมีสุขอนามัยที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปากในเรื่องของการตรวจคัดกรองโรค การใช้ช้อนตักแบ่งอาหารให้เด็ก การดูแลให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ การดูแลไม่让孩子อมของเล่น การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็กออกจากกัน การแยกของเล่นที่ปนเปื้อนน้ำลายออกเพื่อทำความสะอาด และการแยกเด็กที่สงสัยป่วยออกจากเด็กปกติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือก็เริ่มมาที่ศูนย์เด็กเล็กก่อนเจ็ดโมงเช้าแล้ว เพื่อมารอรับเด็กเพราะศูนย์ของพี่ผู้ปกครองจะเป็นคนมาส่งเอง พี่ก็จะคอยรับและตรวจดูว่าเด็กแต่ละคนมีอาการผิดปกติไหม มีไข้ ตุ่มตามมือตามปาก ไอ หรือน้ำมูกหรือเปล่า” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1)

“คือก็เริ่มมาที่ศูนย์เด็กเล็กก่อนเจ็ดโมงเช้าแล้ว ตอนเช้าที่ผู้ปกครองมาส่งเด็ก เราก็จะตรวจดูเด็กว่ามีอาการผิดปกติหรือไม่ เราก็จะตรวจหู ตูปาก ตรวจมือ เราก็จะดูว่าเป็นตุ่มขึ้นมาไหมในปากมีแผลไหม” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

“เราก็จะดูว่าเด็กมีไข้ไหม มีตุ่มมีอะไรไหมที่เข้าได้กับโรคมือเท้าและปาก ถ้าสงสัยเราจะมีรถฉุกเฉินของเทศบาลไปส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโทรแจ้งผู้ปกครองให้ทราบทันที” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

“เราก็จะสอนและพาเด็กทำคือให้เด็กล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ สอนการล้างมือที่สะอาด 7 ขั้นตอน ระหว่างล้างมือก็ให้เด็กร้องเพลงซ่างๆ ไปด้วยตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ศูนย์ฯ ของเราใช้สบู่ก่อนล้างมือ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

“ของใช้เด็กจะแยกออกจากกัน เช่น แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ผ้าเช็ดตัว อุปกรณ์รับประทานอาหารทางผู้รับเหมาจะจัดมาให้และเก็บกลับเมื่อเด็กกินเสร็จ เดี่ยวนี้ในศูนย์ฯ จะแยกของกิน ไม่让孩子แบ่งขนมกัน ภาชนะก็แยก แก้วน้ำใช้แล้วก็แยกไปอีกชั้นหนึ่งไม่เอามาใช้ซ้ำหรือปนกัน” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

“ช่วงกิจกรรมที่ปล่อยให้เด็กเล่นของเล่น ช่วงวัยนี้ชอบจับแล้วเอาของเข้าปาก เราก็ต้องคอยดูแลดีๆ อย่าให้เค้าอมของ หรือเอาน้ำมูก น้ำลายไปป้ายตามอุปกรณ์ต่างๆ ถ้าเจอก็ต้องรีบแยกเอาไปทำความสะอาด” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

“เด็กบางคนทีติดผ้าเราก็ต้องบอกผู้ปกครองให้เค้าซักทำความสะอาดทุกวัน เพราะมันอาจจะมีเชื้อโรคอยู่ในผ้าได้ ส่วนที่นอนก็ให้นำกลับไปซักวันศุกร์ วันจันทร์ก็ค่อยเอามาใหม่ นอกจากวันไหนที่เด็กฉี่หรืออ้วกใส่ที่นอนเราก็ทำความสะอาดให้และใส่ถุงให้ผู้ปกครองไปซักที่บ้าน” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“โรคมือเท้าและปาก มันก็ปนมากับอาหารได้เหมือนกันนะ ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ให้พวกพี่ช่วยตรวจดูด้วยว่าอาหารที่จะให้เด็กกินสะอาดไหม” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 7)

3. การรักษานามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสะอาดของสถานที่และสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าและปากของเด็กในเรื่องของการทำความสะอาดลูกบิด การทำความสะอาดพื้นห้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วม การทำความสะอาดอุปกรณ์รับประทานอาหาร เช่น ช้อน ถาด แก้วน้ำดื่ม การจัดการอุจจาระในส้วม การทิ้งขยะในถังดำ การทำความสะอาดของของเล่น และการจัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ดังคำกล่าวที่ว่า

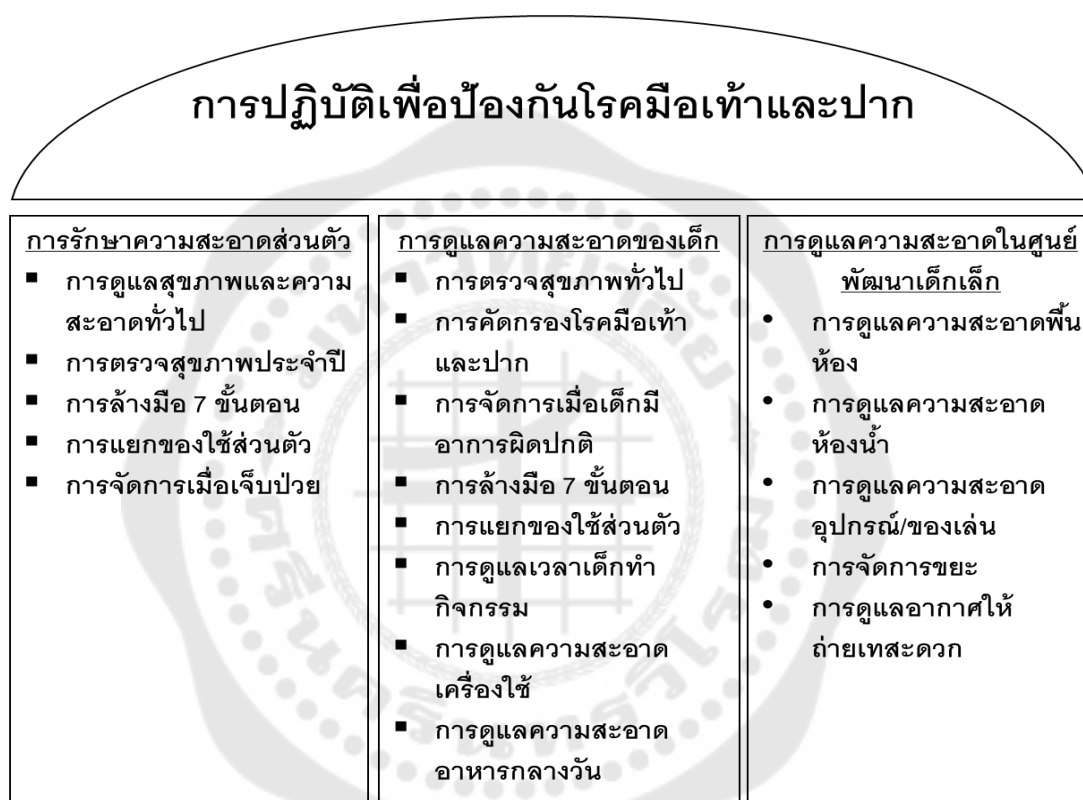
“สำหรับการดูแลความสะอาดทั้งภายในและภายนอกนั้นเราก็จะทำเป็นกิจวัตรประจำวันคือ มาถึงศูนย์เราก็จะปิดกวาด ถูพื้นด้วยน้ำยาตอนเช้าและตอนเย็นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4)

“ส่วนห้องน้ำเด็กใช้ร่วมกันหลายคนทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและเย็น พวกโถส้วมพี่ใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนตรงพื้นที่ฝังชักฟอกขัดถูค่ะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6)

“พวกพี่ก็จะช่วยกันทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งภายนอกและภายในอาคาร จำพวกของเล่นชิ้นเล็กๆ พวกตุ๊กต๋อ ตัวอักษร ก.ไก่ ต้องมาวันเสาร์หรืออาทิตย์นะ คือของพวกนี้ต้องล้างน้ำยาและต้องตากให้แห้งต้องใช้เวลาทั้งวันทำเดือนละครั้ง ส่วนของเล่นข้างนอกพวกสไลเดอร์ก็ใช้น้ำเปล่าล้างและปล่อยให้แห้ง” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5)

“หน้าฝนนี้แทบจะไม่ได้เปิดหน้าต่างเลยคะ ก็เคยถามคุณหมอมว่าต้องทำอะไร ท่านก็บอกว่าถ้าเปิดไม่ได้ก็ถูพื้นและเปิดพัดลมเพื่อให้พื้นมันแห้ง เชื้อโรคมือเท้าและปาก ชอบอยู่ที่ชื้นๆ และๆ พี่ก็เลยทำตามที่ท่านบอกคะ” (ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3)

จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ร่วมวิจัยดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรักษาความสะอาดส่วนบุคคล การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก

ข้อค้นพบเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ร่วมวิจัย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมากำหนดเป็นตัวแปรเชิงเหตุในการวิจัยระยะที่ 2 ได้ดังตาราง 15

ตาราง 15 การกำหนดตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2

ประเด็นข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1	กำหนดตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2
จิตลักษณะ	
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก
ความมั่นใจในการป้องกันโรค	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
ผลกระทบจากโรค	การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก
ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก
ผลดีจากการป้องกันโรค	การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
อุปสรรคจากการป้องกันโรค	การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
บริบททางสังคม	
การรับข่าวเรื่องโรค	การได้รับข้อมูลข่าวสาร
การได้รับการสนับสนุน	การสนับสนุนทางสังคม
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปาก	
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	พฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก
- การรักษาความสะอาดส่วนตัว	- การรักษาอนามัยส่วนบุคคล
- การดูแลความสะอาดของเด็ก	- การรักษาอนามัยของเด็ก
- การดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	- การรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อค้นพบเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค คือ ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุ การติดต่อ อาการของโรค การดูแลรักษา และการป้องกันโรค ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

2. ความมั่นใจในการป้องกันโรค คือ ความมั่นใจในการป้องกันโรคเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

3. ผลกระทบจากโรค คือ ผลกระทบจากโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

4. ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค คือ ความเสี่ยงที่จะทำให้เด็กป่วยเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรค พฤติกรรมของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก

5. ผลดีจากการป้องกันโรค คือ ผลดีที่เกิดจากการทำกิจกรรมการคัดกรองโรค การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาดการใช้ช้อนกลาง การล้างมือ การกำจัดอุจจาระ การทำความสะอาดของเล่นที่เด็ก การทำความสะอาดพื้นห้อง ห้องน้ำ ห้องส้วม และการจัดห้องเรียนให้มีอากาศระบายถ่ายเท ที่ช่วยป้องกันโรค ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

6. อุปสรรคจากการป้องกันโรค คือ สิ่งที่ยกยัดขวางในการป้องกันโรคเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กมีจำนวนน้อย งบประมาณขอยากและไม่พอ และผู้ปกครองไม่เข้าใจ ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

7. การรับข่าวเรื่องโรค คือ การได้รับข้อมูลเรื่องโรคจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ โปสเตอร์ อินเทอร์เน็ต และสื่อบุคคล เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

8. การได้รับการสนับสนุน คือ การได้รับความช่วยเหลือในการป้องกันโรคในด้าน อารมณ์ ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคม

9. การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค คือ การทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคในเรื่องของการรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ได้ข้อค้นพบในประเด็นจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้เลือกจิตลักษณะและการปฏิบัติมาเป็นตัวหลักที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อในการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับบริบททางสังคม ได้แก่ การรับข่าวเรื่องโรค และการได้รับการสนับสนุน ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นกิจกรรมเสริมในโปรแกรม

ตอนที่ 2 การผสมผสานวิถีจากการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยระยะที่ 1 ที่ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ การสร้างข้อคำถามในแบบวัด และออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นนำไปศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการวิจัยระยะที่ 2 ทั้งนี้ สามารถสรุปข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ และการนำไปในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังตาราง 16



ตาราง 16 ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ และการนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ	แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม	การนำไปใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ
ในข้อค้นพบนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ออกมา 5 ประเด็น ได้แก่ สาเหตุ การติดต่อ อาการของโรค การดูแลรักษา และการป้องกันโรค	ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก	- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - นำข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการให้ความรู้ในประเด็นสาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษา และการป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในกิจกรรม “มารู้จัก...โรคมือเท้าและปาก” โดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น
ในข้อค้นพบนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความมั่นใจในการรักษา ความสะอาดของตนเอง การดูแลความสะอาดให้แก่เด็ก และการดูแลสภาพแวดล้อม	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามในแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - นำข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการให้ความรู้ในประเด็นประโยชน์ของการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการรักษาความสะอาดของสถานที่ โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแลเด็กได้เกิดทักษะด้วยการลงมือทำด้วยตนเอง ใน 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) “คัดกรองโรค...คัดกรองมือเท้าและปาก” 2) “มามะ...มาล้างมือ” และ 3) “สะอาดหรือยังนะ” โดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจและสามารถการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการรักษาความสะอาดอุปกรณ์ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ	แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม	การนำไปใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ
<p>ในข้อค้นพบนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนการรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะทำ ให้เด็กป่วยเป็นโรคที่เกิด จากเชื้อโรคมือหลายสายพันธุ์ สภาพอากาศ ภูมิ ด้านทานของเด็ก รวมทั้ง พฤติกรรมเสี่ยงทั้งจาก ตัวเด็กและผู้ดูแลเด็ก</p>	<p>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรคมือเท้าและ ปาก</p>	<p>- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามใน แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงของโรคมือเท้าและปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- นำข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการให้ข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เด็ก ป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก โดยเน้นการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม ในกิจกรรม “รู้ใหม่...มันเสี่ยง” เพื่อให้ ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้าและปากเพิ่มขึ้น</p>
<p>ในข้อค้นพบนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อน ความรุนแรงหรือ ผลกระทบเมื่อเด็กป่วย เป็นโรคมือเท้าปาก ได้แก่ ผลต่อตัวเด็ก ผลต่อ ผู้ปกครอง ผลต่อผู้ดูแล เด็ก ผลต่อศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก และผลต่อ อปต./เทศบาล และ พบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ สะท้อนความรุนแรงของ โรคมือเท้าและปากจน เป็นสาเหตุของการ เสียชีวิตของเด็กเลย</p>	<p>การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมือเท้าและปาก</p>	<p>- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามใน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- ข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการให้ข้อมูล เกี่ยวกับผลเสียหรือผลกระทบเมื่อเด็กป่วยเป็นโรค มือเท้าปากในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพกายใจของเด็ก ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในกิจกรรม “รุนแรง จริงนะ...โรคมือเท้าและปาก” เพื่อให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้าและปากเพิ่มขึ้น</p>

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ	แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม	การนำไปใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ
<p>ในข้อค้นพบนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคมือเท้าปากได้ เช่น การคัดกรองโรค การล้างมือ 7 ขั้นตอน การดูแลความสะอาดภายในศูนย์</p>	<p>การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก</p>	<p>- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามในแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- ข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์จากการป้องกันโรคมือเท้าและปาก เช่น การคัดกรอง การล้างมือ 7 ขั้นตอน การดูแลเด็กไม่ให้มอมของเล่น การรักษาความสะอาดของสถานที่</p>
<p>ในส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการมีคนจำนวนน้อยการของบประมาณได้ยาก และการที่ผู้ปกครองไม่เข้าใจ เป็นอุปสรรคที่ทำให้ป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ไม่ดี</p>	<p>การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก</p>	<p>- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามในแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- ข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการให้ข้อมูลลดการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ ในกิจกรรม “รู้ผลดีพร้อมก้าวผ่านอุปสรรค” เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กอภิปรายร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคจากสถานการณ์จำลอง</p>

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ	แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม	การนำไปใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ
ในข้อค้นพบนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรักษาความสะอาดส่วนบุคคล การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก	- กำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างข้อคำถามในแบบวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - ข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในกิจกรรม “คัดกรองโรค...คัดกรองมือเท้าและปาก” “มาละ...มาล้างมือ” และ “สะอาดหรือยังนะ” เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากได้อย่างถูกต้อง จากการลงมือฝึกปฏิบัติและการเห็นตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จ
- ข้อค้นพบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน พบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือใน 3 ด้าน ได้แก่ การได้กำลังใจ การได้รับสิ่งของ และการรับข่าวเรื่องโรคผ่านทาง 2 ช่องทาง ได้แก่ สื่อมวลชน (โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต) และสื่อบุคคล (แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)	- การสนับสนุนทางสังคม - การได้รับข้อมูลข่าวสาร	- ออกแบบกิจกรรมที่สอดแทรกในโปรแกรมโดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอร่วมกับผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมให้ความรู้ ให้คำแนะนำ การกำลังใจ และสนับสนุนสื่อที่เป็นประโยชน์ เช่น โปสเตอร์ คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก - ออกแบบกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะขาดของโรคในพื้นที่อำเภอแกด้า สถานการณ์ความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก และแนวทางการป้องกันโรคที่ควรจะเป็นโดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ได้ข้อค้นพบในประเด็นจิตลักษณะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้เลือกจิตลักษณะและการปฏิบัติมาเป็นตัวหลักที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อไปโดยได้เทียบเคียงกับแนวคิดทฤษฎีและกำหนดเป็นตัวแปรการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับบริบททางสังคม ผู้วิจัยนำมาเทียบเคียงกับแนวคิดทฤษฎีกำหนดเป็นตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งสองตัวแปรนำมาใช้เป็นกิจกรรมเสริมในโปรแกรม ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 2 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษาในแต่ละช่วงเวลาของการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 10 ราย และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 10 ราย รายละเอียดลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร แสดงในตาราง 17

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มควบคุม (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
- หญิง	10	100.00	10	100.00
2. อายุ				
- 20-30 ปี	0	0.00	2	20.00
- 31-40 ปี	2	20.00	2	20.00
- 41-50 ปี	2	20.00	3	30.00
- 51-60 ปี	6	60.00	3	30.00
3. สถานภาพสมรส				
- โสด	1	10.00	2	20.00
- สมรส	9	90.00	8	80.00
4. ระดับการศึกษา				
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	20.00	2	20.00
- ปริญญาตรี	7	70.00	7	70.00
- ปริญญาโท	1	10.00	1	10.00
5. รายได้ต่อเดือน				
- 5,000-10,000 บาท	0	0.00	1	10.00
- 10,001-15,000 บาท	7	70.00	3	30.00
- 15,001-20,000 บาท	2	20.00	3	30.00
- 20,001-25,000 บาท	1	10.00	3	30.00
6. ประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็ก				
- 5-10 ปี	1	10.00	6	60.00
- 11-15 ปี	1	10.00	1	10.00
- 16-20 ปี	3	30.00	1	10.00
- 21-25 ปี	5	50.00	2	20.00
7. จำนวนเด็กที่รับผิดชอบ				
- น้อยกว่า 50 คน	8	80.00	1	10.00
- ตั้งแต่ 50 คน ขึ้นไป	2	20.00	9	90.00

จากตาราง 17 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมดกลุ่มละ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 อายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี โดยในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุดในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุดใน 2 ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 และช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมามีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 10.00 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมามีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 20.00

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในแต่ละระดับเท่าๆ กัน คือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 20.0), ปริญญาตรี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 70.0) และ ปริญญาโท จำนวน 1 คน (ร้อยละ 10.0) ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ใน 3 ช่วงเท่าๆ กัน ได้แก่ 10,001-15,000 บาท, 15,001-20,000 บาท และ 20,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.00

ประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กอยู่ในช่วง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 และในกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00

จำนวนเด็กที่รับผิดชอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กที่รับผิดชอบน้อยกว่า 50 คน ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ ตั้งแต่ 50 คน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 และกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กที่รับผิดชอบตั้งแต่ 50 คน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมาคือ น้อยกว่า 50 คน ร้อยละ 10.00

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษาในแต่ละช่วงเวลาของการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทำการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรตามทั้ง 7 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 18

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง/ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
กลุ่มทดลอง (n=10)						
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก	5.30	0.95	10.10	0.74	11.20	0.92
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	70.80	2.78	93.00	2.16	96.00	1.63
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก	40.50	1.58	61.20	1.75	62.40	1.78
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก	40.70	1.77	54.00	1.50	61.30	1.16
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	33.30	1.34	43.50	1.51	50.40	1.17
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	60.20	1.93	39.90	1.45	32.20	1.48
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	52.60	2.01	82.70	1.77	86.30	3.20
กลุ่มควบคุม (n=10)						
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก	4.90	0.74	5.10	0.74	5.10	0.74
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	69.90	2.38	70.20	0.92	70.50	3.03
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก	39.50	1.35	40.50	1.27	41.60	1.43
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก	39.80	1.48	40.10	1.37	40.80	1.32
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	33.10	1.60	33.40	1.18	34.00	1.25
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	59.90	2.96	59.20	3.23	58.30	2.71
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	51.90	1.66	52.60	1.96	52.00	1.63

จากตาราง 18 แสดงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง คือ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยลดลง คือการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

กลุ่มควบคุม พบว่า ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง คือ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยลดลง คือการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนของตัวแปรตามดังกล่าวได้ ดังนั้น จึงต้องมีการทดสอบทางสถิติเพื่อยืนยันความแตกต่างและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล

ในการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่ม	Mean Rank	Sum of Rank	Mann-Whitney U	Z	P (2-tailed)	
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง	ทดลอง	11.70	117.00	38.000	-0.967	0.333	
		ควบคุม	9.30	93.00				
	หลังทดลอง	ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.853*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
	ติดตามผล	ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.853*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง	ทดลอง	11.30	113.00	42.000	-0.610	0.542
			ควบคุม	9.70	97.00			
หลังทดลอง		ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.816*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
ติดตามผล		ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.797*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก		ก่อนทดลอง	ทดลอง	12.30	123.00	32.000	-1.404	0.160
			ควบคุม	8.70	87.00			
	หลังทดลอง	ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.795*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
	ติดตามผล	ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.810*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
	การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง	ทดลอง	12.75	127.50	27.500	-1.769	0.077
			ควบคุม	8.25	82.50			
หลังทดลอง		ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.869*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				
ติดตามผล		ทดลอง	15.50	155.00	0.000	-3.816*	0.000	
		ควบคุม	5.50	55.00				

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่ม	Mean	Sum of	Mann-	Z	P			
			Rank	Rank	Whitney U		(2-tailed)			
การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง	ทดลอง	11.70	117.00	38.000	-0.922	0.357			
		ควบคุม	9.30	93.00						
	หลังทดลอง	ทดลอง	15.50	155.00				0.000	-3.805*	0.000
		ควบคุม	5.50	55.00						
	ติดตามผล	ทดลอง	15.50	155.00				0.000	-3.798*	0.000
		ควบคุม	5.50	55.00						
การรับรู้อุปสรรคต่อการ ป้องกันโรคมือเท้าและ ปาก	ก่อนทดลอง	ทดลอง	10.95	109.50	45.500	-0.352	0.725			
		ควบคุม	10.05	100.50						
	หลังทดลอง	ทดลอง	5.50	55.00				0.000	-3.820*	0.000
		ควบคุม	15.50	155.00						
	ติดตามผล	ทดลอง	5.50	55.00				0.000	-3.816*	0.000
		ควบคุม	15.50	155.00						
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค มือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง	ทดลอง	11.55	115.50	39.500	-0.805	0.421			
		ควบคุม	9.45	94.50						
	หลังทดลอง	ทดลอง	15.50	155.00				0.000	-3.792*	0.000
		ควบคุม	5.50	55.00						
	ติดตามผล	ทดลอง	15.50	155.00				0.000	-3.791*	0.000
		ควบคุม	5.50	55.00						

* $p < .05$

จากตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล พบว่า

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.853$, $p = .000$ และ $z = -3.853$, $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.816$, $p = .000$ และ $z = -3.797$, $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.795$, $p = .000$ และ $z = -3.810$, $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.869$, $p = .000$ และ $z = -3.816$, $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.805$, $p = .000$ และ $z = -3.798$, $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.820$, $p = .000$ และ $z = -3.816$, $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.792$, $p = .000$ และ $z = -3.791$, $p = .000$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผู้วิจัยนำคะแนนจากแบบวัดของตัวแปรตามทั้ง 7 ตัวแปร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยการ ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ดังแสดงในตาราง 20-21 ดังต่อไปนี้

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ การติดตามผล

ตัวแปร	ผลของการได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง)	Positive Rank	Negative Rank	Ties	Z	P (1-tailed)
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10	0	0	-2.829	0.003*
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.840	0.003*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	8	0	2	-2.636	0.004*
การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้อง กันโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10	0	0	-2.812	0.003*
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.812	0.003*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	9	0	1	-2.673	0.004*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมือเท้าและ ปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10	0	0	-2.807	0.003*
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.814	0.003*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	9	1	0	-2.521	0.006*
การรับรู้ความรุนแรง ของโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10	0	0	-2.816	0.003*
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.823	0.003*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.816	0.003*

ตาราง 20 (ต่อ)

ตัวแปร	ผลของการได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง)	Positive Rank	Negative Rank	Ties	Z	P (1-tailed)
การรับรู้ประโยชน์ของ	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10	0	0	-2.823	0.003*
การปฏิบัติเพื่อป้องกัน	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.816	0.003*
โรคมือเท้าและปาก	หลังทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.848	0.002*
การรับรู้อุปสรรคต่อการ	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	0	10	0	2.831	0.003*
ป้องกันโรคมือเท้าและ	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	0	10	0	2.829	0.003*
ปาก	หลังทดลอง-ติดตามผล	0	10	0	2.810	0.003*
พฤติกรรมกำบังกัน	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10	0	0	-2.814	0.003*
โรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	10	0	0	-2.807	0.003*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	9	0	1	-2.677	0.004*

Bonferroni-adjusted significance level = .017

จากตาราง 20 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปาก ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล พบว่า

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.829$, $p = 0.003$) ติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.840$, $p = 0.003$) และติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.636$, $p = 0.004$)

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.812$, $p = 0.003$) ติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.812$, $p = 0.003$) และติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.673$, $p = 0.004$)

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.807$, $p = 0.003$) ติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.814$, $p = 0.003$) และติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.521$, $p = 0.006$)

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.816$, $p = 0.003$) ติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.823$, $p = 0.003$) และติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.816$, $p = 0.003$)

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.823$, $p = 0.003$) ติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.816$, $p = 0.003$) และติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.848$, $p = 0.002$)

คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = 2.831$, $p = 0.003$) ติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = 2.829$, $p = 0.003$) และติดตามผลต่ำกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = 2.810$, $p = 0.003$)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.814$, $p = 0.003$) ติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.807$, $p = 0.003$) และติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.677$, $p = 0.004$)

ตาราง 21 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล

ตัวแปร	ผลของการไม่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มควบคุม)	Positive Rank	Negative Rank	Ties	Z	P (1-tailed)
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	4	2	4	-0.816	0.207
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	5	3	2	-0.707	0.240
	หลังทดลอง-ติดตามผล	3	2	5	0.000	0.500
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	3	5	2	0.000	0.500
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	7	3	0	-1.261	0.104
	หลังทดลอง-ติดตามผล	7	2	1	-0.716	0.237
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	2	5	3	-1.134	0.129
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	1	7	2	-2.157	0.016*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	1	6	3	-1.930	0.027
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	2	7	1	-1.667	0.048
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	0	6	4	-2.333	0.010*
	หลังทดลอง-ติดตามผล	2	4	4	-0.816	0.207
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	2	0	8	-1.414	0.079
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	0	3	7	-1.732	0.042
	หลังทดลอง-ติดตามผล	0	5	5	-2.236	0.013*
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	3	2	5	-0.447	0.328
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	0	1	9	-1.000	0.159
	หลังทดลอง-ติดตามผล	2	4	4	-0.816	0.207
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	4	3	3	-1.121	0.131
	ก่อนทดลอง-ติดตามผล	6	4	0	0.000	0.500
	หลังทดลอง-ติดตามผล	2	7	1	-1.310	0.095

Bonferroni-adjusted significance level = .017

จากตาราง 21 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ภายในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล พบว่า

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล และหลังการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล และหลังการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และหลังการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ส่วนติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.157, p = 0.016$)

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และหลังการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ส่วนติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.333, p = 0.010$)

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ส่วนติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.236, p = 0.013$)

คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล และหลังการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล และหลังการทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

การประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองจากการสนทนากลุ่ม (Focus group)

ภายหลังจากจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 6 คน ในประเด็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากที่เกิดขึ้นหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถสรุปผลการสนทนากลุ่ม ได้ 7 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมือเท้าปาก

ประเด็นความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมือเท้าปาก ผู้ดูแลเด็กได้สะท้อนว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ทำให้มีความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากมากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ก่อนเรารู้แค่ว่า ถ้าเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากแล้ว พอเด็กหายจากโรคแล้ว ก็ไม่มีอะไร แต่พอมอบรมวิทยากรบอกว่ามันยังมีเชื้ออยู่ในลำไส้และปนออกมากับอุจจาระของเด็กได้ ความรู้นี้ทำให้ต้องให้ความสำคัญกับการล้างมือฟอกสบู่มากขึ้น พี่ล้างกันให้เค้าเสร็จก็ต้องรีบล้างมือ ฟอกสบู่ทันทีเลย” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 1)

“ก่อนหน้าที่เข้ารับการอบรม พี่ก็คิดว่าเราล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์มันก็คงจะปลอดภัยแล้ว แต่มารู้จากการอบรมนี้แหละว่ามันทำลายเชื้อโรคมือเท้าและปากไม่ได้ จึงต้องหมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆ” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“ที่มาอบรมทำให้พี่ช่างสังเกตมากขึ้นนะ เพราะโรคนี้มันไม่ได้อยู่ที่บริเวณมือเท้าปากอย่างเดียวแต่ก่อน มันขึ้นที่อื่นได้ เช่น ก้น หลัง ขาหนีบ เราก็ต้องหมั่นดูเด็กของเรามากขึ้น” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4)

“เรามาแล้วได้อะไรมากมายนะ ถ้าเป็นพี่ก็ได้สิ่งที่จะเอาไปดูแลเด็กๆ เช่น การล้างมือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเรารู้ว่ามือเราไม่ได้สะอาดตลอดเวลา จับอะไรมาจุกจุกควรล้างบ่อยๆ และต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด เขาจะเอาของใส่ปาก อมของเล่น เชื้อพวกนี้มันเข้าทางปากอันนี้หัวใจสำคัญเลย ถ้าอันไหนสงสัยเราก็เปิดดูคู่มือที่ได้รับแจกตอนอบรม อ่านเรื่อยๆ นะ เป็นการทบทวนความรู้เราด้วย” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 6)

ประเด็นความมั่นใจในการปฏิบัติ

ประเด็นความมั่นใจในการปฏิบัติ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ผู้ดูแลเด็กได้สะท้อนว่าตนเองมั่นใจในการคัดกรอง การพาเด็กล้างมือ การแยกของใช้ออกจากกัน และการทำความสะอาดภายในศูนย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนเช้าที่ต้องคัดกรองโรคให้เด็ก จากที่ได้รับการอบรมและมีการฝึกทำการคัดกรอง มันเป็นวิธีที่ทำให้เราจำขั้นตอนได้นะ และรู้สึกว่ามันใจมากขึ้นที่จะทำ” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 2)

“วันนั้นยังจำได้นะ วิทยากรให้เราแสดงเป็นครูและให้ทำบทบาทสมมติให้สอนเด็กล้างมือถูสบู่ให้ครบ 7 ขั้นตอน ตอนแรกก็รู้สึกอายนะ แต่พอเราฝึกทำแล้วมันก็รู้สึกที่เราทำได้ เป็นเรื่องง่าย ๆ เอง” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“ที่แยกของใช้ส่วนตัวเด็กแต่ละคนออกจากกัน ผ้าเช็ดปาก แก้วน้ำ เครื่องนอน ที่ติดป้ายและเขียนชื่อเล่นเด็กตัวโตๆ จะได้ไม่ใช้ปนกัน เราทำได้นะเรื่องแค่นี้ แต่มันช่วยป้องกันโรคได้มากเลยที่เดียวนะ” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4)

“ตอนที่อบรมคุณหมอสอนและอธิบายการเลือกน้ำยาทำความสะอาดให้เหมาะกับอุปกรณ์ และให้เราฝึกทำ พออบรมแล้วเราก็เอาไปทำต่อในศูนย์ของเราเลยนะ คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีและเกิดประโยชน์กับเด็กๆ” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 6)

ประเด็นความเสี่ยงที่จะเป็นโรค

ประเด็นความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วทำให้รับรู้จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างไรมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ก่อนที่ไม่มีห้องแยก พี่ก็แจ้งหัวหน้าศูนย์ฯ ให้มาทันฉาก ตอนนี้อยู่เป็นสัดส่วนเด็กป่วยก็ไม่ได้มาคลุกคลีกับเพื่อน” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 1)

“ช่วงระบาดของโรคมือเท้าปากคือช่วงหน้าฝน ครูจึงต้องเคร่งครัดมากในการคัดกรองเช้าและการล้างมือบ่อยๆ ทั้งตัวเราและเด็ก” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 2)

“เราต้องคอยดูแลมากขึ้น เพราะเดินวัยนี้ชอบเอาของเข้าปาก ถ้ามีขึ้นไหนเปื้อนน้ำลาย เราจะรีบแยกออกไป แก้วน้ำก็เหมือนกันอันไหนส่วนกลางต้องแยกไปล้างทันที คุ่มือและแผ่นพับที่ได้มา พี่ก็นำมาทบทวนและกระตุ้นเตือนนะ อันไหนที่เสี่ยงเราก็เอาเทียบกับสิ่งที่เราทำ” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4)

“พอเรามาอบรมแล้ว ทำให้รู้ว่าจุดไหนที่ศูนย์เราเสี่ยง เราก็จัดการได้ เช่น การใช้ธรรมชาติในการจัดการเชื้อโรค เช่น เปิดหน้าต่างให้ลมพัด การใช้แสงแดดทำลายเชื้อ พอเรารู้ก็จัดการปัญหาได้ บางอย่างไม่ต้องใช้เงินเลย แต่ช่วยป้องกันโรคได้” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 5)

ประเด็นผลกระทบจากโรค

ประเด็นผลกระทบจากโรค ผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่าหลังได้รับโปรแกรมทำให้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากว่าส่งต่อสุขภาพเด็ก และส่วนอื่นๆ มากขึ้น

“พอมาฟังวิทยากร ทำให้เราฉุกคิดเลยนะว่า ถ้าเราป้องกันโรคดีจะช่วยลดการเจ็บป่วยของเด็กลงได้ จะช่วยประหยัดงบประมาณต่างๆ ได้ พี่ก็เอาเอกสารใบความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาอ่านด้วยนะ ช่วยเตือนไม่ให้เราประมาท” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 2)

“เห็นตัวอย่างในวิดีโอที่เขาเปิดในการอบรม ทำให้เรายิ่งกลัว ไม่อยากให้เกิดกับเด็กๆ ในศูนย์ เพราะมันกระทบหลายส่วนนะ ทั้งตัวเด็ก ผู้ปกครองขาดงาน ไม่มีรายได้ เสียเงินเพิ่มที่ต้องพาไปรักษา ค่ารถ ค่าเดินทาง” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“มาอบรมเราก็ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนๆ ในกลุ่ม บางทีพอเกิดโรคกับเด็ก ผู้ปกครองก็จะมาตำหนิ เราก็ไม่อยากให้เกิดกับเรานะ เวลาที่เราสงสัยว่าเด็กคนนั้นเป็นโรคมือเท้าและปาก เราจะแจ้งผู้ปกครองให้พาไปหาหมอเค้าจะได้รักษาให้ถูกทาง” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4)

“เราต้องคัดกรองเด็กทุกคนก่อนเข้าโรงเรียนให้ดีและต้องสังเกตเด็กคนอื่นในห้องด้วย เพราะเราไม่อยากให้มีการระบาด เราไม่อยากให้ปิดศูนย์ฯ ปิดก็ต้องเสียเวลามาทำความสะอาด เด็กก็เรียนไม่ทันเพื่อน ครูต้องมาเตรียมการเรียนการสอนช่วงเสาร์อาทิตย์” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 6)

ประเด็นผลดีจากการป้องกันโรค

ประเด็นผลดีจากการป้องกันโรค ส่วนใหญ่สะท้อนว่าการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้รู้ว่าการกิจกรรมที่ตนเองทำนั้นจะช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรารู้วิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน การล้างมือไม่ได้ทำลายเชื้อนะ แต่มันช่วยชะล้างเอาเชื้อโรคที่ติดมากับมือออกไป พอเรารู้ว่ามันดีเราก็ต้องทำไปเรื่อยๆ ทำทุกวัน” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 1)

“หลังจากอบรมเสร็จแล้ว พี่ไปตรวจคัดกรองเด็กตอนเช้าก่อนเข้าศูนย์ฯ ทุกวันเลย มันเป็นด่านแรกเลยนะ ถ้าทำได้มันจะช่วยป้องกันเด็กที่ไม่ป่วยให้ปลอดภัย ถ้าเจอคนที่อาการไม่น่าไว้ใจ เราก็แยกก่อนเลย และให้พ่อแม่มารับไปพบหมอ” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 2)

“หลังเด็กเลิกเรียน เราและแม่บ้านช่วยกันทำความสะอาดและถูพื้นห้องด้วยน้ำยาทุกวัน ตอนเช้าและเย็น” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“ของเล่นก็ต้องล้างต้องแช่ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำยาฟอกขาวแล้วผึ่งแดดอาทิตย์ละครั้ง เราก็ทำตามทีอบรมมา สิ่งไหนดีเราก็ทำตาม พอดีเราก็ทำเรื่อยๆ นะ สิ่งไหนที่เราจดไว้ในคู่มือก็หยิบมาอ่านเวลาวางช่วงเด็กนอนกลางวัน” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4)

ประเด็นอุปสรรคจากการป้องกันโรค

ประเด็นอุปสรรคจากการป้องกันโรค หลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่า ปัญหาหรืออุปสรรคในการป้องกันโรคมีน้อย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหาไม่มีนะ เราก็หาทางแก้ไขได้ เรื่องไหนเราแก้ไขไม่ได้ก็ขอคำแนะนำจากหัวหน้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“ปัญหาที่ศูนย์ก็ไม่มี หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานก็ช่วยเหลือกันดี เพราะต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน งานดูแลเด็กมันเหนื่อยนะ แต่เรามายู่จุดนี้ก็ก็ต้องทำเต็มที่ มีปัญหาหาทางแก้ไข” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 6)

ประเด็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ประเด็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ส่วนใหญ่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในทางที่ดีและมีความสม่ำเสมอทั้งในด้านการรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดภายในศูนย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“พี่ทำการคัดกรองโรคทุกวันเลยนะ ถึงไม่ใช่ช่วงที่ระบาดของโรค พี่ก็ทำทุกวัน” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 1)

“พอได้อบรมแล้ว รู้เลยว่าเราต้องตัดเล็บให้สั้น เพราะมันอาจจะสะสมเชื้อโรคและแพร่กระจายเชื้อโรคได้ และล้างมือด้วยสบู่บ่อยมากขึ้น เพราะเราอยู่กับเด็กจำนวนมาก ไม่มีรู้ว่าใครป่วยบ้าง” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 2)

“...เวลาล้างกันให้เด็ก พี่รีบล้างมือฟอกสบู่ทันที เพราะเราไม่รู้ว่าเด็กคนไหนป่วยหรือไม่ เชื้อโรคมือเท้าและปากแม้จะหายจากโรค ก็ยังอยู่ในลำไส้อีกหลายเดือน” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“พี่จะแยกแก้วเด็ก ตัดป้ายชื่อเล่นตัวใหญ่ๆ เค้าจะได้หยิบแก้วส่วนตัวเค้าได้ถูก พี่ทำความสะอาดแก้วน้ำเด็กทุกวัน และก็สอนให้ใช้เฉพาะของตัวเอง” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3)

“...หลังจากเด็กทำกิจกรรมเรียนรู้ อย่างเช่นปั้นดินน้ำมัน พี่ก็จะพาเค้าไปล้างมือ ฟอกสบู่ 7 ขั้นตอน” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4)

“เสื้อผ้าที่เปื้อนอุจจาระ พี่ต้องรีบซักให้สะอาดเลย น้ำที่ซักผ้าแล้ว ก็ต้องทิ้งลงใน โถส้วมแล้วเราต้องขัดและทำความสะอาดด้วยน้ำยาอีกครั้ง” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 5)

“การทำทำความสะอาดพื้นห้องเรียน ห้องน้ำ ห้องส้วม พี่ทำวันละ 2 ครั้ง เข้าและ เย็น ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ และจุดหนึ่งที่สำคัญคือประตูที่มีลูกบิดต้องเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเหมือนกัน เรายังเป็นห่วงเด็ก คิดว่าเป็นลูกเป็นหลานก็ทำให้เขาจะได้ปลอดภัย” (ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 6)

โดยสรุป การวิจัยระยะที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการ ส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก โดยเป็น การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและ ปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค มือเท้าและปาก ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการทดสอบ ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 ภาพรวมของผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน		
	ยืนยัน สมมติฐาน	ยืนยัน บางส่วน	ปฏิเสธ สมมติฐาน
1. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่สูงขึ้นในระะยะหลังการทดลองและระะยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระะยะก่อนการทดลอง	/		
2. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทั้งในระะยะหลังการทดลองและระะยะติดตามผล	/		
3. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าในระะยะหลังการทดลองและระะยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระะยะก่อนการทดลอง	/		
4. เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทั้งในระะยะหลังการทดลองและระะยะติดตามผล	/		

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องจิตลักษณะ การปฏิบัติ และผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก: การวิจัยแบบผสมผสานวิธี มีจุดมุ่งหมายตามระยะของการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การวิจัยในครั้งนี้ใช้การวิจัย แบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) แบบสำรวจตามลำดับ (Exploratory Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2011) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ เริ่มต้นระยะที่ 1 ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย ที่เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดมหาสารคามที่ไม่มีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าและปากติดต่อกันในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 และมีประสบการณ์ในการทำงานดูแล เด็กไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแนวสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้การ วิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Miles and Huberman (1994) ระยะที่ 2 เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบแผน Pretest-Posttest Follow-up Design ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็ก ที่คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ทำงานใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม อย่างน้อย 1 ปี 2) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม 3) มีความสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และ 4) มีความยินดีและเต็มใจ เข้าร่วมโปรแกรมทดลองการทดลอง จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ทั้งนี้ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการอบรมจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ตัวแปรตามที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ 1) ตัวแปรทางจิต ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการ ป้องกันโรคมือเท้าและปาก และ 2) ตัวแปรทางพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและ

ปาก สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก และแบบวัดสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลของตัวแปรตามที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 0.89 – 0.99 โดยเครื่องมือดังกล่าวสร้างขึ้นจากข้อค้นในการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และการเปรียบเทียบคะแนนรายคู่ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test ผู้วิจัยนำเสนอการสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากงานวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

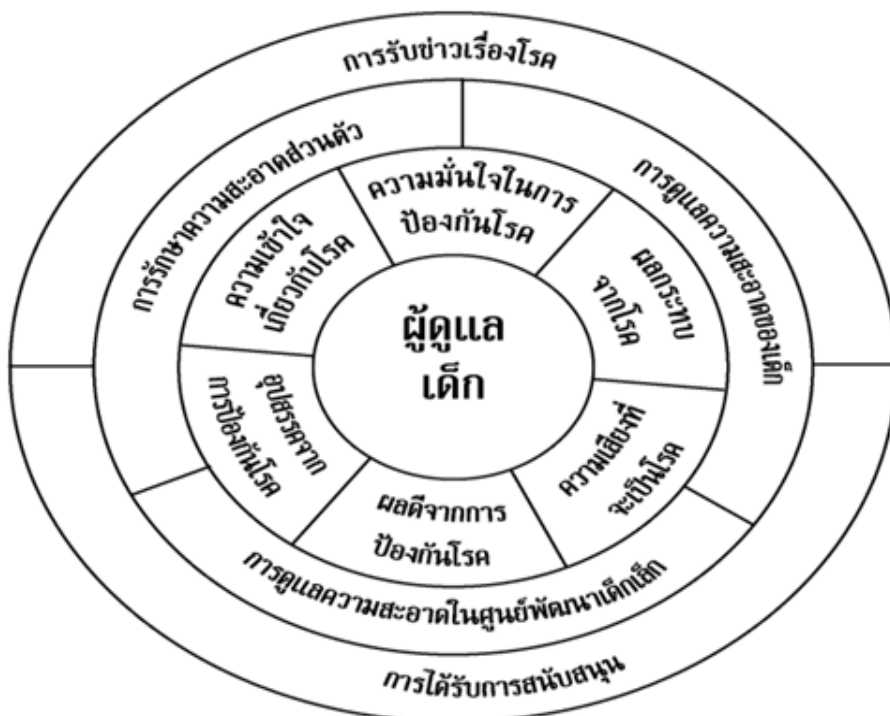
1. สรุปผลการวิจัย
 - 1.1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1
 - 1.2 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2
2. อภิปรายผลการวิจัย
 - 2.1 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1
 - 2.2 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2
3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) จิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วย ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความมั่นใจในการป้องกันโรค ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ผลกระทบจากโรค ผลดีจากการป้องกันโรค และอุปสรรคจากการป้องกัน 2) บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วย การรับข่าวเรื่องโรค และการได้รับการสนับสนุน และ 3) การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก เป็นการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ได้แก่ การรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยสามารถสรุปข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 จิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของ ผู้ดูแลเด็ก

จากข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาแบบวัดตัวแปรตาม และออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมในงานวิจัยระยะที่ 2 ด้วยวิธีเชิงปริมาณ

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่พบว่า เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของ

ผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่สูงขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่พบว่า เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ที่พบว่า เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 ที่พบว่า เฉพาะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 สามารถอธิบายเกี่ยวกับจิตลักษณะ บริบททางสังคม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อค้นพบเงื่อนไขเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ จิตลักษณะและบริบททางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและ

ปัจจัยภายในบุคคล แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลเด็กจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้กับเด็กได้อย่างถูกต้องนั้น ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับจิตลักษณะและบริบททางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จิตลักษณะ

จิตลักษณะเป็นเงื่อนไขภายในของผู้ดูแลเด็กที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก จากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบจิตลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความมั่นใจในการป้องกันโรค ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ผลกระทบจากโรค ผลดีจากการป้องกันโรค และอุปสรรคจากการป้องกัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะขออภิปรายในแต่ละประเด็น ดังรายละเอียดดังนี้

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากในประเด็นของสาเหตุ การติดต่อ อาการ การดูแลรักษา และการป้องกัน อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน และมีผลต่อการรับรู้ความเชื่อของบุคคลและมีผลต่อการรับรู้ความเชื่อของบุคคล กระบวนการรู้คิด การใช้เหตุผล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยและส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974; Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) เทียบเคียงได้กับแนวคิดแบบจำลองที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับโรคซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ประสพการณ์ และสามารถใช้ทำความเข้าใจมุมมองของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับโรค ในด้านพฤติกรรม การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาและลักษณะของอาการ ลักษณะอาการของโรค ความรุนแรงของโรค และการรักษา (Kleinman, 1980) และสอดคล้องกับผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า หากผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากมากเพียงใด จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องมากขึ้นด้วย (Thi Nga et al., 2016; รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์, 2555; สิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ, 2553; อัจจิมา ชนะกุล, 2558)

2. ความมั่นใจในการป้องกันโรค ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการป้องกันโรคเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีประสพการณ์ในการดูแลเด็กเป็นระยะเวลานานนั้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่า สามารถทำกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ข้อค้นพบดังกล่าวเทียบเคียงได้กับแนวคิดของ Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง เป็นการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการระบบและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลเป็นไปตามแบบแผนที่กำหนดไว้ และแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะใดๆ เป็นการรับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ได้ เพื่อป้องกันการเกิดโรค และทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่า หากผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงเพียงใด จะทำให้เกิดพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องมากขึ้นด้วย (Thi Nga et al., 2016; แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ, 2558; จันทราวดี พรมโสภณ และ สมคิด ปรามภัย, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560)

3. ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค คือ ผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะทำให้เด็กที่ตนดูแลป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากได้จากปัจจัยที่เกิดจากเชื้อโรค พฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งความสะอาดของสภาพแวดล้อมภายในศูนย์ที่เอื้อให้เชื้อโรคเติบโตได้ดี ข้อค้นพบดังกล่าวเทียบเคียงได้กับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ที่อธิบายไว้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่ผ่านมาเสี่ยงต่อการเป็นโรค บุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกัน ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้ความเสี่ยงสูงจะรับรู้ว่าคุณเองได้สัมผัสต่อโรคนั้น และข้อค้นพบมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การที่บุคคลที่ต้องดูแลเด็กมีการรับรู้ความเสี่ยงที่เด็กจะเกิดโรคในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำบังโรคสูงเช่นเดียวกัน (ชลธิชา ไชคเฉลิมวงศ์, 2555; พัชรภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

4. ผลกระทบจากโรค คือ ผู้ดูแลเด็กได้สะท้อนเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ข้อค้นพบดังกล่าวเทียบเคียงได้กับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลของโรคที่จะเกิดขึ้น ถ้าบุคคลรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดผลรุนแรง มีอันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การใช้เวลาและเสียเงินในการรักษาหรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การที่บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงผลกระทบหรือความรุนแรงของโรคสูง จะทำให้มีพฤติกรรมกำบังโรคที่ถูกต้องสูงตามไปด้วย (จันทราวดี พรมโสภณ และ สมคิด ปรามภัย,

2560; ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ, และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, 2555; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

5. ผลดีจากการป้องกันโรค คือ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนถึงผลดีที่เกิดจากการทำกิจกรรม การคัดกรองโรค การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด การใช้ช้อนกลาง การล้างมือ การกำจัด อุจจาระ การทำความสะอาดของเล่นที่เด็ก การทำความสะอาดพื้นห้อง ห้องน้ำ ห้องส้วม และการ จัดห้องเรียนให้มีอากาศระบายถ่ายเท ที่ช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ ข้อค้นพบดังกล่าว เทียบเคียงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ที่อธิบายไว้ ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบุคคล จะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และแนวคิดของ Pender et al. (2006) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมเป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติ พฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีต ที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จาก การปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายในประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงิน ทอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์ จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับผลวิจัยที่ผ่านมา พบว่า บุคคลที่ให้การดูแลเด็กที่มีการ รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูง จะยังมีพฤติกรรมกำบังกันโรคสูงด้วย (จิตติยาดา สมบุญนาถ, 2547; ชญานันท์ ใจดี และคณะ, 2555; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

6. อุปสรรคจากการป้องกันโรค คือ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนถึงสิ่งที่ยกยัดขวางการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กมีจำนวนน้อย งบประมาณขอยากและไม่ เพียงพอ และผู้ปกครองไม่เข้าใจ ข้อค้นพบดังกล่าวเทียบเคียงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ที่อธิบายว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค เป็นการ รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมที่ยกยัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรค เช่น มีค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง การเสียเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความไม่สะดวก หรือความยากลำบากใน การปฏิบัติพฤติกรรม เป็นต้น ทั้งนี้ข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่รับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อยจะยังมีพฤติกรรมกำบังกันโรค

มือเท้าและปากที่ถูกต้องมากขึ้น (จันทราวดี พรมโสภณ และ สมคิด ปราบภัย, 2560; พัชรภรณ์ บดีรัฐ, 2558)

บริบททางสังคม

บริบททางสังคมเป็นเงื่อนไขภายนอกของผู้ดูแลเด็กที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งในงานวิจัยนี้พบบริบททางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การรับข่าวเรื่องโรคและการได้รับการสนับสนุน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับข่าวเรื่องโรค คือ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนถึงการได้รับข้อมูลเรื่องโรคมือเท้าและปากจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่อบุคคล เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสาร การที่ผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ข้อค้นพบดังกล่าวเทียบเคียงได้กับแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) ที่กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแหล่งต่างๆ นั้น เป็นปัจจัยเอื้อซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านความรู้ที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคล บุคคลที่สามารถเข้าถึงและหาข้อมูลข่าวสารได้ง่าย จะทำให้มีความรู้และแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังเป็นปัจจัยสำคัญในการโน้มน้าวและช่วยให้บุคคลมีความเชื่อที่ถูกต้องด้วยเหตุผลหรือหลักการทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนมีความคิดและทางเลือกที่กว้างขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสมบูรณ์ ทันสมัย และครบถ้วนจะช่วยให้การตัดสินใจมีความถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง, 2555) นอกจากนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีการเปิดรับข้อมูลข่าวเรื่องโรคมาก จะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องมากขึ้นเช่นเดียวกัน (ชฎานันท์ ใจดี และคณะ, 2555; ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล และ ปรียกมล รัชกุล, 2558)

2. การได้รับการสนับสนุน คือ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในเรื่องของการได้รับกำลังใจ การได้รับสิ่งของ และการได้รับข่าวสาร การที่ผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีความมั่นใจ ทำให้ผู้ดูแลเด็กประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในเด็กมากขึ้น ข้อค้นพบดังกล่าวเทียบเคียงได้กับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Jacobson (1986) ได้แบ่ง การสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การยกย่อง ยอมรับ เห็นใจ ได้รับความรัก ให้กำลังใจ การเห็น

คุณค่า 2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ และ
 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น ได้รับความช่วยเหลือด้านเวลา แรงงาน การเงิน สิ่งของ และ
 บริการที่จะสามารถแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมที่เปรียบเสมือนแหล่ง
 ประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้นด้วย
 (Green & Kreuter, 2005) นอกจากนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า
 ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ มาก จะยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและ
 ปากมากขึ้นเช่นกัน (ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; สันติพงษ์ กัณฑ์วารีย์, 2549)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กทำเพื่อป้องกันโรคมือเท้า
 และปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในงานวิจัยครั้งนี้พบการปฏิบัติที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรักษา
 ความสะอาดส่วนตัว เช่น การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร การใช้ช้อนกลาง การแยกของ
 ใช้ของตนออกจากเด็ก 2) การดูแลความสะอาดของเด็ก เช่น การตรวจสุขภาพทั่วไป การสอนและ
 พาเด็กล้างมือ 7 ขั้นตอน การดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่น และ 3) การดูแลความสะอาดภายในศูนย์
 พัฒนาเด็กเล็ก เช่น การปิดกวาดและถูพื้นห้องด้วยน้ำยาถูพื้น การขัดและทำความสะอาดห้องน้ำ
 ด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำ การกำจัดขยะมูลฝอย และการเปิดหน้าต่างเพื่อทำให้อากาศถ่ายเทได้
 สะดวก เทียบเคียงได้กับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน
 อนุบาล ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) ที่แนะนำไว้ว่า การป้องกันโรคที่ได้ผลดี
 และคุ้มค่าที่สุด คือ การป้องกันในระยะก่อนได้รับเชื้อ โดยที่ผู้ดูแลเด็กจะต้องดูแลสุขอนามัยของ
 ตนเองและเด็กเป็นอย่างดี เน้นความสะอาดของที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมที่สะอาด
 ถูกสุขลักษณะ ไม่แออัด อากาศถ่ายเทสะดวก และมีแสงแดดส่องถึง ทั้งนี้ การปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง
 3 ด้านของผู้ดูแลเด็กจะช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากที่จะเกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เป็น
 อย่างดี และมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่มีความคล้ายกับงานวิจัย
 ในครั้งนี้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของนักวิชาการที่พบกลุ่มบุคคลที่ต้องดูแลเด็กมีการปฏิบัติเพื่อ
 ป้องกันโรคมือเท้าและปากใน 3 ด้าน ได้แก่ การรักษาอนามัยส่วนบุคคล การดูแลความสะอาดของ
 เด็ก และการดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม (ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560; อัจจิมา ชนะกุล,
 2558)

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (pretest-posttest follow-up design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากสูงขึ้นและมีความคงทนของความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมห่วงการดังกล่าวมีการประยุกต์รูปแบบกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาความรู้ด้านการรู้คิดของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลอง กล่าวคือ มีกิจกรรมในการบรรยาย การตั้งคำถาม การนำเสนอกรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่มย่อย และการใช้เกมส์ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถจดจำและเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อของโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษา และการป้องกันโรคมือเท้าและปาก นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับคู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากที่มีเนื้อหาที่อ่านเข้าใจง่าย มีภาพประกอบที่ชัดเจน สวยงาม เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้หรือศึกษาด้วยตนเองเมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก และโปสเตอร์การล้างมือ 7 ขั้นตอน และมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองได้นำประสบการณ์ที่ตนมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลเด็กคนอื่น มีการอภิปรายและสะท้อนความคิดเห็น จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์ต่างๆ ได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ในประเด็นการคงทนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น และยังคงมีอยู่ถึงระยะติดตามผลเนื่องจากมีคู่มือป้องกันโรคที่สามารถ

นำมาทบทวนข้อสงสัยและการได้นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงจึงทำให้ความรู้อย่างมีความหมายยิ่งขึ้น ดังนั้น กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้ เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Anderson and Krathwohl (2001) ซึ่งได้จัดลำดับขั้นของพัฒนาการด้านการเรียนรู้ใหม่จากของบลูม (Bloom's Taxonomy) โดยแนวคิดนี้ได้แนะว่า การบรรยาย การตั้งคำถาม การนำเสนอกรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่มย่อย จะช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในชั้นจดจำและเข้าใจ และสอดคล้องกับแนวคิดของ สุนทรีย์ คำเพ็ง และ อรุณี บัญญัติ (2555) กล่าวว่า การให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่ ควรใช้เทคนิคที่หลากหลายและการใช้สื่อประกอบ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายและการเปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กันในกลุ่มจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น เป็นเป้าหมายของการพัฒนาด้านความรู้คิดในงานวิจัยนี้ด้วย ซึ่งจากกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้นและมีความคงทน

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีการประยุกต์กิจกรรมการพัฒนาความรู้ในโปรแกรม เช่น บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การสาธิตวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก ฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน ฝึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก และฝึกการคัดกรองโรคมือเท้าและปากเบื้องต้น และการอภิปรายกลุ่ม (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) ผลการวิจัยไปในทิศทางเดียวกันคือ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทนของความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงขึ้นและมีความคงทนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการประยุกต์รูปแบบกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การสาธิตและการฝึกในเรื่องการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการทำความสะอาดของใช้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การนำเสนอตัวอย่างโดยเชิญผู้ดูแลเด็กที่มีการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการนำเสนอตัวอย่างจากสื่อ เช่น การให้ชมคลิปวิดีโอ ป้ายไว้นิเทศการล้างมือ แผ่นพับความรู้ คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่มีการใช้คำพูดในการกระตุ้น การพูดให้กำลังใจ รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษาในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก เป็นต้น และการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองได้นำประสบการณ์มาร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลเด็กคนอื่น มีการอภิปรายและสะท้อนความคิดเห็น จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์ต่างๆ จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในประเด็นการคงทนของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากขึ้น เพราะหลังจากอบรมได้นำทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติไปใช้งานจริงและเห็นว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ง่ายและมีประโยชน์ ส่งผลให้มีความมั่นใจในการคัดกรองการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการทำความสะอาดภายในศูนย์เพิ่มขึ้น และยังคงมีอยู่ถึงระยะติดตาม

ผลเนื่องจากมีคู่มือป้องกันโรคที่สามารถนำมาทบทวนข้อสงสัย ตลอดจนโปสเตอร์การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการได้ทำเป็นประจำทุกวันจึงทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมีความคงทน ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้ เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง จากกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและจะนำไปสู่การตัดสินใจการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทดลองที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้างกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ เช่น การฝึกปฏิบัติล้างมือ 7 ขั้นตอน การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ ของเล่น และการจัดสภาพแวดล้อม การใช้ตัวแบบ เช่น การใช้ตัวแบบจากครอบครัว ตัวอย่างในชุมชน เป็นลักษณะการใช้ตัวแบบจริงเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้กับบุตรหลานที่ดี และการใช้ตัวแบบจากสื่อ เป็นลักษณะการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ เช่น การใช้วีดิทัศน์ คู่มือบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก ภาพพลิก บ้ายไว้นิการล้างมือ แผ่นพับ ซีดีเพลงล้างมือ และซีดีหมอลำสอนป้องกันโรค และการใช้คำพูดชักจูง เช่น การกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจด้วยคำพูด และการให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการปฏิบัติ (พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม, 2556) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกา
ป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก
หลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อ
พฤติกรรมกาป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการ
เปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากสูงขึ้นและมีความคงทนของการรับรู้ความ
รุนแรงของโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1
และ 2 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อ
พฤติกรรมกาป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดย
ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al.
(1988) มาส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง ได้แก่
การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก เนื้อหาที่นำเสนอเกี่ยวกับข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วย
และเสียชีวิตจากโรคมือเท้าทั้งในระดับโลกและประเทศไทย และอันตรายจากการเจ็บป่วยด้วยโรค
มือเท้าและปาก การอธิบายด้วยกรณีศึกษาเพื่อประเมินผลกระทบหรือผลเสียเมื่อเด็กเจ็บป่วย
ด้วยโรคมือเท้าและปากในด้านต่างๆ การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ
ได้แก่ การดูคลิปวิดีโอข่าวการระบาดของโรคมือเท้าและปาก การได้รับแจกคู่มือการป้องกันโรคมือ
เท้าและปาก และแผ่นพับความรู้ การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านเกมส์
จัดกลุ่มผลกระทบจากโรคมือเท้าและปาก และใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนิน
กิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองได้นำประสบการณ์มาร่วมแลกเปลี่ยนกับ
ผู้ดูแลเด็กคนอื่น มีการอธิบายและสะท้อนความคิดเห็น จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และ
สามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์ต่างๆ จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กเกิด
ความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น ในประเด็นการคงทนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ
เท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า
หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและ
ปากมากขึ้น เพราะไม่ต้องการให้เกิดการระบาดของโรคจึงต้องมีการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
อย่างต่อเนื่อง และมีการทบทวนเอกสารใบความรู้ที่ได้รับจากการอบรมเพื่อเตือนตนเองไม่ให้
ประมาท ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากมากหลังการ

ทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้ เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวถึง การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค เช่น การให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผลกระทบที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์หรือประเมินผลเสีย การสนทนากลุ่มกับตัวแบบที่ได้รับผลกระทบ การศึกษาจากกรณีตัวอย่าง เป็นต้น จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทดลองที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การบรรยาย/อบรมให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของโรคมือเท้าและปาก การนำเสนอตัวแบบผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก การให้ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์เล่าถึงความรุนแรง และการสูญเสียทั้งเงินและเวลาในการดูแลบุตรหลาน การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบต่อเด็ก และการใช้สื่อ ได้แก่ วีดิทัศน์ กลอนหมอลำ และแผ่นพับ (ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากสูงขึ้นและมีความคงทนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะ

ทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) มาส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากเนื้อหาเกี่ยวกับการระบาดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมือเท้าและปากทั้งจากตัวเชื้อก่อโรค ผู้รับเชื้อ และสภาพแวดล้อม การอธิบายจากกรณีศึกษาเพื่อค้นหาหรือประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวิดีโอข่าว คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และแผ่นพับความรู้ การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปากผ่านเกมส์จัดกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก และใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองได้นำประสบการณ์มาร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลเด็กคนอื่น มีการอธิบายและสะท้อนความคิดเห็น จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์ต่างๆ จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น ในประเด็นการคงทนของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากมากขึ้น และมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงจากคู่มือ แผ่นพับ และใบความรู้ที่ได้รับจากการอบรมโดยนำมาทบทวนอยู่เสมอ ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้ เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวถึง การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสในการเกิดโรค การคัดกรองหรือประเมินความเสี่ยง การสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การศึกษาจากกรณีตัวอย่าง เป็นต้น จะช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทดลองที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากไปพัฒนาเป็นกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ การระบาดของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ

แหล่งแพร่เชื้อโรคของโรคมือเท้าและปาก การนำเสนอตัวแบบผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก เนื้อหาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การอภิปรายเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคผ่านสื่อ เช่น วีดิทัศน์ แผ่นพับ (ฐิติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; พรรณรัตน์ เป็นสุข, 2555; ภัทร วาสนา, 2558; อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช, 2556) ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็คนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากสูงขึ้นและมีความคงทนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) มาส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปากอย่างถูกต้อง การสาริตและการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองโรค การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการดูแลความสะอาด การอภิปรายกรณีตัวอย่าง ในประเด็นผลดีและผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก การสรุปสาระสำคัญโดยวิทยากร การสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากผ่านสื่อ ได้แก่ คลิปวีดิโอการล้างมือ 7 ขั้นตอน คลิปวีดิโอศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แผ่นพับความรู้ โปสเตอร์การ

ล้างมือ 7 ขั้นตอน การกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองได้นำประสบการณ์มาร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลเด็กคนอื่น มีการอภิปรายและสะท้อนความคิดเห็น จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์ต่างๆ จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น ในประเด็นการคงทนของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากขึ้น และการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้รับการอบรมทำให้เห็นว่าการล้างมือ การคัดกรองโรค การทำความสะอาดของใช้ ทำแล้วมีประโยชน์และตั้งใจทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน รวมทั้งมีการทบทวนความรู้จากคู่มือที่ได้รับจากการอบรมในช่วงเวลาว่างเป็นประจำ ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้ เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวถึง การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค เช่น การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค การวิเคราะห์ของการป้องกันและรักษาโรค การใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันและรักษาโรค การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการทำพฤติกรรม การศึกษาจากกรณีตัวอย่าง เป็นต้น จะช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรคได้

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก การสาธิต การสอน และการฝึกปฏิบัติวิธีการล้างมือที่ถูกต้องตามขั้นตอน การสรุปสาระสำคัญโดยวิทยากร การให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคมือเท้าและปาก (จิตติมา โกศลวิตร และคณะ, 2561; อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556) ผลการวิจัย พบว่า หลัง

การทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทนของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากลดลงและมีความคงทนของการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และ 4 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) มาลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้กลุ่มทดลอง ได้แก่ การอภิปรายเพื่อให้ร่วมกันค้นหาอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากพร้อมหาแนวทางการแก้ไข การให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปาก และใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองได้นำประสบการณ์มาร่วมแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลเด็กคนอื่น มีการอภิปรายและสะท้อนความคิดเห็น จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์ต่างๆ จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากลดลง ในประเด็นการคงทนของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากน้อย เนื่องจากมีการขอคำแนะนำและปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง เช่น

เพื่อนร่วมงาน หัวหน้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ทำให้ปัญหาในการป้องกันโรคมือเท้าและปากมีน้อย ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมนั้นจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2560) กล่าวถึง การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้จัดกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เช่น การวิเคราะห์อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การให้ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดต่ออุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การมีระบบคอยช่วยเหลือ การศึกษาจากกรณีตัวอย่าง เป็นต้น จะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคได้

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุสุมาลย์ มีพีชน์ (2560) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาเพศชาย จังหวัดจันทบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 งานวิจัยของ กฤติยา โนนใหญ่ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลอิหล่า อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่สอดคล้องกับงานของ อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในวัยเด็กโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคมือเท้าและปากและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในวัยเด็กสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็คนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทนของการรับรู้อุปสรรคต่อการกำบังกันโรคมือเท้าและปาก

พฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปาก

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีคะแนนพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากสูงขึ้นและมีความคงทนของพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากแม้เวลาจะเปลี่ยนไป ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามที่ตั้งเอาไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผล ดังนี้

ประการแรก ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กได้ โดยมีหลักฐานในงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปาก ที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลเด็กก็มีพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากมากขึ้นด้วย (Thi Nga et al., 2016; รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์, 2555; สิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ, 2553; อัจจิมา ชนะกุล, 2558) จึงอาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมการให้ความรู้ในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่กลุ่มทดลองได้รับทำให้พฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของกลุ่มทดลองสูงขึ้น

ประการที่สอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกำบังกันโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กได้ ซึ่งพบในงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากที่แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกำบังกันโรคมือเท้าและปากมากเท่าใด ผู้ดูแลเด็กก็จะมีพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากมากขึ้นด้วย (Thi Nga et al., 2016; แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ, 2558; จันทราวดี พรมโสภณ และ สมคิด ปราบภัย, 2560; ดาว เวียงคำ และคณะ, 2560) จึงอาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมการพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกำบังกันโรคมือเท้าและปากในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่กลุ่มทดลองได้รับจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การสังเกต ประสบการณ์ของผู้อื่น การพูดชักจูง และสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ทำให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของกลุ่มทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977b) เชื่อว่า ถ้าหากบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำบทบาทหรือกิจกรรมที่กำหนดให้ได้ ย่อมจูงใจให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี

ประการที่สาม จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากลดลง อาจส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กได้ ซึ่งพบในงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก (จันทราวดี พรหมโสภณ และ สมคิดปราบภัย, 2560; พัชราภรณ์ บดีรัฐ, 2558) ที่แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปากมากเท่าใด ผู้ดูแลเด็กก็จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องมากขึ้น ในทางกลับกันผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากต่ำจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องมากขึ้นเช่นกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมการพัฒนาให้เกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่กลุ่มทดลองได้รับนั้น ทำให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของกลุ่มทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้วจะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง

ประการที่สี่ ในประเด็นการคงทนของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากในกลุ่มทดลองนั้น สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในทางที่ดีและมีความสม่ำเสมอทั้งในด้านการรักษาความสะอาดส่วนตัว การดูแลความสะอาดของเด็ก และการดูแลความสะอาดภายในศูนย์ ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและ

ปากหลังการทดลองและติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมนั้นจะไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับการอบรมตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้ เป็นการบรรยาย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ประการที่ห้า อาจเป็นเพราะบรรยากาศ สื่อประกอบ รูปแบบกิจกรรมของโปรแกรม กล่าวคือ ในช่วงที่ดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ใช้กระบวนการกลุ่มที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วมคิดร่วมทำ การใช้สื่อประกอบที่น่าสนใจเพื่อกระตุ้นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก เช่น คลิปวีดีโอ รูปภาพ โปสเตอร์สี คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและสนุกสนาน เช่น การเล่นเกมที่ก่อนเริ่มโปรแกรมและระหว่างดำเนินกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลเด็กตื่นตัว มีความตั้งใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินกิจกรรมจากการสังเกต พบว่า ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลอง มีความตั้งใจ ให้ความสนใจในการทำกิจกรรม มีส่วนร่วมการอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถามคำถามเมื่อเกิดข้อสงสัย

ประการสุดท้าย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็ก เป็นวัยผู้ใหญ่และมีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีความพร้อมทางด้านสติปัญญา มีกระบวนการเรียนรู้ที่รวดเร็วประสบการณ์ มีความมั่นคงในอารมณ์สูง และมีความกล้าในการแสดงความคิดเห็นและอภิปราย จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ในโปรแกรมประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็ก 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของ อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม (2556) ทำการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้สื่อพื้นบ้านร่วมกับครอบครัวต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลหนองหมื่นถ่าน อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็ก 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมาทีมงานของ อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช (2556) ทำการศึกษาผลของ

โปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในวัยเด็กโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กและผู้ดูแลเด็ก 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ จารุวรรณ สอนองญาติ และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าและปากใน เด็กวัยก่อนเรียนโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ระบาดวิทยาของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็ก จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้า และปากสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ กมลชนก ตันติพัฒนะมนตรี (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าและปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอนาโยง จังหวัด ตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากสูงกว่าก่อนทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค มือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความคงทน ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะไว้ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มี ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีผลทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและ ปาก และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ย่อมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมห้ดังกล่าวมี

ความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นกระทรวงมหาดไทยควรมีนโยบายในการจัดโปรแกรมให้กับผู้ดูแลเด็กในพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปากเป็นประจำ

2. องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรกำหนดเป็นแผนงานโครงการและจัดสรรงบประมาณร่วมกันเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากโดยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่สร้างขึ้นนี้ไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดโครงการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้แก่ผู้ดูแลเด็กทุกคน โดยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กที่สร้างขึ้นมาใช้ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในครั้งนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางจิตและพฤติกรรม เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในด้านสุขภาพ ควรศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ด้านสุขภาพร่วมด้วย เช่น อัตราการเจ็บป่วยของเด็ก คุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคมือเท้าและปากอย่างยั่งยืน

3. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก เฉพาะกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่อาศัยอยู่ในอำเภอแกดำเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรดำเนินการศึกษาผู้ดูแลเด็กในอำเภออื่นที่ในวงกว้าง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลว่าแตกต่างกันอย่างไร

บรรณานุกรม

- Anderson, L., & Krathwohl, D. A. (2001). *Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Social Cognitive Theory. *Annals of Child Development*, 6, 1-60.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American journal of public health*, 64(3), 205-216.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: the classification of education goals*. New York: Longman.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019a). *Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019b). *Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD): Prevention & Treatment*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/about/prevention-treatment.html>
- Chang, A. C., Jacobsen, K. H., Lin, K. W., & Teng, L.-J. (2011). Enterovirus knowledge and hand washing practices among nurses in a hospital in Taipei, Taiwan. *Taiwan Epidemiology Bulletin*, 27(6), 81-101.
- Christensen, L. B., Johnson, R. B., & Turner, L. A. (2010). *Research methods, design, and analysis* (11th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Collet, J.-P., Burtin, P., Bossard, N., Ducruet, T., Kramer, M., & Floret, D. (1994). Type of day-care setting and risk of repeated infections. *Pediatrics*, 94(6), 997-999.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed research methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

- Dales, R. E., Cakmak, S., Brand, K., & Judek, S. (2004). Respiratory illness in children attending daycare. *Pediatric pulmonology*, 38(1), 64-69.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Ebel, R. L. (1972). *Essentials of educational measurement*. Oxford, England: Prentice-Hall.
- Fairchok, M. P., Martin, E. T., Chambers, S., Kuypers, J., Behrens, M., Braun, L. E., & Englund, J. A. (2010). Epidemiology of viral respiratory tract infections in a prospective cohort of infants and toddlers attending daycare. *Journal of Clinical Virology*, 49(1), 16-20.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Graham, B. S. (2018). *Dermatologic Manifestations of Hand-Foot-and-Mouth Disease*. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/1132264-overview>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Precede-Proceed. Health program planning: an educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Heymann, D. L. (2008). *Control of communicable diseases manual : an official report of the American Public Health Association* (19th ed.). Washington, DC: American Public Health Association.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 5(1), 194-246.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- Jinadu, M. K., Adegbenro, C. A., Esmail, A. O., Ojo, A. A., & Oyeleye, B. A. (2007). Health promotion intervention for hygienic disposal of children's faeces in a rural area of Nigeria. *Health education journal*, 66(3), 222-228.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3): Univ of

California Press.

- Kolb, D. A., Rubin, I., & Osland, J. (1991). *Organizational behavior: an experiential approach* (5th ed.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall International Editions.
- Kotch, J. B. Faircloth, A. H. Weigle, K. A. Weber, D. J. Clifford, R. M. Harms, T. O., . . . Edwards, R. W. (1994). Evaluation of an hygienic intervention in child day-care centers. *Pediatrics*, *94*(6), 991-994.
- Kotch, J. B. Isbell, P. Weber, D. J. Nguyen, V. Savage, E. Gunn, E., . . . Allen, J. (2007). Hand-washing and diapering equipment reduces disease among children in out-of-home child care centers. *Pediatrics*, *120*(1), e29-e36.
- Li, L., Yin, H., An, Z., & Feng, Z. (2015). Considerations for developing an immunization strategy with enterovirus 71 vaccine. *Vaccine*, *33*(9), 1107-1112.
- Lindsey Davis, L. (1997). Family conflicts around dementia home-care. *Families, Systems, & Health*, *15*(1), 85.
- Lu, N., Samuels, M., Shi, L., Baker, S., Glover, S., & Sanders, J. (2004). Child day care risks of common infectious diseases revisited. *Child: care, health and development*, *30*(4), 361-368.
- Luby, S. P., Halder, A. K., Huda, T., Unicomb, L., & Johnston, R. B. (2011). The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: an observational study. *PLoS medicine*, *8*(6), e1001052.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: sage.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th Ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, *2*(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, *15*(2), 175-183.
- Schunk, D. H. (2004). *Learning Theories: An Educational Perspective*. Upper Saddle

- River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Schwartz, B., Reichler, M. R., Jereb, J., Giebink, G. S., Henderson, F. W., & Collet, J.-P. (1994). Respiratory infections in day care. *Pediatrics*, *94*(6), 1018-1020.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. California: Sage Publications.
- Thi Nga, N., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2016). Factors Associated with Maternal Behavior in Prevention of the Hand, Foot and Mouth Disease in Young Children, Vietnam. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, *11*(1), 33-39.
- Torner Gràcia, N. Broner, S. Martinez, A. Tortajada, C. Garcia de Olalla, P. Barrabeig i Fabregat, I., . . . Álvarez, J. (2012). Factors associated to duration of hepatitis A outbreaks: implications for control. *PLoS One*, *7*(2), e31339.
- Twaddle, A. C. (1981). *Sickness behavior and the sick role*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company.
- Upala, P., Apidechkul, T., Suttana, W., & Aimkosa, R. (2017). Epidemiology of hand foot mouth disease in northern Thailand in 2016: a prospective cohort study. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, *7*(6), 321-326.
- Wang, Z. Xia, A. Li, Y. Su, H. Zhan, L. Chen, Y., . . . Xu, Z. (2016). Socioeconomic burden of hand, foot and mouth disease in children in Shanghai, China. *Epidemiology & Infection*, *144*(1), 138-143.
- WHO Western Pacific. (2018). *Hand, Foot and Mouth Disease Situation Update 2018*. Retrieved from <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14191>
- World Health Organization. (2013). *Severe complications of hand, foot and mouth disease (HFMD) caused by EV-71 in Cambodia—conclusion of the joint investigation*. Retrieved from http://www.who.int/csr/don/2012_07_13/en
- World Health Organization. (2019). *Hand, foot and mouth disease*. Retrieved from http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/hand_foot_mouth/factsheet/en/
- Yang, S.-C. Fee, C.-Y. Su, C.-F. Lee, H.-C. Yin, T.-Y. Chang, Y.-H., . . . Wang, J.-L. (2010). Knowledge about and attitude toward enterovirus 71 infections: A survey of parents and teachers at kindergartens in Taiwan. *American journal of infection*

control, 38(4), e21-e24.

- Anderson, L., & Krathwohl, D. A. (2001). *Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Social Cognitive Theory. *Annals of Child Development*, 6, 1-60.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American journal of public health*, 64(3), 205-216.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: the classification of education goals*. New York: Longman.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019a). Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD). Retrieved from <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019b). Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD): Prevention & Treatment. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/about/prevention-treatment.html>
- Chang, A. C., Jacobsen, K. H., Lin, K. W., & Teng, L.-J. (2011). Enterovirus knowledge and hand washing practices among nurses in a hospital in Taipei, Taiwan. *Taiwan Epidemiology Bulletin*, 27(6), 81-101.
- Christensen, L. B., Johnson, R. B., & Turner, L. A. (2010). *Research methods, design, and analysis* (11th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Collet, J.-P., Burtin, P., Bossard, N., Ducruet, T., Kramer, M., & Floret, D. (1994). Type of day-care setting and risk of repeated infections. *Pediatrics*, 94(6), 997-999.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed research methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Dales, R. E., Cakmak, S., Brand, K., & Judek, S. (2004). Respiratory illness in children attending daycare. *Pediatric pulmonology*, 38(1), 64-69.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Ebel, R. L. (1972). *Essentials of educational measurement*. Oxford, England: Prentice-Hall.
- Fairchok, M. P., Martin, E. T., Chambers, S., Kuypers, J., Behrens, M., Braun, L. E., & Englund, J. A. (2010). Epidemiology of viral respiratory tract infections in a prospective cohort of infants and toddlers attending daycare. *Journal of Clinical Virology*, 49(1), 16-20.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Graham, B. S. (2018). Dermatologic Manifestations of Hand-Foot-and-Mouth Disease. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/1132264-overview>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Precede-Proceed. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th edn.* New York: McGraw-Hill.
- Heymann, D. L. (2008). *Control of communicable diseases manual : an official report of the American Public Health Association* (19th ed.). Washington, DC: American Public Health Association.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 5(1), 194-246.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- Jinadu, M. K., Adegbenro, C. A., Esmail, A. O., Ojo, A. A., & Oyeleye, B. A. (2007). Health promotion intervention for hygienic disposal of children's faeces in a rural area of Nigeria. *Health education journal*, 66(3), 222-228.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3): Univ of California Press.
- Kolb, D. A., Rubin, I., & Osland, J. (1991). *Organizational behavior: an experiential*

- approach* (5th ed.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall International Editions.
- Kotch, J. B. Faircloth, A. H. Weigle, K. A. Weber, D. J. Clifford, R. M. Harms, T. O., . . . Edwards, R. W. (1994). Evaluation of an hygienic intervention in child day-care centers. *Pediatrics*, *94*(6), 991-994.
- Kotch, J. B. Isbell, P. Weber, D. J. Nguyen, V. Savage, E. Gunn, E., . . . Allen, J. (2007). Hand-washing and diapering equipment reduces disease among children in out-of-home child care centers. *Pediatrics*, *120*(1), e29-e36.
- Li, L., Yin, H., An, Z., & Feng, Z. (2015). Considerations for developing an immunization strategy with enterovirus 71 vaccine. *Vaccine*, *33*(9), 1107-1112.
- Lindsey Davis, L. (1997). Family conflicts around dementia home-care. *Families, Systems, & Health*, *15*(1), 85.
- Lu, N., Samuels, M., Shi, L., Baker, S., Glover, S., & Sanders, J. (2004). Child day care risks of common infectious diseases revisited. *Child: care, health and development*, *30*(4), 361-368.
- Luby, S. P., Halder, A. K., Huda, T., Unicomb, L., & Johnston, R. B. (2011). The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: an observational study. *PLoS medicine*, *8*(6), e1001052.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: sage.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th Ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, *2*(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, *15*(2), 175-183.
- Schunk, D. H. (2004). *Learning Theories: An Educational Perspective*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Schwartz, B., Reichler, M. R., Jereb, J., Giebink, G. S., Henderson, F. W., & Collet, J.-P.

- (1994). Respiratory infections in day care. *Pediatrics*, 94(6), 1018-1020.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. California: Sage Publications.
- Thi Nga, N., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2016). Factors Associated with Maternal Behavior in Prevention of the Hand, Foot and Mouth Disease in Young Children, Vietnam. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 11(1), 33-39.
- Torner Gràcia, N. Broner, S. Martinez, A. Tortajada, C. Garcia de Olalla, P. Barrabeig i Fabregat, I., . . . Álvarez, J. (2012). Factors associated to duration of hepatitis A outbreaks: implications for control. *PLoS One*, 7(2), e31339.
- Twaddle, A. C. (1981). *Sickness behavior and the sick role*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company.
- Upala, P., Apidechkul, T., Suttana, W., & Aimkosa, R. (2017). Epidemiology of hand foot mouth disease in northern Thailand in 2016: a prospective cohort study. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, 7(6), 321-326.
- Wang, Z. Xia, A. Li, Y. Su, H. Zhan, L. Chen, Y., . . . Xu, Z. (2016). Socioeconomic burden of hand, foot and mouth disease in children in Shanghai, China. *Epidemiology & Infection*, 144(1), 138-143.
- WHO Western Pacific. (2018). Hand, Foot and Mouth Disease Situation Update 2018. Retrieved from <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14191>
- World Health Organization. (2013). Severe complications of hand, foot and mouth disease (HFMD) caused by EV-71 in Cambodia—conclusion of the joint investigation. Retrieved from http://www.who.int/csr/don/2012_07_13/en
- World Health Organization. (2019). Hand, foot and mouth disease. Retrieved from http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/hand_foot_mouth/factsheet/en/
- Yang, S.-C. Fee, C.-Y. Su, C.-F. Lee, H.-C. Yin, T.-Y. Chang, Y.-H., . . . Wang, J.-L. (2010). Knowledge about and attitude toward enterovirus 71 infections: A survey of parents and teachers at kindergartens in Taiwan. *American journal of infection control*, 38(4), e21-e24.
- เกศรา เสนงาม, แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, และ ลักขณา คงแสง. (2555). ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มี

- ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กที่รับบริการที่ฝ่ายพัฒนาเด็กปฐมวัย.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 32(1), 11-26.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
สหประชาพานิชย์.
- เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง. (2555). การสืบค้นและการประเมินแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บ:
ประเด็นและบทวิเคราะห์จากงานวิจัย. วารสารสารสนเทศศาสตร์, 23(3), 31-41.
- แสงดาว เกษตรสุนทร, นงเยาว์ เกษตรภิบาล, และ จิตตภาภรณ์ จิตวีเชื้อ. (2558). ปัจจัยทำนายความ
ตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้.
พยาบาลสาร, 42(1), 74-84.
- โสภา ไชยแก้ว. (2552). การปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอเมืองเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- ไสว พักขาว. (2542). การจัดการเรียนรู้เป็นการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ:
สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- กชกร เป็นแน่น. (2552). การปฏิบัติของผู้ดูแลและผู้ปกครองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของ
เด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ทะ อำเภอแม่ทะจังหวัดลำปาง
(การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กมลชนก ต้นดีพัฒนมะนตรี. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ
เท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอนาโยง
จังหวัดตรัง (การศึกษาเฉพาะทางด้านสาธารณสุขปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต).
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง, ตรัง.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าและปากและการ
ติดเชื้อแอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชน
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรค
มือเท้าปาก สำหรับศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก และสถานศึกษา. นนทบุรี:
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาด
ของโรคมือเท้าปาก. สืบค้นจาก

http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/pdf/baby/13.7.58/Measure_HFM.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558.

สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/index.php>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากสำหรับศูนย์เด็กเล็กสถานรับเลี้ยงเด็ก. สืบค้นจาก

http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/files/diseases/educate_12.pdf

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: วงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). คู่มือการดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กนำอยู่สู่เมืองไทย แข็งแรง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤติยา โนนใหญ่. (2555). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลอู่ห่อ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. (2558). “มือเท้าปาก” โรคระบาดที่ต้องเฝ้าระวัง. สืบค้นจาก http://112.142.130.13/epidpc10/view.php?ct_id=121

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). คู่มือการดำเนินงานทางด้านระบาดวิทยา.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กุสุมาลย์ มีพีชน. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาเพศชาย จังหวัดจันทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล วิชเยนทร์โชติวินิช ปุณธิดา มุ่งวัฒนา วลัยธานี เนืองโพธิ์ สรัญญา ลีดิสุริยา รักษ์ สราวุธ สุวรรณ, . . . อมร เปรมกมล. (2555). ความรู้และการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันการโรคมือเท้าปากของบุคลากรในสถานบริการเลี้ยงเด็ก เขตเทศบาลนครขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(3), 250-257.

- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทราวดี พรหมโสภณ, และ สมคิด ปราภภย์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 356-367.
- จารุวรรณ แผลมโธสง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จารุวรรณ สอนงญาติ, เนติยา แจ่มทิม, วิลาวัลย์ ธนวรรณ, และ ยุคนธ์ เมืองช้าง. (2559). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคมและระบาดวิทยาของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จ.สุพรรณบุรี (รายงานวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, สุพรรณบุรี.
- จิตติยาดา สมบุญนาค. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ชไมพร มุขโต. (2526). ผลการใช้กิจกรรมในการพัฒนาความซื่อสัตย์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี (ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ชฎานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ, และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 18(3), 389-403.
- ชฎาพร อินตะ. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมือเท้าปากในเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย.
- ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็กอายุ 3-5 ปี ที่มีอุบัติการณ์ซ้ำซ้อน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ฐิติมา โกศลวิตร, นิตยา เจริญยุทธ, ทานตะวัน คาวัง, และ กิตติคุณ ศัชรินทร์. (2561). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม

ต่อการป้องกันโรคมือเท้าปากในวัยเด็กของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก” 25 พฤษภาคม 2561 ณ มหาวิทยาลัยราชธานี อ.เมือง จ.อุบลราชธานี (หน้า 545-554).
อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.

นิชกานต์ ไชยชนะ. (2548). การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในสถานเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (รายงานวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, สงขลา.

ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, ปรัชญาพร ธิสาระ, และ สุทธิชัย เสมอเชื้อ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(2), 16-24.

ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2547). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าในสถานเอนามัยตำบล (รายงานวิจัย).

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ถวิล ธาราโกชน. (2523). กระบวนการกลุ่ม. ลพบุรี: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนวคณะครู ศาสตร์ วิทยาลัยครูเทพสตรี.

ทิตินา แคมมณี. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บุรณาการศิลป์.

นภาพร ปรีชามารถ. (2545). การปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง.

กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นาตยา สุขจันทร์ตรี, ชมนาด วรรณพรศิริ, สาโรจน์ สันตยากร, และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2555).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กเล็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 6(1), 52-62.

บุญเลิศ จันทร์หอม. (2557). การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขภาพอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ประทีป จินน์. (2540). การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). องค์ประกอบที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬารังการพิมพ์.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล, และ สุภาพ นัฏราภรณ์. (2553). *การออกแบบการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พรรณรัตน์ เป็นสุข. (2555). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พัชรภรณ์ ไพศานมาศ. (2554). *การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปาก อำเภอคลองเตย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัชรภรณ์ บดีรัฐ. (2558). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ภัทร วาสนา. (2558). *ประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมตามบริบทที่เน้นความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- รวีวรรณ คำเงิน, และ กิจติยา รัตนมณี. (2550). *พฤติกรรมความควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สุราษฎร์ธานี: พิมพ์ลักษณะ.
- รัตติญา เจริญโชคพานิชย์. (2555). *ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- รัตนา ธงยศ. (2552). *พฤติกรรมการดูแลเด็กในการป้องกันการติดเชื้อและการเกิดอุบัติเหตุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชันส์.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรลักษณ์ ไชยทัฬห. (2544). *การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*. เชียงใหม่:

หจก. เชียงใหม่ บี. เอส. การพิมพ์.

วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล, และ ปรีกษ์กมล รัชนกุล. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กวัยก่อนอนุบาลและผู้ปกครอง. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 21(3), 336-351.

วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี. (2543). *การพัฒนาสติปัญญาทางอารมณ์เพื่อความสำเร็จในการทำงาน รวมบทความวิชาการ EQ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: DESKTOP.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2553). *วิทยาการระบาดและสุขภาพประชากร 1*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมใจ ปราบพล. (2544). *การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ “การสอนแบบทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม”*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สมพงษ์ ภูผิวฟ้า. (2557). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 195-203.

สันติพงษ์ กัณทะวารี. (2549). *พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน (การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์โรคมือเท้าปาก ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2562 (สัปดาห์ที่ 17)*. สืบค้นจาก <http://gg.gg/dw8nj>

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *สถิติการศึกษาประจำปี 2559*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. (2562). *ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงาน*

- สถานการณ์โรคในระบบเฝ้าระวัง (รง.506): เครือข่ายบริการที่ 8. สืบค้นจาก shorturl.at/BCU69
- สำนักบริหารการศึกษาท้องถิ่น กรมการปกครอง. (2546). *คู่มือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เล่ม 1 การจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อาสาสมัครชาติดินแดน.
- สิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของมารดาเด็ก กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็ก ตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร* (สารนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง, และ อรธิรา บุญประดิษฐ์. (2555). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 112-123.
- สุนันทา พรหมบุญ. (2541). *การปฏิรูปการเรียนรู้ตามแนวคิด 5 ทฤษฎี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไเอเดียมแควร์.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมวิธี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุรักษ์ หงษ์ลอยลม. (2556). *ผลของการประยุกต์ใช้สื่อพื้นบ้านร่วมกับครอบครัวต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลหนองหมื่นถ่าน อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง. (2545). *ชุดยอดพัฒนาการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ทบุคส์.
- อรพินทร์ ชูชม. (2545). *วป 502 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรรถพร จินตามณี. (2548). *เทคนิคการใช้เกมเพื่อใช้ในการฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี กรมส่งเสริมการเกษตร.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3 Self ด้วยหลัก PROMISE*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อัจฉิมา ชนะกุล. (2558). *พฤติกรรมของครูต่อการควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่*. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 453-468.

อำพัน ไชยจำเือง. (2552). การปฏิบัติของผู้ดูแลในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กอำเภอเมืองเชียงราย (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต).

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าปากในวัยเด็ก
โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก
และผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัยระยะที่ 1

ชื่อ-สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สมภ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.ฐาสุภกร์ จันประเสริฐ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.รจเรศ หาญรินทร์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พุดผิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัยระยะที่ 2

ชื่อ-สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สมภ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.ฐาสุภกร์ จันประเสริฐ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อ.ดร.ทัศนรินทร์ สว่างบุญ	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.รจเรศ หาญรินทร์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พุดผิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยการเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับสภาพตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
 มัธยมศึกษาตอนปลายต้นหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 ปริญญาโทหรือเทียบเท่า อื่นๆ (ระบุ)
5. เงินเดือนที่ได้รับ บาท/เดือน
6. ท่านทำงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นระยะเวลา ปี
7. ปัจจุบันท่านดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน คน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ซึ่งเป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นๆ เลย

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 3-5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 6-7 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์หรือทำทุกครั้งสม่ำเสมอ

พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
การรักษาอนามัยส่วนบุคคล				
1. ฉันใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น				
2. ฉันล้างมือฟอกสบู่ก่อนรับประทานอาหาร				

พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
3. ฉันทาล้างมือฟอกสบู่หลังล้างก้นให้เด็ก				
4. ฉันทาล้างมือฟอกสบู่หลังสัมผัสสิ่งสกปรก เช่น น้ำมูก น้ำลาย บัสสาวะ อุจจาระ				
5. ฉันทสวมหน้ากากอนามัย เมื่อป่วยเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด				
6. ฉันทสวมถุงมือเมื่อสัมผัสกับเด็กป่วย				
7. ฉันทแยกของใช้ส่วนตัว เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน ไม่ให้ปะปนกับของใช้เด็ก				
8. ฉันทใช้ผ้าปิดปากและจมูก เวลาไอหรือจาม				
การรักษาอนามัยของเด็ก				
9. ฉันทตรวจคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ในเด็กทุกคนก่อนรับเด็กเข้าศูนย์				
10. ฉันทใช้ช้อนกลางตักแบ่งอาหารให้เด็ก				
11. ฉันทดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่นต่อกัน				
12. ฉันทดูแลให้เด็กล้างมือฟอกสบู่หลังทำกิจกรรม เช่น เล่นทราย ปั้นดินน้ำมัน				
13. ฉันทแยกของเล่นที่เด็กอมหรือเปื้อนน้ำลายออกไว้เพื่อทำความสะอาด				
14. ฉันทแยกของใช้ส่วนตัวของเด็กแต่ละคน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า ไม่ให้ปะปนกัน				
15. หากสงสัยว่าเด็กมีอาการป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ฉันทแยกเด็กป่วยออกจากเด็กคนอื่นๆ				
การรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม				
16. ฉันทจัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก				
17. ฉันทล้างและทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ				
18. ฉันทล้างและทำความสะอาดภาชนะใส่อาหารของเด็ก เช่น จาน ชาม ช้อน ด้วยน้ำยาล้างจานหลังใช้เสร็จ				
19. ฉันทถูพื้นห้องเรียนด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ				
20. ฉันททำความสะอาดของเล่นที่เด็กนำเข้าปากด้วยผงซักฟอกแล้วผึ่งแดดให้แห้ง				

พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
21. ฉันทัดใจและแก้อาหารที่เด็กได้รับประทานอาหาร ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหลังใช้เสร็จ				
22. ฉันทิ้งกระดาษทิชชูที่เปื้อนสิ่งสกปรก เช่น น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ ลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด				
23. ฉันทำจัดอุจจาระของเด็กลงในส้วม				
24. ฉันทแยกและทำความสะอาดแก้วน้ำที่เด็กใช้แล้ว ด้วยน้ำยาล้างจานหลังใช้เสร็จ				
25. ฉันทิ้งกระดาษกและลูกบิดประตูด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ				

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้ สอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก ขอให้ท่านตอบตามความรู้ความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ดังต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่กำหนดไว้ด้านท้ายข้อความ

ข้อความคำถาม	ถูก	ผิด
1. โรคมือเท้าและปากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย		
2. โรคมือเท้าและปากเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน		
3. เชื้อโรคมือเท้าและปากเข้าสู่ร่างกายได้ทางปาก		
4. โรคมือเท้าและปากติดต่อกันได้ด้วยการไอจามรดกัน		
5. เชื้อโรคมือเท้าและปากสามารถอยู่ในอุจจาระได้นานถึง 2 เดือน		
6. อาการของโรคมือเท้าและปาก คือ มีไข้ มีตุ่มขึ้นที่มือ หรือเท้า หรือปาก และมีแผลในช่องปาก		
7. ผู้ป่วยโรคมือเท้าและปากส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและจะหายได้เองภายใน 5-10 วัน		
8. เด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก หากมีอาการชักเกร็งควรพาไปพบแพทย์ทันที		
9. หากเด็กที่เป็นโรคมือเท้าและปาก มีไข้ควรเช็ดตัวร่วมกับให้รับประทานยาพาราเซตามอล		
10. ถ้าเด็กที่เป็นโรคมือเท้าและปากมีแผลในปากจำนวนมากควรให้รับประทานยาปฏิชีวนะ (ยาฆ่าเชื้อ)		
11. โรคมือเท้าและปากป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน		
12. เด็กที่เป็นโรคมือเท้าและปากต้องหยุดเรียนรักษาตัวจนกว่าจะหาย		
13. การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าและปากได้		

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามที่ให้ไว้แต่ละข้อ แล้วให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับความรู้สึก

ความคิดของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือ

ข้อความ	ระดับความมั่นใจว่าทำได้					
	มั่นใจ ที่สุด	มั่นใจ	ค่อนข้าง มั่นใจ	ค่อนข้าง ไม่มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ เลย
1. ฉันมั่นใจว่าสามารถล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร						
2. ถึงแม้ว่าฉันจะรีบเพียงใด ฉันพยายามล้างมือ ด้วยฟอกสบู่ทุกครั้งหลังการขับถ่าย						
3. ฉันเชื่อมั่นว่า สามารถล้างมือฟอกสบู่ได้ทุก ครั้งหลังสัมผัสเด็กป่วย						
4. ฉันสามารถแยกของใช้ส่วนตัวไม่ให้ปะปนกับ ของใช้เด็กได้						
5. เมื่อต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ฉันสามารถใช้ ช้อนกลางในการตักอาหารได้ทุกครั้ง						
6. แม้จะมีเวลาน้อย ฉันมั่นใจว่าสามารถตัดเล็บ ให้สั้นอยู่เสมอ						
7. หากฉันป่วยเป็นไข้หวัด ฉันสามารถสวม หน้ากากอนามัยได้ตลอดเวลาเมื่อต้องทำงาน ดูแลเด็ก						
8. ในช่วงที่มีภาวะระบาดของโรคมือเท้าและปาก ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันสามารถคัดกรองโรคมือเท้าและ ปาก ให้กับเด็กทุกคนได้อย่างถูกต้อง						
9. ถึงแม้จะมีเด็กจำนวนมาก ฉันสามารถดูแลให้ เด็กล้างมือฟอกสบู่ได้ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร						
10. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถฝึกให้เด็กล้างมือ 7 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง						
11. ถึงงานจะเยอะ ฉันสามารถแยกของใช้ ส่วนตัวของเด็กแต่ละคนออกจากกันได้						
12. ฉันสามารถจัดหาอาหารที่ปรุงสุกสะอาดถูก หลักอนามัยมาให้เด็กรับประทานได้						
13. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถดูแลไม่ให้เด็กอมของ เล่นต่อกันได้						

ข้อความ	ระดับความมั่นใจว่าทำได้					
	มั่นใจ ที่สุด	มั่นใจ	ค่อนข้าง มั่นใจ	ค่อนข้าง ไม่มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ เลย
14. ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันสามารถดูแลให้เด็กใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อไอจามได้ทุกครั้ง						
15. ฉันสามารถตัดเล็บของเด็กทุกคนให้สั้นอยู่เสมอ						
16. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถทำความสะอาดแก้วน้ำส่วนรวมด้วยน้ำยาล้างจานได้ทุกครั้งหลังใช้เสร็จ						
17. ถึงแม้ฉันจะเหนื่อยเพียงใด ฉันสามารถทำความสะอาดพื้นห้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคได้วันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น)						
18. ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันสามารถทำความสะอาดของเล่นที่เด็กนำเข้าปากด้วยผงซักฟอก แล้วนำไปตากแดดให้แห้งได้ทุกวัน						
19. หลังจากที่เด็กรับประทานอาหารเสร็จแล้ว ฉันมั่นใจว่าสามารถทำความสะอาดพื้น โต๊ะ และเก้าอี้ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคได้ทุกวัน						
20. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง						

ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำ

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
1. เด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อโรคมือเท้าและปากมากกว่าเด็กโต						
2. ในช่วงฤดูฝน เด็กมีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก มากกว่าช่วงฤดูร้อน						
3. เด็กที่ชอบบอมของเล่นมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมือเท้าและปากมากกว่าเด็กที่ไม่อมของเล่น						
4. เด็กที่เคยเป็นโรคมือเท้าและปากแล้ว หากได้รับเชื้อตัวใหม่มีโอกาสเป็นโรคมือเท้าและปากได้อีก						
5. เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากได้ หากมีการเล่นคลุกคลีกับเด็กที่เป็นโรคมือเท้าและปาก						
6. เด็กที่นำมาฝากเลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมือเท้าและปาก มากกว่าเด็กที่เลี้ยงที่บ้าน						
7. เด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์มีโอกาสเป็นโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์						
8. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปาก การพาเด็กไปในสถานที่แออัด เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด เด็กมีโอกาสเสี่ยงได้รับเชื้อโรคมือเท้าและปากมากกว่าอยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก						
9. การปล่อยให้เด็กใช้แก้วน้ำร่วมกันมีโอกาสติดเชื้อโรคมือเท้าและปากมากกว่าการใช้แก้วส่วนตัว						
10. ผู้ดูแลเด็กที่ใช้มือเปล่าหยิบจับอาหารป้อนเด็ก จะทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมือเท้าและปากน้อยกว่าการใช้ช้อนป้อนอาหารให้เด็ก						
11. การทำความสะอาดของเล่นเด็กที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลายสัปดาห์ละครั้ง จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดโรคมือเท้าและปากได้มากกว่าการทำความสะอาดทุกวัน						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
12. การให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก มาเรียนตามปกติ จะทำให้เด็กคนอื่นมีโอกาสเสี่ยงได้รับเชื้อโรคมือเท้าและปากมากกว่าการให้เด็กป่วยหยุดเรียน						
13. เด็กที่ไม่ล้างมือฟอกสบู่ก่อนรับประทานอาหาร มีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากมากกว่าเด็กที่ล้างมือฟอกสบู่ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง						

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
1. โรคมือเท้าและปากทำให้เด็กเสียชีวิตทุกคน						
2. โรคมือเท้าและปากจะทำให้เด็กมีอาการเจ็บปาก ไม่ยอมรับประทานอาหาร ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้						
3. เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก เด็กต้องหยุดเรียน						
4. เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากทำให้เด็กเกิดความเครียดได้						
5. หากเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ผู้ปกครองต้องหยุดงานมาดูแลเด็ก						
6. เมื่อนุรทรหลานป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก						
7. การที่เด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ทำให้ผู้ปกครองเกิดความกังวลใจต่อการเจ็บป่วยของเด็ก						
8. เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากจะต้องปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อทำความสะอาด						
9. การป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากของเด็กทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเสียชื่อเสียง						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
10. ผู้ดูแลเด็กถูกตำหนิจากผู้ปกครอง เมื่อพบเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก						
11. เมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก การปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะทำให้ผู้ดูแลเด็กมีเวลาเตรียมการสอนเพิ่มขึ้น						
12. เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ทำให้เทศบาล/อบต. มีภาระค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น						

ส่วนที่ 7 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
1. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปาก ผู้ดูแลเด็กต้องตรวจคัดกรองโรคมือเท้าและปากทุกวันก่อนนำเด็กเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคมือเท้าและปากไปยังเด็กคนอื่นได้						
2. ผู้ดูแลเด็กและเด็กควรล้างมือฟอกสบู่จะช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากได้						
3. ผู้ดูแลเด็กควรรักษาความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้						
4. ผู้ดูแลเด็กควรดูแลให้เด็กล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร จะช่วยป้องกันการได้รับเชื้อโรคมือเท้าและปากเข้าสู่ร่างกายทางปากได้						
5. เมื่อพบเด็กที่มีอาการสงสัยป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ไม่จำเป็นต้องแยกเด็กออกจากเด็กคนอื่น เพราะจะทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน						
6. หลังสัมผัสกับเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
ผู้ดูแลเด็กต้องล้างมือฟอกสบู่ทันที เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากไปยังเด็กคนอื่น						
7. การทำความสะอาดของเล่นที่เป็นสิ่งสกปรก เช่น น้ำมูก น้ำลาย ต้องทำทุกวัน จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคมือเท้าและปากได้						
8. ผู้ดูแลเด็กควรล้างมือฟอกสบู่ทันทีหลังสัมผัสอุจจาระของเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากจะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อโรคมือเท้าและปากได้						
9. เชื้อโรคมือเท้าและปาก สามารถอยู่ในอุจจาระของเด็กป่วยได้นาน 2 เดือน ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กควรกำจัดอุจจาระของเด็กลงในส้วม จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคมือเท้าและปากได้						
10. หากผู้ดูแลเด็กเจอเด็กเอาของเล่นเข้าปาก ไม่ต้องแยกของเล่นชิ้นนั้นออกทันที เพราะจะทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณไม่สนใจของเล่นไป						

ส่วนที่ 8 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
1.การมีภาระงานอื่นที่ต้องทำมาก ทำให้ไม่มีเวลาดูแลให้เด็กล้างมือฟอกสบู่ได้อย่างถูกต้อง						
2.การตรวจคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ในตอนเช้าก่อนนำเด็กเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นวิธีที่ทำได้ยากเพราะผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ						
3.การแยกเด็กที่สงสัยป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากออกจากเด็กปกติ เป็นการเพิ่มภาระในการดูแลเด็ก						
4.การแยกตุ่มหรือแผลที่เกิดจากโรคมือเท้าและปาก เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย						
5.การดูแลให้เด็กล้างมือฟอกสบู่ให้ครบ 7 ขั้นตอน เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
6. การดูแลไม่ให้เด็กเอาของเล่นเข้าปาก เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยากเพราะเด็กมีจำนวนมาก						
7. การของบประมาณเพื่อซื้ออุปกรณ์ เช่น สบู่ก้อน สบู่เหลว เป็นเรื่องยุ่งยาก						
8. การทำความสะอาดของเล่นเด็กที่เด็กอมทุกวัน ทำให้เสียเวลาในการเตรียมการสอน						
9. การล้างห้องน้ำห้องส้วมทุกวัน เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ						
10. การเตรียมอาหารกลางวันที่ปรุงสุกสะอาดเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย						
11. การแนะนำวิธีการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ให้ผู้ปกครองปฏิบัติตาม เป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก						
12. การล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับสิ่งสกปรกของเด็ก เช่น น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นเรื่องยุ่งยาก						

ภาคผนวก ค
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัด

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดในงานวิจัย

1. ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.696	14	.747
2	.633	15	.700
3	.285	16	.513
4	.451	17	.444
5	.747	18	.583
6	.751	19	.385
7	.487	20	.383
8	.504	21	.632
9	.602	22	.747
10	.671	23	.609
11	.210	24	.556
12	.295	25	.410
13	.381		

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

2. ค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ค่าความยากง่าย	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ค่าความยากง่าย
1	.686	.800	8	.665	.730
2	.831	.690	9	.660	.770
3	.749	.770	10	.449	.750
4	.773	.800	11	.616	.810
5	.602	.670	12	.587	.700
6	.665	.730	13	.537	.810
7	.537	.810			

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

3. ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.517	11	.614
2	.202	1	.325
3	.615	13	.643
4	.517	14	.632
5	.457	15	.772
6	.624	16	.542
7	.517	17	.567
8	.343	18	.467
9	.624	19	.433
10	.563	20	.502
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99			

4. ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.819	8	.754
2	.912	9	.895
3	.939	10	.598
4	.611	11	.857
5	.636	12	.907
6	.773	13	.881
7	.630		
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96			

5. ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.628	7	.661
2	.413	8	.423
3	.538	9	.677
4	.868	10	.756
5	.802	11	.435
6	.773	12	.486
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89			

6. ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.811	6	.889
2	.868	7	.909
3	.861	8	.743
4	.825	9	.800
5	.328	10	.378
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93			

7. ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)
1	.833	7	.973
2	.903	8	.983
3	.973	9	.978
4	.623	10	.623
5	.961	11	.930
6	.855	12	.972
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98			

ภาคผนวก ง
โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
ของผู้ดูแลเด็ก



จัดทำโดย
นายอิสรา จูมมาลี

ความเป็นมาของโปรแกรม

โรคมือเท้าและปาก เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่นับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัสหลายชนิด (Enterovirus) สายพันธุ์ที่พบได้บ่อย เช่น ไวรัสคอคแซกกี เอ 16 (Coxsackieviruses A16) ไวรัสคอคแซกกี เอ สายพันธุ์อื่นๆ เช่น ไวรัสเอคโค (Echovirus) และไวรัสเอนเทอโร 71 (EV 71) เป็นต้น โรคนี้พบบ่อยในกลุ่มทารกและเด็กเล็กที่อาศัยอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสำนักระบาดวิทยา พบว่า เด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากมากกว่า 2 ใน 3 เป็นเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล โดยพฤติกรรมของเด็กที่มาอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลจะเสี่ยงให้เกิดการแพร่กระจายโรคมือเท้าและปาก ได้ง่าย เช่น การอมของเล่น การป้ายน้ำมูกน้ำลาย การเล่นคลุกคลีกัน การใช้แก้วน้ำร่วมกัน การไม่ล้างมือหลังจากขับถ่าย เป็นต้น ทำให้เชื้อโรคมือเท้าและปาก ปนเปื้อนและแพร่กระจายติดต่อสู่กันได้ง่าย ทั้งนี้ เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากทำให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การป้องกันเด็กไม่ให้ป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ย่อมเป็นการป้องกันผลเสียต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาอีกมากมาย

จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมือเท้าและปากที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การที่จะทำให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสุขภาพที่แข็งแรงและปลอดภัยจากโรคมือเท้าและปากนั้น ต้องเกิดความร่วมมือจากหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครอง ผู้บริหาร และผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กนับว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้แก่เด็กตลอดระยะเวลาที่เด็กอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การพัฒนาให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล การรักษานามัยของเด็ก และการรักษานามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก จึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องมีและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กได้ ดังนั้น โปรแกรมนี้จะช่วยพัฒนาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กจะเกิดผลต่อสุขภาพที่แข็งแรงและปลอดภัยจากโรคมือเท้าและปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากถูกต้องเพิ่มขึ้น
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และลดการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ให้น้อยลง
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น
4. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายของโปรแกรม คือ ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม

หลักการและแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในโปรแกรม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กร่วมกับผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งสามารถประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิตและพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ แนวคิดที่ใช้กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมเพื่อพัฒนาตัวแปรทางจิตและพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปากในโปรแกรมฯ และแนวคิดที่ใช้ในการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดที่ใช้กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรคมือเท้าและปาก

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก โดยมีกิจกรรมในการบรรยาย การตั้งคำถาม การนำเสนอกรณีศึกษา การเล่นเกม และการอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถจดจำและเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ อาการ การรักษา และการป้องกัน

แนวคิดที่ 1 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะทางจิต ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker.1988) โดยมีกิจกรรมการบรรยาย การนำเสนอกรณีศึกษา การเล่นเกม และการอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง

แนวคิดที่ 2 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะทางจิต ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura. 1977, 1997) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรักษาอนามัยของเด็ก และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีแนวคิดย่อยประกอบด้วย

1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้รับประสบการณ์โดยตรงจากการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และมีความเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้เช่นเดียวกัน โดยมีกิจกรรมการบรรยาย การตั้งคำถาม การเล่นเกม การอภิปรายกลุ่มย่อย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง

2) การใช้ตัวแบบ กิจกรรมประกอบด้วยให้ผู้ดูแลเด็กเห็นตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จจากการแสดงพฤติกรรม เช่น ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มที่แสดงการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก หรือการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริง และไม่ย่อท้อ รวมทั้งการใช้ตัวแบบจากสื่อ เช่น คลิปวิดีโอ ภาพพลิก โปสเตอร์ เป็นต้น นอกจากนี้ มีการสาธิต

การคัดกรองโรคมือเท้าและปาก และการล้างมือ 7 ขั้นตอนโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมหรือทักษะใหม่ๆ ที่เป็นผลจากการแสดงของตัวแบบ (ผู้สาธิต) การให้ผู้ดูแลเด็กได้เห็นตัวแบบ (ผู้ดูแลเด็กในกลุ่ม) แสดงพฤติกรรมทางบวกแล้วได้รับแรงเสริม ซึ่งจะช่วยกระตุ้นผู้ดูแลเด็กแสดงพฤติกรรมทางบวก

3) การใช้คำพูดชักจูง เป็นการส่งเสริมทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบผลสำเร็จได้ โดยมีกิจกรรม การสะท้อนผลการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในทุกกิจกรรม การพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และการโทรศัพท์เตือน/พูดคุยระหว่างสัปดาห์

แนวคิดที่ 3 ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก

2. แนวคิดที่ใช้ในการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

2.1 แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต. 2544) เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ ดังนี้

1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experience learning) โดยแต่ละกิจกรรมจะใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการจัดประสบการณ์ (experience) ขั้นการสะท้อนคิดและอภิปราย (reflection and discussion) ขั้นความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization) และขั้นการทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (experiment)

2) กระบวนการกลุ่ม (Group process) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นและเป็น การช่วยขยายความรู้จากการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย การเล่นเกม การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่าง บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ

แนวคิดที่ 4 เป็นแนวคิดที่ใช้ในการขับเคลื่อนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้เกมประกอบการเรียนรู้ (อรรถพร จินตามณี. 2548) โดยประเภทของเกมที่น่านำมาใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เกมละลายพฤติกรรม และเกมเพื่อประสบการณ์การเรียนรู้

แนวคิดที่ 5 เป็นส่วนที่สอดคล้องอยู่ในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมนี้เป็นหลักสูตรที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิตและพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปาก โดยมีเนื้อหาและกิจกรรมที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนตัวแปรทั้งทางด้านความรู้/การคิด ความรู้สึก/จิตใจ และพฤติกรรม/ทักษะ กิจกรรมที่จัดขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่วิทยากรเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ตัวแปรตามที่ต้องเก็บในระยะ

นี้ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ระยะที่ 2 เป็นการให้การฝึกอบรมตามหลักสูตรแก่กลุ่มทดลองเพื่อมุ่งพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นเวลา 3 วัน (18 ชั่วโมง) พร้อมได้รับการแจกคู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แล้วเก็บข้อมูลตัวแปรตามเหมือนระยะที่ 1 หลังการสิ้นสุดการทดลองทันที

ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามผล เป็นระยะที่ให้กลุ่มทดลองยุติการใช้โปรแกรมไปแล้ว 4 สัปดาห์ เพื่อเว้นช่วงให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และทำการวัดข้อมูลตัวแปรตามเหมือนระยะที่ 1 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

การสร้างกิจกรรมในโปรแกรม

จากกรอบกิจกรรมที่สร้างขึ้นข้างต้นได้นำมาเป็นแนวทางในกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมแต่ละครั้งเพื่อให้เป้าหมายของกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมโดยภาพรวม รูปแบบของกิจกรรมในแต่ละครั้งนั้นมีการผสมผสานวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย ประกอบสื่อ การเล่นเกม การอภิปราย การระดมสมอง กรณีศึกษา การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกประสบการณ์จริงด้วยการปฏิบัติ เช่น การฝึกการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก การสาธิตและฝึกการล้างมือ 7 ขั้นตอน เป็นต้น และเพิ่มกิจกรรมในลักษณะเกมเพื่อสร้างบรรยากาศให้มีความสนุกสนาน ทั้งนี้ในทุกกิจกรรมจะเน้นให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งจะทำให้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยคงไว้ซึ่งแนวคิดหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้งประกอบไปด้วย ชื่อกิจกรรม จุดมุ่งหมายของกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เวลา สื่อ/อุปกรณ์ ใบบาง/ใบความรู้ และวิธีการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

แนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคที่นำมาใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรม
มารู้จัก...โรคมือเท้าและปาก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น	- การสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากในประเด็น สาเหตุ การติดต่อ อากาศ การรักษา และการป้องกันโรค - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบจากคลิปวิดีโอ คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้าง	- การบรรยาย - การอภิปราย - แผนที่ความคิด (Mind Mapping) - การใช้เกม

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรม
		<p>บรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากโรคมือเท้าปาก - การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการให้ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยการสรุปความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคที่ดี 	
รู้ใหม่ว่า...มันเสี่ยง	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยหรือและพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านคู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร - การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา สุขอนามัยที่ไม่ดี จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยการสรุปความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคที่ดีจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบรรยาย - การระดมสมอง - กรณีศึกษา - การอภิปราย - การใช้เกม
รุนแรงจริงนะ...โรคมือเท้าและปาก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิต อาการที่รุนแรง และผลกระทบจากการเจ็บป่วยจากโรคมือเท้าและปากในด้านต่างๆ - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบจากคลิปวิดีโอข่าว คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยการสรุปความสำคัญของการมี 	<ul style="list-style-type: none"> - การอภิปราย - การระดมสมอง - การใช้เกม

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรม
		พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีที่สามารถลดความรุนแรงของโรคได้	
รู้ผลดีพร้อมก้าวผ่านอุปสรรค	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และช่วยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากในด้านผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบจากคลิป์วิดีโอ คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค - การลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค การวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง และการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ 	<ul style="list-style-type: none"> - สถานการณ์สมมติ - การอภิปราย - การใช้เกม
คัดกรองโรค...คัดกรองมือเท้าและปาก	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และสามารถปฏิบัติกรคัดกรองโรคมือเท้าและปากได้อย่างถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ผ่านตัวแบบจากคลิป์วิดีโอข่าว คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยการสรุปความสำคัญของการคัดกรองโรคมือ 7 ขั้นตอน สามารถช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ - การลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค โดยการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - การแสดงบทบาทสมมติ - การอภิปราย - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติ
مامะ...มาล้างมือ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และสามารถปฏิบัติกรล้างมือ 7 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ 7 ขั้นตอนที่ถูกต้อง - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบจากคลิป์วิดีโอข่าว คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - การแสดงบทบาทสมมติ - การอภิปราย - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิดที่ใช้	วิธีดำเนินกิจกรรม
		<p>โรค โดยการสรุปความสำคัญของการล้างมือ 7 ขั้นตอน สามารถช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค โดยการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ 	
<p>สะอาดหรือยังนะ</p>	<p>เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และสามารถทำความเข้าใจและสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างความรู้เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ถูกต้อง - การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบจากคลิป์วิดีโอข่าว คู่มือ แผ่นพับ ไปสเตอร์ การให้กำลังใจ คำชม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร - การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยการสรุปความสำคัญของการรักษาความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ถูกต้องและมีความต่อเนื่องจะช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้ - การลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค โดยการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - การอภิปราย - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติ

กิจกรรม การประชุมนิเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากทิวทยาการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

-

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าและปาก

เทคนิคการจัดกิจกรรม

-

ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นนำ (30 นาที)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. วิทยากรแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กำหนดการ จำนวนครั้ง วัน เวลา ระยะเวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

ขั้นดำเนินการ (60 นาที)

1. วิทยากรแจกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากเพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. วิทยากรเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารว่างร่วมกัน

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนมีความสนใจและยินยอมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากที่ครบถ้วนสมบูรณ์

กิจกรรม มารู้จัก...โรคมือเท้าและปาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำความรู้จักและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ความรุนแรงของโรคมือเท้า และปาก และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก มีดังรายละเอียดพอสังเขปต่อไปนี้เป็น

โรคมือเท้าและปาก เกิดจากเชื้อไวรัสลำไส้หรือเอนเทอโรไวรัสหลายชนิดพบได้บ่อยในเด็กทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก สถานที่เล่นของเด็กในห้างสรรพสินค้า โดยเฉพาะในที่อยู่ร่วมกันอย่างแออัดจะมีโอกาสที่เกิดการระบาดได้ โรคเกิดประปรายตลอดปี แต่จะเพิ่มมากขึ้นในฤดูฝนซึ่งอากาศเย็นและชื้น

การติดต่อส่วนใหญ่เกิดจากได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ปากโดยตรงโรคแพร่ติดต่อภายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วยโดยเชื้อไวรัสติดมากับมือหรือของเล่นที่เปื้อนน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองและแผล หรืออุจจาระของผู้ป่วยและเกิดจากการไอจามรดกันโดยหายใจเอาเชื้อที่แพร่กระจายจากละอองฝอยของผู้ป่วยสำหรับการติดเชื้อจากอุจจาระจะเกิดได้ในระยะที่เด็กมีอาการทุเลาจนกระทั่งหายป่วยแล้วประมาณ 1 เดือน แต่จะเกิดขึ้นได้น้อยกว่า

หลังจากได้รับเชื้อ 3-6 วัน ผู้ติดเชื้อจะเริ่มแสดงอาการป่วย เริ่มด้วยมีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลียต่อมาอีก 1-2 วัน มีอาการเจ็บปาก กลืนน้ำลายไม่ได้และไม่ยอมทานอาหารเนื่องจากมีตุ่มแดงที่ลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้มจะพบตุ่มหรือผื่นนูนสีแดงเล็ก (มักไม่คัน) ที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้าและอาจพบที่ก้นด้วย ตุ่มนี้จะกลายเป็นตุ่มพองใส บริเวณรอบๆอีกเสบและแดงต่อมาตุ่มจะแตกเป็นแผลหลุมตื้นๆ อาการจะทุเลาและหายเป็นปกติ ภายใน 7-10 วัน

การรักษาแพทย์จะให้ยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาทาแก้ปวด ในรายมีแผลที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ควรเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้เป็นระยะและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนๆ รสไม่จัด ดื่มน้ำและน้ำผลไม้และนอนพักผ่อนมากๆ ถ้าเป็นเด็กอ่อนอาจต้องป้อนนมให้แทนการดูดจากขวด

ตามปกติโรคมักไม่รุนแรงและไม่มีอาการแทรกซ้อน แต่เชื้อไวรัสบางชนิด เช่น เอนเทอโรไวรัส 71 อาจทำให้มีอาการรุนแรงได้ จึงควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดหากพบมีไข้สูง ซึม ไม่ยอมทานอาหารหรือน้ำดื่ม อาเจียน บ่อย หอบ แขนขาอ่อนแรง ชัก ต้องรีบพาไปโรงพยาบาลทันที เพราะอาจเกิดภาวะสมองอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือน้ำท่วมปอด ซึ่งจะรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันแต่ป้องกันได้โดยการรักษาสุขอนามัยผู้ปกครองควรแนะนำบุตรหลานและผู้เลี้ยงดูเด็กให้ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ (ก่อนและหลังเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหารภายหลังการ

ขับถ่ายหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม หลังการดูแลเด็กป่วย) ตัดเล็บให้สั้น หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน (เช่น ขวดนม แก้วน้ำ หลอดดูดผ้าเช็ดหน้า และผ้าเช็ดมือ) และใช้ช้อนกลาง

สถานรับเลี้ยงเด็กและโรงเรียนอนุบาลต้องจัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะหมั่นดูแลรักษา สุขาภิบาลของสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอรวมถึงการกำจัดอุจจาระเด็กให้ถูกต้อง

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเลเบียน
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม power point
3. กระดาษ Flip chart
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ ดินสอสี กระดาษ post-it
5. คลิปวิดีโอ วิตามินขาว โรคมือเท้าปาก ตอนที่ 1
6. ภาพกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก
7. คำถามเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก 20 ข้อ
8. ภาพพลิกเรื่องโรคมือเท้าและปาก
9. ใบงานที่ 1 แผนที่ความคิดพิชิตโรค
10. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง โรคมือเท้าและปาก
11. คู่มือการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคการจัดกิจกรรม

1. การใช้เกม
2. การบรรยายประกอบสื่อ
3. การอภิปราย
4. แผนที่ความคิด (Mind Mapping)

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำความรู้จักกันและมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ (30 นาที)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และวิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรนำเข้าสู่กิจกรรม “ยินดีได้มาเจอกัน” วิทยากรแจกภาพชิ้นส่วนภาพเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันโรคมือเท้าและปาก ให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 ชิ้น แล้วให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนตามหาภาพชิ้นส่วน

ของอุปกรณ์นั้น แล้วนำชิ้นส่วนภาพที่แต่ละคนได้รับมาต่อให้เป็นภาพที่สมบูรณ์ ในกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม



ขั้นตอนการ (120 นาที)

ขั้นประสบการณ์

1. วิทยากรสนทนากับผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกลุ่มด้วยคำถามที่ว่า “เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเจ็บป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง” เมื่อมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบคำถาม วิทยากรซักถามคำถามต่อว่า “แล้วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ท่านดูแลมีเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก หรือไม่” เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก

2. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอวิตามินขาว โรคมือเท้าและปาก ตอนที่ 1 (5 นาที)

3. หลังจากชมคลิปวิดีโอแล้ว วิทยากรตั้งคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น

ขั้นสะท้อนความคิดและอภิปราย

4. วิทยากรนำเข้าสู่กิจกรรม “ปริศนาฟ้าแลบ ตอน โรคมือเท้าและปาก” โดยให้แต่ละกลุ่มช่วยกันเขียนเพื่อตอบคำถาม เรื่องโรคมือเท้าและปาก ในแต่ละข้อที่วิทยากรกำหนด ซึ่งแต่ละคนจะมีโอกาสได้ออกมาเพื่อตอบคำถามของกลุ่ม เมื่อหมดคำถามกลุ่มไหนได้คะแนนสูงสุดจะเป็นทีมที่ชนะและได้รับรางวัล

ขั้นเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด

5. วิทยากรเฉลยคำตอบที่ถูกต้อง พร้อมกับอธิบายเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 ร่วมกับการใช้ภาพลึกลับเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ขั้นทดลองหรือประยุกต์แนวคิด

6. จากนั้นวิทยากรให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มร่วมสรุปความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก ผ่านกิจกรรม “Mind map พิชิตโรคมือเท้าและปาก” โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเขียนคำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากบนกระดาษที่แจกให้ และนำไปติดบนกระดาษ Flip chart ที่วิทยากรเตรียมไว้ให้ ตามใบงานที่ 1

7. กลุ่มที่ทำเสร็จแล้วให้ตบมือ 3 ครั้ง และพูดว่า “เยี่ยมมากเลย” และให้ตัวแทนนำเสนอให้กลุ่มอื่นรับฟังเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่ว่า “สิ่งที่ได้เรียนรู้และสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างไร”

2. วิทยากรสรุปการเรียนรู้ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับ และเพิ่มเติมประเด็นเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ให้ครบถ้วน
3. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ
4. วิทยากรเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารว่างร่วมกัน

การประเมินผล

1. การสังเกตจากความสนใจ การร่วมอภิปรายของกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่
2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น
3. ผลงานตามใบงานที่ได้รับมอบหมาย



ข้อคำถามและเฉลย
กิจกรรม “ปริศนาฟ้าแลบ ตอน โรคมือเท้าและปาก

ข้อ	คำถาม	เฉลย
1	โรคมือเท้าและปาก สายพันธุ์ใดที่มีความรุนแรงมากจนสามารถทำให้เด็กเสียชีวิตได้?	เกิดจากการติดเชื้อไวรัสลำไส้ในกลุ่มเอนเทอโรไวรัส EV71
2	เด็กช่วงอายุเท่าไรที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก มากที่สุด? เพราะเหตุใด?	พบบ่อยในทารกและเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี/ภูมิคุ้มกันต่ำ/พฤติกรรมเสี่ยง เช่น อมมือ อมของเล่น ล้างมือไม่สะอาด
3	ในประเทศไทยช่วงฤดูใดที่พบว่ามีการระบาดของโรคมือเท้าและปาก มากที่สุด?	ช่วงฤดูฝนเข้าสู่ฤดูหนาว
4	เชื้อโรคมือเท้าและปาก ปนเปื้อนออกมากับสิ่งใดของผู้ป่วย?	น้ำมูก น้ำลาย น้ำจากตุ่มแผล และอุจจาระของผู้ป่วย
5	เด็กได้รับเชื้อโรคมือเท้าและปาก เข้าสู่ร่างกายทางใด?	ทางปาก
6	โรคมือเท้าและปาก ติดต่อกันด้วยวิธีการใดบ้าง?	ไอจามรดกัน/การใช้สิ่งของร่วมกัน/การสัมผัสกับแผลของผู้ป่วย
7	อาการของโรคมือเท้าและปาก ที่สำคัญเป็นอย่างไร?	มีไข้ มีผื่นแดง ตุ่มพองใส ตามมือเท้าปาก
8	อาการของโรคมือเท้าและปาก จะหายได้ภายในกี่วัน?	7-10 วัน
9	อาการที่เป็นสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์?	มีไข้สูง ซึม ชัก/อาเจียนบ่อย/หอบเหนื่อย/แขนขาอ่อนแรง/ไม่ทานอาหารหรือไม่ดื่มน้ำ
10	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ควรทำเมื่อใดบ้าง?	ก่อน-หลังรับประทานอาหาร/หลังการขับถ่าย/หลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง/หลังการทำกิจกรรม
11	การตัดเล็บให้สั้นจะช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้หรือไม่? อย่างไร?	ช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปาก ได้เพราะจะช่วยลดการสะสมของเชื้อตามซอกเล็บ
12	จงบอกวิธีการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ?	รักษาสุขอนามัยให้สะอาดอยู่เสมอ/หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกันและใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น/ควรหลีกเลี่ยงการไปสถานที่สาธารณะ/หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ป่วย/ล้างมือด้วยน้ำกับสบู่

ใบงานที่ 1

แผนที่ความคิดพิชิตโรค

@@@

คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันสรุปความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก ที่ได้รับในวันนี้ โดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind mapping) (15 นาที)
2. เมื่อเสร็จแล้ว ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานให้กลุ่มอื่นได้ดู (5 นาที)

ตัวอย่างการทำแผนที่ความคิด



ใบความรู้ที่ 1

เรื่อง โรคมือเท้าและปาก

ระบาดวิทยาของโรคมือเท้าและปาก : เกิดจากเชื้อไวรัสลำไส้หรือเอนเทอโรไวรัสหลายชนิดพบได้บ่อยในเด็กทารก และเด็กอายุต่ำกว่า ปี่ในโรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก 5สถานที่เล่นของเด็กในห้างสรรพสินค้า โดยเฉพาะในที่อยู่ร่วมกันอย่างแออัดจะมีโอกาสที่เกิดการระบาดได้ โรคนี้เกิดได้ประปรายตลอดปี แต่จะเพิ่มมากขึ้นในช่วงฤดูฝนซึ่งอากาศเย็นและชื้น

การติดต่อ : การติดต่อส่วนใหญ่เกิดจากได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ปากโดยตรงโรคแพร่ติดต่อง่ายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วย โดยเชื้อไวรัสติดมากับมือหรือของเล่น ที่เป็นน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองและแผล หรืออุจจาระของผู้ป่วยและเกิดจากการไอจามรดกันโดยหายใจเอาเชื้อที่แพร่กระจายจากละอองฝอยของผู้ป่วยสำหรับการติดเชื้อจากอุจจาระจะเกิดได้ในระยะที่เด็กมีอาการทุเลาจนกระทั่งหายป่วยแล้วประมาณ 1 เดือน

อาการของโรค : หลังจากได้รับเชื้อ วัน ผู้ติดเชื้อจะเริ่มแสดงอาการป่วย เริ่มด้วยมีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลียต่อมาอีก 1-2 วัน มี 3-6 อาการเจ็บปาก กลืนน้ำลายไม่ได้และไม่ยอมทานอาหารเนื่องจากมีตุ่มแดงที่ลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้มจะพบตุ่มหรือผื่นนูนสีแดงเล็ก (มักไม่คัน) ที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้าและอาจพบที่ก้นด้วย ตุ่มนี้จะกลายเป็นตุ่มพองใส บริเวณรอบๆอักเสบและแดง วัน ต่อมาตุ่มจะแตกเป็นแผลหลุมตื้นๆ อาการจะทุเลาและหายเป็นปกติ ภายใน 7-10

การรักษา : โรคนี้ไม่มียารักษาโดยเฉพาะ แพทย์จะให้ยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาทาแก้ปวด ในรายมีแผลที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ควรเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้เป็นระยะและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนๆ รสไม่จัดดื่มน้ำและน้ำผลไม้และนอนพักผ่อนมากๆ ถ้าเป็นเด็กอ่อนอาจต้องป้อนนมให้แทนการดูดจากขวด ตามปกติโรคมักไม่รุนแรงและไม่มีการแทรกซ้อน แต่เชื้อไวรัสบางชนิด เช่น เอนเทอโรไวรัส อาจทำให้มีอาการรุนแรงได้ จึงควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดหาก 71 พบมีไข้สูง ซึม ไม่ยอมทานอาหารหรือน้ำดื่ม อาเจียนบ่อย หอบ แขนขาอ่อนแรง ชัก ต้องรีบพาไปโรงพยาบาลทันที เพราะอาจเกิดภาวะสมองอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือน้ำท่วมปอด ซึ่งจะรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

การป้องกันโรค : โรคนี้ยังไม่มียาป้องกันแต่สามารถป้องกันได้โดยการรักษาสุขอนามัย ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กควรดูแลความสะอาดของตนเองและเด็ก เช่น การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ ก่อนและหลังเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร) ภายหลังการขับถ่ายหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม หลังการดูแลเด็ก(ป่วย) ตัดเล็บ ให้สั้น หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ขวดนม แก้วน้ำ หลอดดูด ผ้าเช็ดหน้า และผ้าเช็ดมือ และเมื่อมีการรับประทานอาหารร่วมกันควรมีการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร ในส่วนของสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล ต้องมีการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ทุกเช้าก่อนรับเด็ก จัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะ หมั่นดูแลรักษาสุขลักษณะของสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ รวมถึงการกำจัดอุจจาระเด็กให้ถูกต้องด้วย หากมีเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก ผู้ปกครองควรให้เด็กหยุดเรียนเพื่อรักษาตนเองที่บ้าน ไม่ควรนำเด็กป่วยไปเรียน หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการแยกเด็กป่วยไม่ให้ไปเล่นคลุกคลีกับเด็กคนอื่นในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง

กิจกรรม รู้ใหม่ว่า...มันเสี่ยง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากเพิ่มมากขึ้น

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

โรคมือเท้าและปากเป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโดยตรง เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก จึงต้องมีการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมา

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าเด็กที่ตนเองดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการระบาดของโรคมือเท้าและปากนั้นสามารถใช้การพิจารณาตามหลักการของระบาดวิทยา (Epidemiologic triad) ได้แก่ 1) ตัวเชื้อก่อโรค (Agent) ซึ่งเชื้อก่อโรคมือเท้าและปาก เป็นเชื้อไวรัสที่ยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรค 2) คนที่เป็นโรค (Host) ในที่นี้ก็คือเด็ก เด็กในช่วงวัยนี้จะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ชอบเล่นคลุกคลีกัน มีพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การอมของเล่น การกัดขนมแบ่งกัน หรือการใช้แก้วน้ำร่วมกัน ตลอดจนการรักษาสุขอนามัยส่วนตนยังไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ และ 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) รอบตัวเด็ก ได้แก่ ช่วงฤดูฝนจนถึงฤดูหนาวเชื้อโรคจะเจริญเติบโตได้ดีจะทำให้เด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปากมากขึ้น การที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรับเด็กจำนวนมากทำให้เด็กอยู่รวมกันอย่างแออัดซึ่งจะส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว การไม่มีการคัดกรองโรคที่ต่อเนื่อง การที่ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมรักษาสุขอนามัยที่ไม่ดี เช่น การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลทำให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากมากขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. โปสเตอร์เขียน
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. กระดาษ Flip chart
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ ดินสอสี
5. รูปภาพพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคมือเท้าและปาก
6. กรณีศึกษา เมื่อลูกศิษย์ฉันเป็นโรคมือเท้าและปาก
7. ใบงานที่ 1 เรื่อง “วิเคราะห์กรณีศึกษา”
8. ใบงานที่ 2 เรื่อง “จุดไหนเสี่ยง”
9. ใบความรู้ที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคในการจัดกิจกรรม

1. การใช้เกม
2. การระดมสมอง
3. การบรรยาย
4. การอภิปราย
5. กรณีศึกษา

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากอย่างถูกต้อง ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ (30 นาที)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และวิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรนำเข้าสู่กิจกรรม “ลูกอมยืมหวาน” โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนสุมหยิบลูกอมมาคนละ 1 ชิ้น เมื่อเสร็จแล้วให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีลูกอมสีเหมือนกันจับกลุ่มกัน แล้วให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวโดยบอกชื่อและนามสกุล พร้อมกับบอกว่าสมาชิกในกลุ่มว่า “วันนี้มีสิ่งใด/เรื่องใดที่ฉันยืมหวานได้” ในกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งกลุ่มและทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกผ่อนคลาย

ขั้นดำเนินการ (120 นาที)

ขั้นประสบการณ์

1. วิทยากรสนทนากับผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกลุ่มในประเด็นที่ว่า “จากประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กที่ผ่านมา ท่านคิดว่าเด็กที่ท่านดูแลมีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก หรือไม่ เพราะเหตุใด”
2. จากนั้นวิทยากรแจกกรณีศึกษาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน เมื่ออ่านเสร็จวิทยากรซักถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นที่ว่า “ท่านรู้สึกอย่างไรกับกรณีศึกษาที่ได้อ่าน” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปิดเผยความรู้สึกถึงความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก

ขั้นสะท้อนความคิดและอภิปราย

3. วิทยากรแจกใบงานที่ 1 ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันอภิปรายและสรุปเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

4. เมื่อเสร็จแล้วให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

ขั้นความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด

5. วิทยากรและผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันสรุปความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากจากกรณีศึกษา

ขั้นตอนลงหรือประยุกต์แนวคิด

6. วิทยากรแจกกล่องกระดาษใส่รูปภาพให้แต่ละกลุ่ม โดยในแต่ละกล่องจะมีรูปภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก และพฤติกรรมเสี่ยงของโรคอื่นๆ ปนกัน
7. หลังจากนั้นวิทยากรแจกใบงานที่ 2 เพื่อให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มช่วยกันหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก
8. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำรูปภาพไปจัดหมวดหมู่ บน Flip chart ที่วิทยากรจัดเตรียมให้ โดยกลุ่มไหนเสร็จก่อนให้ยกมือขึ้น และให้ส่งตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน
9. วิทยากรเฉลยรูปภาพและให้รางวัลแก่กลุ่มที่ทำได้ถูกต้องและรวดเร็วที่สุด
10. วิทยากรสรุปกิจกรรม

ขั้นสรุปผล (ใช้เวลา 30 นาที)

1. วิทยากรแจกกระดาษให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 2 แผ่น แผ่นที่ 1 เขียนถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ และแผ่นที่ 2 เขียนถึงวิธีการป้องกัน/ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปากได้อย่างไร
2. เมื่อเขียนเสร็จแล้วให้แต่ละคนนำไปติดบนบอร์ดที่วิทยากรจัดเตรียมไว้ให้
3. วิทยากรสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และเพิ่มเติมประเด็นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดโรคมือเท้าและปาก (ใบความรู้)
4. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม
3. จากการรายงานกลุ่ม

ใบงานที่ 1
เรื่อง “วิเคราะห์กรณีศึกษา”

@@@

คำชี้แจง

1. หลังจากที่ได้อ่านกรณีศึกษาแล้ว ขอให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มอภิปรายและสรุปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กชายเอป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ในประเด็น ดังนี้ (15 นาที)

- 1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับเด็ก
- 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. เมื่อเสร็จแล้ว ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอ (5 นาที)

ใบงานที่ 2
เรื่อง “จุดไหนเสียง”

@@@

คำชี้แจง

1. ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มระดมความคิดเห็นและจัดกลุ่มรูปภาพพฤติกรรมเสี่ยงที่เด็กจะติดโรคมือเท้าและปาก ใน 3 ประเด็น ได้แก่ (15 นาที)

- 1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับเด็ก
- 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

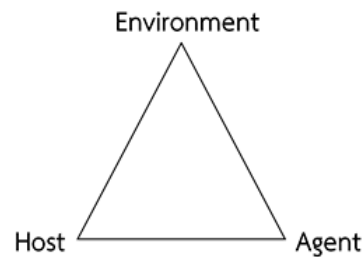
2. เมื่อเสร็จแล้ว ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานให้กลุ่มอื่นได้ดู (5 นาที)

ใบความรู้ที่ 1

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก

@@@

การระบาดของโรคมือเท้าและปาก สามารถใช้การพิจารณาตามหลักการของระบาดวิทยา (Epidemiologic triad) ได้แก่ ตัวเชื้อก่อโรค (Agent) คนที่เป็นโรค (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment)



ตัวเชื้อก่อโรค (Agent) ได้แก่ สายพันธุ์ของเชื้อที่รุนแรง Enterovirus 71 ส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่ไม่รุนแรง คนที่เป็นโรค (Host) ได้แก่

- อายุ 0-5 ปี (พบมากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล)
- พฤติกรรมการเล่นของเด็ก
- ภาวะโภชนาการ
- ภูมิคุ้มกันเด็กต่ำ
- พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การไม่ล้างมือ การอมมือหรือของเล่น การใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดมือ ช้อนส้อม ของเล่น ฯลฯ

สิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่

- ความแออัดของสถานที่/การใกล้ชิดกัน
- ความอับชื้นของห้องเรียน/สถานที่
- การไม่มีอ่างล้างมือ
- การไม่ซักที่นอนเด็ก
- การสื่อสารประชาสัมพันธ์
- การขาดความรู้ของเจ้าหน้าที่
- พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ดูแลเด็ก เช่น การไว้เล็บยาว การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อเจ็บป่วย การกอดหอมแก้มเด็ก การคัดกรองโรคที่ไม่ต่อเนื่อง การไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ฯลฯ

กรณีศึกษา

เรื่อง เมื่อลูกศิษย์ฉันเป็นโรคมือเท้าและปาก

@@@

วันนี้ เป็นวันหยุด ที่ 10 เดือน มิถุนายน 2553 บันทึกร้านเขียนที่ ศพด.หนองไม้สูง ฉันเป็นผู้ดูแลเด็กที่นี้ มา 10 ปีแล้ว ช่วงนี้เป็นฤดูฝนทำให้ฉันนึกถึงเหตุการณ์เก่าๆ กับเด็กๆ ที่ฉันดูแล เมื่อสองสามปีก่อน เป็นเรื่องราวที่ทำให้ฉันกลัวและไม่อยากให้เกิดกับเด็กๆ ทุกคน.....

ในช่วงเช้าของวันที่ 12 มีนาคม 2551 คุณยายหนูแดงได้มาส่งเด็กชายเอ ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามปกติ ศูนย์นี้มีฉันและผู้ดูแลเด็กรวมกัน 2 คน ดูแลเด็กทั้งหมดกว่า 50 ชีวิต ที่มาจากหมู่บ้านต่างๆ ในตอนเช้าฉันและเพื่อนจะผลัดเปลี่ยนกันมารับเด็กพร้อมกับจับตัวเด็กแต่ละคนมีไข้ ตัวร้อน ให้อำปากดูว่ามีแผล มีตุ่มหรือไม่ แต่ก็มีเด็กบางคนที่ยังเข้าไปในศูนย์โดยที่ฉันยังไม่ได้ตรวจร่างกายเลยก็มีอาศัยจังหวะที่ผู้ปกครองมาส่งลูกหลานพร้อมกันๆ

รอบๆ ศูนย์เป็นป่าที่บดตามสภาพชนบททั่วไป ช่วงนี้เป็นช่วงหน้าฝน ผู้ปกครองต้องออกไปทำงานรับจ้าง บางครอบครัวก็ไปทำนา จึงนำลูกหลานมาฝากเลี้ยงที่ศูนย์ ช่วงบ่ายๆ ถึงมารับกลับบ้าน เด็กชายเอ อายุ 2 ขวบ เป็นเด็กน่ารัก เล่นซน ชอบอมของเล่น และไม่ชอบล้างมือ เวลาเรียนชอบนั่งกัดเล็บ ด้วยว่าต้องดูแลเด็กจำนวนมากทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง บางครั้งเด็กก็มักจะปีนหน้าต่างออกไปเล่นนอกห้องเป็นประจำ ฉันจึงต้องปิดหน้าต่างไว้ตลอดเวลาจึงทำให้กลิ่นอับและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่เพื่อให้ฉันและเพื่อนสามารถควบคุมเด็กได้จึงจำเป็นต้องทำ

ต่อมาวันที่ 17 มีนาคม 2551 คุณยายหนูแดงมาบอกฉันว่า วันนี้เด็กชายเอไม่สบาย ไม่ได้มาเรียน ยายหนูแดงเล่าว่าหลานบ่นปวดหัว เมื่อสองวันที่ผ่านมา ไม่ยอมกินข้าว ไม่กินนม ยายจับตัวดูพบว่าหลานตัวร้อนเป็นไฟเลย คุณยายเห็นท่าไม่ดีจึงรีบพาไปที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ได้ตรวจดูเบื้องต้นสงสัยว่าอาการของเด็กชายเอน่าจะติดเชื้อโรคมือเท้าและปาก จึงรีบส่งตัวไปรักษาที่ รพ. ในตัวจังหวัด ผลการตรวจเพาะเชื้อพบว่า เป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ค็อกซากิไวรัส ที่ทำให้เกิดอาการไม่รุนแรง

อีก 2-3 วันต่อมา หลังจากที่เด็กชายเอป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ก็พบว่าเด็กในศูนย์ของฉันก็ป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก กันเป็นจำนวนมาก ทำให้ทางเทศบาลสั่งปิดศูนย์ 7 วัน เพื่อทำความสะอาดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชน

....โชคดีที่เหตุการณ์นั้นไม่มีเด็กเสียชีวิต ไม่อย่างนั้นฉันคงเสียใจไปจนวันตาย....

กิจกรรม รุนแรงจริงนะ...โรคมือเท้าและปาก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

โรคมือเท้าและปาก เป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องเด็กโดยตรง เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก จึงต้องมีการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมา

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่า หากป้องกันโรคมือเท้าและปากไม่ดีแล้วมีเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก จะเกิดผลเสียหรือผลกระทบในหลายด้าน เช่น ผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของเด็ก ผู้ปกครองต้องหยุดงานขาดรายได้ เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตรหลาน ศูนย์ต้องปิดทำความสะอาด ผู้ดูแลเด็กต้องหยุดการเรียนการสอน หรือแม้กระทั่งโดนผู้ปกครองเด็กตำหนิเกี่ยวกับการดูแลเด็ก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล อบต. ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กที่ป่วยจากโรคมือเท้าและปากเป็นจำนวนมาก

สื่อและอุปกรณ์

1. โปสเตอร์เขียน
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. กระดาษ Flip chart
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน
5. วีดีโอคลิป การระบาดของโรคมือเท้าและปาก
6. บัตรคำผลกระทบจากโรคมือเท้าและปาก
7. ใบงานที่ 1
8. ใบความรู้ที่ 1

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคในการจัดกิจกรรม

1. การใช้เกม
2. การระดมสมอง
3. การอภิปราย

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ถึงความรุนแรงจากโรคมือเท้าและปาก อย่างถูกต้อง ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นนำ (30 นาที)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และวิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรและผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันทบทวนเนื้อหาความรู้ในกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม

ชั้นดำเนินการ (120 นาที)

ขั้นประสบการณ์

1. วิทยากรสนทนากับผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยคำถามที่ว่า “ถ้ามีเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก จะมีผลกระทบหรือไม่ อย่างไร”
2. จากนั้นวิทยากรเปิดคลิปวิดีโอข่าวการระบาดของโรคมือเท้าและปาก และมีเด็กเสียชีวิต วิทยากรถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นที่ว่า “ท่านรู้สึกอย่างไรกับข่าวที่ได้ดู” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปิดเผยความรู้สึกถึงความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก

ขั้นสะท้อนและอภิปราย

3. วิทยากรแจกกระดาษ A4 ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 แผ่น และให้แต่ละคนเขียนในประเด็น “เมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก จะมีผลเสียหรือผลกระทบด้านใดบ้าง”
4. เมื่อหมดเวลาให้แต่ละคนเล่าสิ่งที่ตนเองเขียนให้สมาชิกคนอื่นๆ รับฟังจนครบทุกคน
5. วิทยากรแจกกระดาษ Flip chat ให้กลุ่มละ 1 แผ่น ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายและสรุปตามใบงานที่ 1
6. จากนั้นตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน

ขั้นสรุปความคิด

7. วิทยากรอธิบายเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถามข้อสงสัย

ชั้นนำไปปรับใช้

8. วิทยากรแจกกล่องกระดาษที่ใส่บัตรคำให้แต่ละกลุ่ม โดยในแต่ละกล่องจะมีบัตรคำเกี่ยวกับผลเสียหรือผลกระทบที่เกิดจากโรคมือเท้าและปาก และผลเสียจากโรคอื่นๆ ปนกัน
9. หลังจากนั้นให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มช่วยกันหาบัตรคำเกี่ยวกับผลเสียหรือผลกระทบที่เกิดจากโรคมือเท้าและปาก ตามเวลาที่กำหนด โดยกำหนดให้ 1 คน สามารถนำบัตรคำไปติดบนบอร์ดได้ 1 ครั้งเท่านั้น และวิ่งมาตะมุตะมิเพื่อนสลับกันจนครบทุกคน
10. หากกลุ่มไหนทำเสร็จก่อนให้ปรบมือ 3 ครั้ง พร้อมกับพูดว่า “WOW WOW WOW”
11. วิทยากรเฉลยและอธิบายบัตรคำ พร้อมกับกล่าวชมเชยและให้รางวัลแก่กลุ่มที่ทำได้ถูกต้องและรวดเร็วที่สุด และให้กำลังใจกลุ่มอื่นๆ ที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรแจกกระดาษรูปหัวใจให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 ดวง ให้สะท้อนในประเด็น “ความรู้ที่ได้รับในวันนี้”
2. เมื่อเขียนเสร็จแล้วให้แต่ละคนนำไปติดบนบอร์ดที่วิทยากรจัดเตรียมไว้ให้
3. วิทยากรยกตัวอย่างข้อความที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับรู้ 4-5 ข้อความ
4. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

1. การสังเกตจากความสนใจ การร่วมอภิปรายของกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่
2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน
3. ผลงานตามใบงานที่ได้รับมอบหมาย



ใบงานที่ 1

เรื่อง “ความรุนแรงจากโรคมือเท้าและปาก ”

คำชี้แจง

1. หลังจากสมาชิกได้สะท้อนความรุนแรงจากโรคมือเท้าและปาก ครบทุกคนแล้ว ให้สมาชิกในกลุ่มรวบรวมความรุนแรงจากโรคมือเท้าและปาก และระดมความคิดเห็นและจัดกลุ่มใน 5 ประเด็น ดังนี้ (15 นาที)

- ผลต่อเด็ก
- ผลต่อผู้ปกครอง
- ผลต่อผู้ดูแลเด็ก
- ผลต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ผลต่อเทศบาล/อบต./หน่วยงานด้านสาธารณสุข

2. เมื่อเสร็จแล้ว ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานให้กลุ่มอื่นได้ดู (5 นาที)

บัตรคำเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคมือเท้าและปาก

ขาดสารอาหาร	ชัก เกร็ง	ไม่ร่าเริงแจ่มใส
ขาดรายได้	เจ็บปาก	ติดเชื้อมาก
เครียด	ทำความสะอาด	ชดเชย
ต่อการป่วยของบุตร	ศูนย์ครั้งใหญ่	การเรียนการสอน
ผู้ปกครอง	เสียค่าใช้จ่าย	สิ้นเปลืองงบ
ตำหนิ	ในการรักษามาก	ในการป้องกันโรค
เสียชื่อเสียง	ผู้บริหารตำหนิ	เรียนไม่ทันเพื่อน
ชัก	เสียชีวิต	เพื่อนรังเกียจ
ไตวาย	แพ้ยาล	ปิดศูนย์

ใบความรู้ที่ 1

ผลกระทบของโรคมือเท้าและปาก

@@@

สำหรับผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก ของเด็กนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อที่เด็กได้รับซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจนถึงขั้นต้องเข้าการรักษาในโรงพยาบาล และหากมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก ของเด็กนั้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและผลกระทบทางอ้อม เช่น ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาล/อบต. ภาครัฐบาล เป็นต้น

1. ผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก

- เด็กไม่สบายอ่อนเพลียและเบื่ออาหารจนเกิดภาวะขาดสารอาหาร
- เกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน
- เรียนไม่ทันเพื่อน
- มีการปรับตัวใหม่
- เป็นที่รังเกียจของคนอื่น

2. ผลต่อผู้ปกครอง

- กังวลใจและเครียดต่อการเจ็บป่วยของบุตรหลาน
- หยุดงานมาดูแลเด็กและรายได้
- ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา
- ติดเชื้อจากบุตรหลานได้หากไม่ป้องกัน

3. ผลต่อผู้ดูแลเด็ก

- หยุดการเรียนการสอน
- ผู้ปกครอง/หัวหน้าตำหนิ
- ภาระในการทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- เครียดและกังวลต่อการกลับมาของโรค

4. ผลต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- ถูกตำหนิจากผู้ปกครอง
- ไม่ได้ได้รับความน่าเชื่อถือในการให้บริการ
- ปิดศูนย์

5. ผลด้านอื่น ๆ เช่น เทศบาล/อบต./หน่วยงานด้านสาธารณสุข

- เทศบาล/อบต. สูญเสียงบประมาณและบุคลากรในการดำเนินงานป้องกันโรคเพิ่มขึ้น
- ประเทศสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาจำนวนมาก

กิจกรรม คัดกรองโรค...คัดกรองมือเท้าและปาก

จุดประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และสามารถปฏิบัติการคัดกรองโรคมือเท้าและปากได้อย่างถูกต้อง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

การคัดกรองโรคเบื้องต้น เป็นวิธีการคัดกรองโรคในระบะทุติยภูมิซึ่งเป็นการป้องกันหรือควบคุมโรคเพื่อลดความรุนแรงหรือเป็นการตรวจโรคหรือปัจจัยเสี่ยงในระยะที่โรคยังไม่ปรากฏ เป็นการให้คำแนะนำเบื้องต้นที่ถูกต้อง รวมถึงการสังเกต เฝ้ารอวัง หรือดูแลรักษาได้อย่างทัน่วงที่ ทั้งนี้ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่งนั้น ผู้ดูแลเด็กควรมีการตรวจคัดกรองเด็กเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากทุกวัน ก่อนนำเด็กเข้าภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีสิ่งที่จะต้องตรวจคัดกรอง ดังนี้

- ใช้ 37.2 – 38.9 องศาเซลเซียส
- ตุ่มน้ำใสหรือแผล บริเวณคอและในปาก
- ผื่นที่มีตุ่มน้ำใส บริเวณ มือ หรือเท้า หรือปาก หรือกัน
- เบื่ออาหาร เนื่องจากเจ็บปาก

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเขียน
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. กระดาษ A4
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ ดินสอสี
5. อุปกรณ์ในการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ได้แก่ ไฟฉาย เทอร์โมมิเตอร์
6. ใบงานที่ 1 การฝึกคัดกรองโรคมือเท้าและปาก
7. ใบงานที่ 2 การแสดงบทบาทสมมติการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก
8. แบบประเมินของผู้สังเกตการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคในการจัดกิจกรรม

1. การแสดงบทบาทสมมติ
2. การอภิปราย
3. การสาธิต
4. การฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคัดกรองโรคมือเท้าและปาก เบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นนำ (30 นาที)

1. วิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกลุ่มๆ ละ 3 คน

ชั้นดำเนินการ (120 นาที)

ชั้นประสบการณ์

3. วิทยากรซักถามและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตนเองดูแลดูแล้วเป็นอย่างไร

4. วิทยากรสรุปประสบการณ์ในการคัดกรองในภาพรวม

ชั้นสะท้อนและอภิปราย

5. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมชมคลิปวิดีโอการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก
6. วิทยากรแจกใบงานที่ 1 ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกกลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันอภิปรายใบงานที่กำหนดให้

7. วิทยากรสุ่มถามเกี่ยวกับประเด็นในใบงานที่ 1 พร้อมสรุปเพิ่มเติม

ชั้นสรุปความคิด

8. วิทยากรอธิบายความสำคัญและขั้นตอนการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก

ชั้นนำไปปรับใช้

9. วิทยากรแจกอุปกรณ์ ได้แก่ ถังมือ เทอร์โมมิเตอร์ และไฟฉายให้ทุกกลุ่ม
10. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก โดยการแสดงบทบาทสมมติตามใบงานที่

2

11. กลุ่มที่แสดงการคัดกรองเสร็จแล้ว ให้ผู้ประเมินสะท้อนการปฏิบัติของคนที่ 1 ว่าทำได้อย่างถูกต้องหรือไม่ อย่างไร จากนั้นสลับกันเปลี่ยนบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลเด็ก เด็ก และผู้สังเกต

12. วิทยากรสุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมคู่ที่สามารถปฏิบัติการคัดกรองโรคที่ถูกต้อง นำมาแสดงการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนอื่นได้ดูเป็นแบบอย่าง วิทยากรกล่าวชื่นชมและพูดให้กำลังใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนว่ามีความสามารถคัดกรองโรคได้เช่นเดียวกัน

13. วิทยากรสรุปประเด็นความสำคัญและการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ที่ถูกต้องเหมาะสมอีกครั้ง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม

ชั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดในประเด็นที่ว่า “การเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กได้อย่างไร”

2. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม
3. จากการรายงานผลงานกลุ่ม
4. ความถูกต้องในการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก จากการประเมินของผู้สังเกต และการสังเกตของวิทยากร



ใบงานที่ 1

“วิเคราะห์การคัดกรองโรค”

คำชี้แจง

1. เมื่อดูคลิปวิดีโอจบแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ดังนี้ (15 นาที)

- ท่านคิดว่า ผู้ดูแลเด็กในคลิปวิดีโอมีการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ที่ถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่อย่างไร?
- หากท่านเป็นผู้ดูแลเด็กในคลิปวิดีโอ ท่านจะปฏิบัติเหมือนผู้ดูแลเด็กคนดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร?

2. ส่งตัวแทนนำเสนอ กลุ่มละ 5 นาที

ใบงานที่ 2

“แสดงบทบาทสมมติการคัดกรองโรค”

คำชี้แจง

สถานการณ์ : ผู้ดูแลเด็กยินยอมรับเด็กที่หน้าประตูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อตรวจการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ก่อนนำเด็กเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทบาท : กำหนดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกลุ่มมีบทบาทดังนี้


- คนที่ 1 สวมบทเป็นครูผู้ดูแลเด็ก
- คนที่ 2 สวมบทเป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- คนที่ 3 สวมบทเป็นผู้สังเกตและประเมินการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มใดที่แสดงการคัดกรองเสร็จแล้ว ให้ผู้ประเมินสะท้อนการปฏิบัติของคนที่ 1 ว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร จากนั้นสลับกันเปลี่ยนบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลเด็ก เด็ก และผู้สังเกต

แบบประเมินการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก

คำแนะนำสำหรับผู้สังเกตการณ์ (observer)

1. ให้ท่านสังเกตการณ์แสดงบทบาทเป็น ผู้ดูแลเด็ก ของสมาชิกในกลุ่ม โดยให้สังเกตตาม check list ต่อไปนี้

กิจกรรม	ปฏิบัติ 	ไม่ปฏิบัติ 	ข้อเสนอแนะ
สวมถุงมือก่อนจับตัวเด็ก			
วัดอุณหภูมิโดยใช้เทอร์โมมิเตอร์			
ตรวจดูตุ่มบริเวณฝ่ามือและซอกนิ้วมือ			
ตรวจดูตุ่มหรือแผลในปากโดยใช้ไฟฉายส่องดู			
ถอดถุงมือหลังจากตรวจเสร็จ			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

กิจกรรม มามะ...มาล้างมือ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และสามารถล้างมือ 7 ขั้นตอน ได้อย่างถูกต้อง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

การล้างมือของคนทั่วไป มักจะล้างไม่สะอาดและไม่ทั่วถึง ส่วนใหญ่มักสะอาดแค่ฝ่ามือส่วนปลายนิ้ว ซึ่งเป็นส่วนที่นำเชื้อโรคได้ดีและมักจะยังมีความสกปรกอยู่ การล้างมือสามารถป้องกันโรคติดต่อต่างๆ รวมถึงโรคมือเท้าและปาก ด้วย ดังนั้น ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และตัวเด็กจึงต้องมีการฝึกล้างมือให้ถูกวิธีและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนรับประทานอาหาร หลังจากเข้าห้องน้ำ หลังจากการสัมผัสสิ่งสกปรกต่างๆ เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ให้มีการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้ครบ 7 ขั้นตอน ซึ่งทุกขั้นตอน จะต้องทำ 5 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้การล้างมือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การล้างมือ 7 ขั้นตอน มีดังนี้

1. ใช้ฝ่ามือถูกัน
2. ใช้ฝ่ามือถูหลังมือและนิ้วถูซอกนิ้ว
3. ใช้ฝ่ามือถูฝ่ามือและนิ้วถูซอกนิ้ว
4. ใช้หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ
5. ใช้นิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ
6. ใช้ปลายนิ้วถูขว้างฝ่ามือ
7. ใช้ถูรอบข้อมือ

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเบีย่น
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. กระดาษ A4
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ ดินสอสี
5. อุปกรณ์การล้างมือ ได้แก่ แอลกอฮอล์เจล สบู่เหลว สบู่ก้อน
6. คลิปวิดีโอ เรื่อง “การแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านมือ”
7. คลิป วิดีโอ เรื่อง “การสาธิตวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน”
8. ใบงานที่ 1 เรื่อง “การแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านมือ”
9. ใบงานที่ 2 เรื่อง “แสดงบทบาทสมมติพาเด็กล้างมือ 7 ขั้นตอน”
10. แบบประเมินของผู้สังเกตการล้างมือ 7 ขั้นตอน

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคในการจัดกิจกรรม

1. การแสดงบทบาทสมมติ
2. การอภิปราย
3. การสาธิต
4. การฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถล้างมือ 7 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นนำ (30 นาที)

1. วิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกลุ่มๆ ละ 3 คน

ชั้นดำเนินการ (120 นาที)

ขั้นสรุปความคิด

3. วิทยากรอธิบายความสำคัญและขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน
4. หลังจากนั้นเปิดคลิปวิดีโอการสาธิตการล้างมือ 7 ขั้นตอน

ขั้นประสบการณ์

5. วิทยากรซักถามและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น ท่านมีวิธีการสอนเด็กล้างมืออย่างไรบ้าง

6. วิทยากรสรุปประสบการณ์การสอนเด็กล้างมือในภาพรวม

ขั้นสะท้อนและอภิปราย

7. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอการแพร่กระจายของเชื้อโรคผ่านมือ

8. วิทยากรแจกใบงานที่ 1 ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกกลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันอภิปรายใบงานที่กำหนดให้

9. วิทยากรสุ่มถามเกี่ยวกับประเด็นในใบงานที่ 1 พร้อมสรุปเพิ่มเติม

ชั้นนำไปปรับใช้

10. วิทยากรแจกอุปกรณ์ ได้แก่ สบู่ก้อน สบู่เหลว และเจลล้างมือ ให้ทุกกลุ่ม

11. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอนให้เด็ก โดยการแสดงบทบาทสมมติตามใบงานที่ 2

12. กลุ่มที่แสดงการล้างมือ 7 ขั้นตอน เสร็จแล้ว ให้ผู้ประเมินสะท้อนการปฏิบัติของคนที่ 1 ว่าทำได้ อย่างไม่ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร จากนั้นสลับกันเปลี่ยนบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลเด็ก เด็ก และผู้สังเกต

13. วิทยากรผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้องและมีความชำนาญ นำมาแสดงการล้างมือ 7 ขั้นตอน ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนอื่นได้ดูเป็นแบบอย่าง วิทยากรกล่าวชื่นชมและพูดให้กำลังใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนว่ามีความสามารถในการล้างมือ 7 ขั้นตอนได้เช่นเดียวกัน

14. วิทยากรสรุปประเด็นความสำคัญและการล้างมือ 7 ขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดในประเด็นที่ว่า “สิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้อย่างไร”

2. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม
3. จากการรายงานผลงานกลุ่ม
4. ความถูกต้องในการล้างมือ 7 ขั้นตอนจากการประเมินของผู้สังเกต และการสังเกตของวิทยากร

ใบงานที่ 1

“การแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านมือ”

คำชี้แจง

1. เมื่อดูคลิปวิดีโอจบแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันอภิปรายในประเด็น ดังนี้ (15 นาที)
 - ✓ ท่านคิดว่า ถ้าบุคคลในคลิปวิดีโอป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก จะทำให้เกิดผลกระทบหรือไม่อย่างไร?
 - ✓ หากท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ท่านจะมีวิธีการแนะนำบุคคลในคลิปวิดีโออย่างไร?
2. ส่งตัวแทนนำเสนอ กลุ่มละ 5 นาที

ใบงานที่ 2

“แสดงบทบาทสมมติการคัดกรองโรค”

คำชี้แจง

สถานการณ์ : หลังจากทำกิจกรรมกลางแจ้ง ผู้ดูแลเด็กกำลังพาเด็กไปล้างมือให้สะอาดก่อนจะไปรับประทานอาหารกลางวันในห้องกินข้าว

บทบาท : กำหนดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกลุ่มมีบทบาทดังนี้

- คนที่ 1 สวมบทเป็นครูผู้ดูแลเด็ก
- คนที่ 2 สวมบทเป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- คนที่ 3 สวมบทเป็นผู้สังเกตและประเมินการสอนล้างมือ 7 ขั้นตอน ของผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มใดที่แสดงการสอนล้างมือ 7 ขั้นตอน เสร็จแล้ว ให้ผู้ประเมินสะท้อนการปฏิบัติของคนที่ 1 ว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร จากนั้นสลับกันเปลี่ยนบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลเด็ก เด็ก และผู้สังเกต

แบบประเมินการสอนล้างมือ 7 ขั้นตอน

คำแนะนำสำหรับผู้สังเกตการณ์ (observer)

1.ให้ท่านสังเกตการณ์แสดงบทบาทเป็น ผู้ดูแลเด็ก ของสมาชิกในกลุ่ม โดยให้สังเกตตาม check list ต่อไปนี้

กิจกรรม	ปฏิบัติ 	ไม่ปฏิบัติ 	ข้อเสนอแนะ
1. ล้างมือด้วยน้ำสะอาด			
2. ล้างมือด้วยสบู่ก่อน/สบู่เหลว			
3. ใช้ฝ่ามือถูกัน			
4. ใช้ฝ่ามือถูหลังมือและนิ้วซอกนิ้ว			
5. ใช้ฝ่ามือถูฝ่ามือและนิ้วซอกนิ้ว			
6. ใช้หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ			
7. ใช้ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ			
8. ใช้ปลายนิ้วถูขางฝ่ามือ			
9. ใช้ถูรอบข้อมือ			

ข้อสังเกตเพิ่มเติม

.....

2.ให้ท่านสะท้อนข้อมูลจากการสังเกตให้ผู้แสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลเด็ก

กิจกรรม สะอาดหรือยังนะ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และสามารถทำความสะอาดสิ่งของ เครื่องใช้ ของเล่น และอาคารสถานที่ได้อย่างถูกต้อง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การทำความสะอาดเป็นวิธีการป้องกันและลดการแพร่กระจายของโรคที่ง่าย และทุกคนสามารถทำได้ โดยเน้นที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอในการทำความสะอาด ด้วยน้ำยาทำความสะอาดทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น สบู่ น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก น้ำยาซักผ้า หรือน้ำยาทำความสะอาดสุขภัณฑ์ในครัวเรือน ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีราคาแพงหรืออาจหาได้ยาก แต่ควรเลือกให้เหมาะสมกับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และอาคารสถานที่ ซึ่งจะช่วยให้ทำลายเชื้อโรคที่ปนเปื้อนได้ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยธรรมชาติที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพและลดปริมาณเชื้อโรคได้ เช่น แสงแดด ความร้อน ความแห้ง ลม และอากาศที่ถ่ายเทได้สะดวก

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. กระดาษ A4
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ ดินสอสี
5. อุปกรณ์ ได้แก่ อ่างล้างมือพลาสติก แก้วน้ำพลาสติก ของเล่นเด็กเป็นพลาสติก น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก สบู่ น้ำยาฆ่าเชื้อ ไม้ถูพื้น ถังน้ำแอลกอฮอล์เจล สบู่เหลว สบู่ก้อน
6. ใบงานที่ 1 เรื่อง “Big cleaning Activity”
7. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง “การทำความสะอาดสิ่งของ เครื่องใช้ ของเล่น และอาคารสถานที่”
8. แบบประเมินของผู้สังเกต

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคในการจัดกิจกรรม

1. การอภิปราย
2. การสาธิต
3. การฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำความเข้าใจของเครื่องใช้ ของเล่น และอาคารสถานที่ได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนการจัดกิจกรรม แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ (30 นาที)

1. วิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม

ขั้นดำเนินการ (120 นาที)

ขั้นประสบการณ์

3. วิทยากรซักถามและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น “ท่านวิธีการดูแลความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างไรบ้าง”

4. วิทยากรสรุปประสบการณ์วิธีการดูแลความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาพรวม

ขั้นนำไปปรับใช้

5. วิทยากรแจกใบงานที่ 1 และให้แต่ละกลุ่มเข้าประจำฐาน ในฐานะจะมีผู้ช่วยนักวิจัยอยู่ประจำฐาน 1 คน แต่ละฐานใช้เวลา 10 นาที

6. ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มฝึกและแสดงให้กับผู้ช่วยนักวิจัยดู เมื่อหมดเวลา ให้เปลี่ยนฐานไปตามเข็มนาฬิกา

ขั้นสะท้อนและอภิปราย

7. ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมทั้ง 3 ฐาน
8. จากนั้นให้ผู้ช่วยนักวิจัยสะท้อนการฝึกปฏิบัติในภาพรวม พร้อมกับกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นสรุปความคิด

9. วิทยากรอธิบายเพิ่มเติมถึงความสำคัญของการดูแลความสะอาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากใบความรู้ 1

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดในประเด็นที่ว่า “สิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้อย่างไร”

2. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมอภิปรายในกลุ่ม
3. ความถูกต้องในการเลือกอุปกรณ์และขั้นตอนในการทำความสะอาดจากการประเมินของผู้สังเกต

ใบงานที่ 1

เรื่อง “Big cleaning Activity”

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่ม เข้าฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดในแต่ละฐาน โดยให้แต่ละคน เข้าฝึกปฏิบัติ ต่อหน้าผู้ช่วยนักวิจัย จนเสร็จทุกคน เมื่อได้ยินเสียงกริ่งหมดเวลา ให้เปลี่ยนฐานไปตามเข็มนาฬิกา จนครบ ทั้ง 3 ฐาน (ฐานละ 10 นาที)

ใบความรู้ที่ 1

เรื่อง “การทำความสะอาดสิ่งของ เครื่องใช้ ของเล่น และอาคารสถานที่”

เครื่องใช้/อุปกรณ์	การทำความสะอาด	ความถี่
แก้วนํ้าดื่ม ผ้าเช็ดมือ ที่ใช้ส่วนตัว	ทำความสะอาดแก้วนํ้าส่วนตัวด้วยนํ้ายาทำความสะอาด เช่น นํ้ายาล้างจาน	ทุกวัน
	ทำความสะอาดแก้วนํ้าส่วนรวมที่ศูนย์จัดให้ใช้เฉพาะ คน เฉพาะครั้ง ด้วยนํ้ายาทำความสะอาด เช่น นํ้ายา ล้างจาน	ทุกครั้งหลังใช้
	ผ้าเช็ดมือส่วนตัว ควรซักทำความสะอาดด้วย ผงซักฟอกและตากแดดให้แห้ง	ทุกวัน
ที่นอน ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ที่ ใช้ส่วนตัว	ควรซักทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกและตากแดดให้ แห้ง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ของเล่นเด็ก	ไม้ พลาสติก ควรล้างด้วยนํ้ายาทำความสะอาด เช่น ผงซักฟอก นํ้ายาล้างจาน สบู่ หรือนํ้ายาฆ่าเชื้อ แล้ว นำไปตากแดดให้แห้ง	อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ยกเว้นกรณีของเล่นที่เด็ก นำเข้าปากให้ทำความสะอาด สะอาดทุกวัน
	กระดาษ ควรบิดฝุ่นและนำไปตากแดด ส่วนผ้าและ ตุ๊กตาควรซักและนำตากแดดให้แห้ง	
อาคารสถานที่	ภายในอาคาร : พื้นและผนังห้องนอน ห้องเล่น ห้องเรียน ทำความสะอาดด้วยนํ้ายาทำความสะอาด หรือนํ้ายาฆ่าเชื้อ	อย่างน้อย วันละ 1-2 ครั้ง
	ภายนอกอาคาร : บริเวณรอบอาคาร สถานที่ ห้องนํ้า ห้องส้วม ห้องครัว โรงอาหาร บริเวณที่เด็กเล่นใน อาคาร ทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกหรือนํ้ายาฆ่า เชื้อ	อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง

กิจกรรม รู้ผลดีพร้อมก้าวผ่านอุปสรรค

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และช่วยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

โรคมือเท้าและปาก เป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโดยตรง เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก จึงต้องมีการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปากที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมကာป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมา

การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าการที่ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างถูกต้องแล้วนั้น จะก่อให้เกิดผลดีในด้านต่างๆ เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางด้านสุขภาพของเด็ก ลดความสูญเสียงบประมาณทั้งของหน่วยงานและของประเทศในการรักษาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ผู้ดูแลเด็กควรมีการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากร่วมด้วย เพราะการรับรู้ต่ออุปสรรคจะเป็นปัจจัยขัดขวางในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ของผู้ดูแลเด็ก อาทิเช่น การคัดกรองโรคในตอนเช้าเป็นภาระงานที่มากขึ้น การล้างมือบ่อยๆ จะทำให้หน่วยงานสิ้นเปลืองงบประมาณในการซื้อสบู่ หรือการที่ต้องมาทำความสะอาดของเล่นในช่วงวันหยุดเป็นการรบกวนเวลาพักผ่อนของตนเอง เป็นต้น

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากเพิ่มมากขึ้น และลดการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้น้อยที่สุดจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมกาป้องกันโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
3. กระดาษ A4
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ ดินสอสี
5. วีดีโอคลิป “ต้นแบบโรงเรียนป้องกันโรคมือเท้าและปาก”
6. แผ่นเกม Bingo HFMD
7. ฉลากคำทาย Bingo HFMD
8. ใบงานที่ 1 สถานการณ์สมมติ
9. ใบความรู้ที่ 1 ประโยชน์และอุปสรรคจากการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคในการจัดกิจกรรม

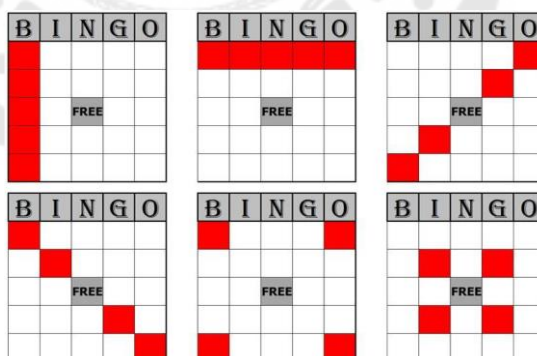
1. การใช้เกม
2. สถานการณ์สมมติ
3. ระดมความคิด
4. การอภิปราย

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก อย่างถูกต้อง ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นนำ (30 นาที)

1. วิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้
2. วิทยากรใช้กิจกรรม Bingo HFMD ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน โดยวิทยากรแจกใบ Bingo HFMD ที่มีข้อความเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละหนึ่งใบ พร้อมทั้งผ่าขวดน้ำอัดลมสำหรับวางบนช่องที่สุ่มจับขึ้นมาได้
3. เมื่อทุกคนพร้อมแล้ว วิทยากรทำการสุ่มจับข้อความเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก พร้อมทั้งประกาศข้อความที่สุ่มจับขึ้นมาได้
4. เล่นไปเรื่อยๆ จนกว่าจะมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถเรียงผ่าขวดน้ำอัดลมตามแนวนอน แนวตั้ง แนวนอนเฉียงหรือ ครบทั้ง 4 มุม ดังภาพ



5. หลังจากนั้น วิทยากรทำการเฉลย อธิบาย และสรุปจากการทำกิจกรรม
6. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็นกลุ่มๆ ละเท่าๆ กัน

ชั้นดำเนินการ (120 นาที)

ชั้นประสบการณ์

7. ผู้วิจัยสอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่าในช่วงที่ผ่านมาสามารถปฏิบัติกาป้องกันโรคมือเท้าและปากเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง

ขั้นสะท้อนและอภิปราย

8. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1 สถานการณ์สมมติ และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและอภิปรายตามใบงาน

9. เมื่อเสร็จแล้วให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนกับกลุ่มอื่นๆ

ขั้นสรุปความคิด

10. ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถามข้อสงสัย

ขั้นนำไปปรับใช้

11. ผู้วิจัยแจกกระดาษ Flip chart ให้กลุ่มละ 1 แผ่น ให้ผู้ดูแลเด็กในแต่ละกลุ่มร่วมกันกำหนดปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ที่ผ่านมา พร้อมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

12. เมื่อเสร็จแล้วให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนกับกลุ่มอื่นๆ และนำผลงานติดไว้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ ได้ศึกษา

ขั้นประสบการณ์

13. จากนั้นวิทยากรเปิดคลิปวิดีโอ “ต้นแบบโรงเรียนป้องกันโรคมือเท้าและปาก” ผู้วิจัยผู้เข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นที่ว่า “ท่านรู้สึกอย่างไรหลังจากได้ดูวิดีโอแล้ว”

ขั้นสะท้อนและอภิปราย

14. จากนั้น ผู้วิจัยแจก Post it ให้แต่ละกลุ่มระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์หรือข้อดีจากการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

ขั้นสรุปความคิด

15. ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถามข้อสงสัย

ขั้นนำไปปรับใช้

16. โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กในแต่ละกลุ่มร่วมกันกำหนดแนวทางป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กที่จะก้าวไปสู่ต้นแบบโรงเรียนป้องกันโรคมือเท้าและปาก พร้อมส่งตัวแทนนำเสนอเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน

17. ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ และผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พร้อมกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจและนำแนวทางที่กำหนดขึ้นมาไปใช้ต่อไป

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิดเห็นในประเด็นที่ว่า “การเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กได้อย่างไร” พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของ พร้อมทั้งทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งสุดท้าย เพื่อปิดโครงการ 1 เดือนถัดไป

การประเมินผล

1. การสังเกตจากความสนใจ การร่วมอภิปรายของกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่
2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน
3. ความถูกต้องของใบงานที่ได้รับมอบหมาย



ฉลากในเกมส์ Bingo HFMD

ข้อที่	ฉลาก
1	EV71 เป็นเชื้อไวรัสโรคมือเท้าและปากที่มีความรุนแรง
2	เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 5 ปี
3	โรคมือเท้าและปากมีการระบาดมากในช่วงฤดูฝน
4	เชื้อโรคมือเท้าและปากจะเข้าสู่ร่างกายทางปาก
5	เชื้อโรคมือเท้าและปากจะพบในอุจจาระได้
6	ไอจามรดกันเป็นการแพร่เชื้อโรคมือเท้าและปาก
7	เด็กป่วยจะมีแผลในปากทำให้เบื่ออาหาร
8	ถ้าเด็กป่วยมีอาการไข้สูง ซึม อาเจียนบ่อยๆ ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที
9	โรคมือเท้าและปากยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค
10	การล้างมือด้วยสบู่ช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้
11	การไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยจะช่วยป้องกันโรคมือเท้าและปากได้
12	การคัดกรองโรคเป็นวิธีป้องกันการแพร่เชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้
13	ผู้ดูแลเด็กควรตัดเล็บให้สั้นจะลดการสะสมของเชื้อโรคได้
14	การล้างมือ 7 ขั้นตอน เป็นวิธีป้องกันโรคที่ง่ายและประหยัด
15	ผู้ดูแลเด็กล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของเด็ก
16	โรคมือเท้าและปากจะระบาดในสถานที่ที่มีความแออัด
17	ใช้แก้วน้ำร่วมกันสามารถแพร่เชื้อโรคมือเท้าและปากได้
18	เด็กป่วยต้องหยุดเรียนอย่างน้อย 1 สัปดาห์
19	ผู้ปกครองตำหนิผู้ดูแลเด็กเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก
20	การเปิดหน้าต่างช่วยให้อากาศระบายได้ดีและทำให้เชื้อเจริญได้ไม่ดี
21	ของเล่นที่เด็กอมหรือเอาเข้าปากต้องทำความสะอาดทุกวัน
22	เด็กป่วยจะเบื่ออาหารจนทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้
23	เด็กที่ขอบอมของเล่นจะโอกาสได้รับเชื้อโรคมือเท้าและปากเข้าสู่ร่างกายมากกว่าเด็กอื่นๆ
24	เด็กที่หายจากโรคมือเท้าและปาก แล้วสามารถเป็นซ้ำได้อีก
25	เมื่อเด็กป่วยมีไข้ควรเช็ดตัวและให้ยาพาราเซตามอล

ตัวอย่าง ตาราง Bingo HFMD

HFMD

BINGO

EV71	ต่ำกว่า 5 ปี	ฤดูฝน	ปาก	อุจจาระ
ไอจาม รดกัน	แผลใน ปาก	ใช้สูง ซีม อาเจียน บ่อยๆ	ไม่มี วัคซีน	การล้าง มือด้วย สบู่
การไม่ คลุกคลี กับ ผู้ป่วย	การคัด กรอง โรค	😊	ตัดเล็บ ให้สั้น	การล้าง มือ 7 ขั้นตอน
น้ำมูก น้ำลาย และ อุจจาระ	ความ แออัด	ใช้แก้วน้ำ ร่วมกัน	ต้อง หยุด เรียน	ผู้ปกครอง ตำหนิ
การเปิด หน้าต่าง	ทุกวัน	ขาด สารอาหาร	อมของ เล่น	ยาพารา เซตามอล

ใบงานที่ 1

สถานการณ์สมมติ

คำชี้แจง :

1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มอภิปรายสถานการณ์สมมติและสรุปประเด็นที่มอบหมาย (15 นาที)
2. ตัวแทนนำเสนอผลงานของกลุ่ม (5 นาที)

สถานการณ์ 1

ครูส้มเป็นผู้ดูแลเด็ก วันนี้เป็นเวรของเธอที่ต้องมารับเด็กและคอยคัดกรองโรคมือเท้าและปาก ก่อนนำเด็กเข้าศูนย์ฯ แต่วันนี้หัวหน้าไม่ว่าที่ศูนย์ฯ และเธอมักจะบ่นให้เพื่อนคนอื่นว่าการคัดกรองโรคมือเท้าและปาก เป็นเรื่องยุ่งยากและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ เธอจึงไม่ออกไปทำหน้าที่ปล่อยให้เด็กเดินเข้าศูนย์ฯ

- ท่านคิดว่า ครูส้มมีปัญหาหรืออุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากหรือไม่ เพราะอะไร?
- ท่านคิดว่า การที่ครูส้มไม่คัดกรองโรคมือเท้าและปาก จะเกิดผลเสียหรือไม่ เพราะอะไร?
- ถ้าท่านเป็นครูส้ม ท่านจะปฏิบัติตามครูส้มหรือไม่ เพราะอะไร?

สถานการณ์ 2

ครูมะม่วงได้ผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันโรคมือเท้าและปาก มาหลายครั้งแล้ว และรู้ว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก จะทำให้เสียชีวิตได้ แต่ครูมะม่วงเองก็ยังละเลยไม่พาเด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้ครบ 7 ขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาก่อนรับประทานอาหาร ครูมะม่วงมักจะบ่นว่าล้างไปก็ไม่เห็นจะมีประโยชน์ แต่ก่อนฉันก็ไม่ได้ล้างอะไรมากมาย เด็กก็ไม่เห็นป่วยด้วยโรคนี้เลย

- ท่านคิดว่า ครูมะม่วงมีปัญหาหรืออุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากหรือไม่ เพราะอะไร?
- ท่านคิดว่า การที่ครูมะม่วงไม่พาเด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ครบ 7 ขั้นตอนจะเกิดผลเสียหรือไม่ เพราะอะไร?
- ถ้าท่านเป็นครูมะม่วง ท่านจะปฏิบัติตามครูมะม่วงหรือไม่ เพราะอะไร?

สถานการณ์ 3

ครูอ้อยทิพย์เป็นคนรักสวยรักงาม ในการอบรมผู้ดูแลเด็กใหม่ที่จะทำหน้าที่ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยากรได้แนะนำว่าให้ตัดเล็บให้สั้น แต่ครูอ้อยทิพย์ก็ยังไว้เล็บยาวทาเล็บสีส้มสวยงาม เธอบอกว่าจะได้สวยงามตลอดเวลาและการไว้เล็บยาวไม่เห็นจะเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าและปาก ตรงไหน

- ท่านคิดว่า ครูอ้อยทิพย์มีปัญหาหรืออุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปากหรือไม่ เพราะอะไร?
- ท่านคิดว่า การที่ครูอ้อยทิพย์ไว้เล็บยาวจะเกิดผลเสียหรือไม่ เพราะอะไร?
- ถ้าท่านเป็นครูอ้อยทิพย์ ท่านจะปฏิบัติตามครูอ้อยทิพย์หรือไม่ เพราะอะไร?

สถานการณ์ 4

ครูแดงไม่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์ฯ มา 2 ปีแล้ว วันนี้เพื่อนร่วมงานลาจึงทำให้ครูแดงไม่ต้องดูแลเด็กคนเดียว หลังจากที่เด็กนอนหลับหมดแล้ว ครูแดงก็ได้เก็บรวบรวมแก้วน้ำที่เด็กใช้แล้วนำไปล้างด้วยน้ำเปล่าและรีบนำไปวางไว้บนชั้นสำหรับใช้ในวันต่อไป ซึ่งครูแดงมองบอกว่าไม่มีเวลาต้องรีบไปดูแลเด็กเลยต้องทำแบบนี้

- ท่านคิดว่า ครูแดงมีปัญหาหรืออุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก หรือไม่ เพราะอะไร?
- ท่านคิดว่า การที่ครูแดงไม่ล้างแก้วน้ำด้วยน้ำเปล่าจะเกิดผลเสียหรือไม่ เพราะอะไร?
- ถ้าท่านเป็นครูแดง ท่านจะปฏิบัติตามครูแดงหรือไม่ เพราะอะไร?

ใบความรู้ที่ 1

ประโยชน์และอุปสรรคจากการป้องกันโรคมือเท้าและปาก

@@@

การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าการที่ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างถูกต้องแล้วนั้น จะก่อให้เกิดผลดีในด้านต่างๆ เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางด้านสุขภาพของเด็ก ลดความสูญเสียงบประมาณทั้งของหน่วยงานและของประเทศในการรักษาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

ผลดีต่อเด็ก

- ✓ สุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคติดต่อ
- ✓ พัฒนาการที่สมวัย
- ✓ ไม่เป็นโรคขาดสารอาหาร
- ✓ ไม่ต้องหยุดเรียน

ผลดีต่อผู้ปกครองเด็ก

- ✓ มีเวลาทำงานสร้างรายได้
- ✓ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย
- ✓ มีความสุขกายและใจ

ผลดีต่อผู้ดูแลเด็ก

- ✓ จัดการเรียนการสอนได้ทันเวลา
- ✓ มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- ✓ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครอง
- ✓ มีความน่าเชื่อถือในงานบริการ

ผลดีต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาล/อบต./ประเทศชาติ

- ✓ ประหยัดงบประมาณในการป้องกันโรค/การดูแลรักษาผู้ป่วย

การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก เป็นการรับรู้ต่อผลกระทบหรือผลเชิงลบที่เกิดตามมาเมื่อผู้ดูแลเด็กปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างถูกต้องตามคำแนะนำ อาทิเช่น

- การคัดกรองโรคเป็นภาระงานที่มากขึ้น
- การล้างมือฟอกสบู่ให้ครบ 7 ขั้นตอน จะทำให้หน่วยงานสิ้นเปลืองงบประมาณและเสียเวลา
- การที่ต้องมาทำความสะอาดของเล่นในช่วงวันหยุดเป็นการรบกวนเวลาพักผ่อน
- การทำความสะอาดของเล่นเด็กบ่อยๆ เป็นงานที่เหนื่อยและเสียเวลา
- การทำความสะอาดห้องน้ำทุกวัน เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ
- ความเร่งรีบเพราะมีผู้ดูแลเด็กน้อย
- งบประมาณมีจำกัด ฯลฯ

กิจกรรม ปิดโครงการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก และความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

-

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. กระดาษสีตัดเป็นรูปใบไม้ ดอกไม้ และผลไม้ อย่างละเท่าจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. กระดาษฟลิปชาร์ตที่วาดภาพต้นไม้ใหญ่ ประกอบด้วย ราก ลำต้น และกิ่งไม้
4. กระดาษกาวใช้ติดใบ ดอก และผลกับต้นไม้
5. ชุดเครื่องเขียน
6. ของที่ระลึก
7. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก แบบวัดการรับรู้ความสามารถของ และแบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา 180 นาที

เทคนิคการจัดกิจกรรม

-

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ชั้นนำ (30 นาที)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน
2. วิทยากรทบทวนกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการนำไปใช้ในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ขั้นดำเนินการ (120 นาที)

3. วิทยากรแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็นกลุ่มๆ ละ 4-5 คน เพื่อนำสู่กิจกรรม “ต้นไม้แห่งการเรียนรู้”
4. วิทยากรแจกกระดาษสีตัดเป็นรูปใบไม้ ดอกไม้ และผลไม้ให้เท่าจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่ม
5. วิทยากรดำเนินกิจกรรม โดยกล่าวนำถึงภาพต้นไม้ใหญ่และอธิบายความหมาย พร้อมทั้งนำให้สมาชิกได้สงบเพื่อทบทวน ครุ่นคิดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด แล้วบันทึกลงในกระดาษที่ได้รับแจก ดังนี้

- ก) ใบไม้ เขียนถึง ข้อเสนอแนะ
- ข) ดอกไม้ เขียนถึง ความรู้ที่ได้รับ
- ค) ผลไม้ เขียนถึง การนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้

6. หลังจากนั้นวิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำใบไม้ ดอกไม้ และผลไม้ ของแต่ละกลุ่มไปติดที่ต้นไม้ โดยใช้กระดาษกาวที่เตรียมไว้

7. วิทยากรดำเนินการสุ่มอ่านตัวอย่างสัก 3-4 ตัวอย่าง และสรุปการเรียนรู้ร่วมกันทั้งหมด
8. วิทยากรแจกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มทดลอง

ขั้นสรุปผล (30 นาที)

1. วิทยากรทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการติดตามอีก 1 เดือนถัดไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ซักถามข้อสงสัย
2. วิทยากรเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารว่างร่วมกัน

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจและมีส่วนร่วมพิจารณาจากการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ได้ข้อมูลระยะติดตามผล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าและปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการทำสนทนากลุ่มความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมที่ครบถ้วนสมบูรณ์

ภาคผนวก จ

บทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ



วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๐๑๖ Vol.23 No.4 October-December 2017 ISSN 1685-1412

หลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารองค์การภาครัฐและเอกชน สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล	International Programs Tourism Industry Nursing Science	หลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารองค์การภาครัฐและเอกชน สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วิทยาศาสตรบัณฑิตการกีฬาและการออกกำลังกาย การออกแบบกราฟิกและมัลติมีเดีย	International Programs Tourism Industry Nursing Science	หลักสูตรระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร เลขานุการทางการแพทย์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต วิศวกรรมชีวการแพทย์ การออกแบบกราฟิกและมัลติมีเดีย ตาชีวอนามัยและความปลอดภัย นวัตกรรมเทคโนโลยีอาหาร
หลักสูตรระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร เลขานุการทางการแพทย์ คริสตศาสนศาสตร์	International Programs Tourism Industry Nursing Science	หลักสูตรระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร เลขานุการทางการแพทย์ คริสตศาสนศาสตร์

สารบัญ

บทบรรณาธิการ	
Editor's Message	
บทความวิจัย	
♦ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก : กรณีศึกษา ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	นิตยา ชุมมาลี 510 Nisara Chummalee
♦ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก : Health Beliefs and Practice in Prevention of Hand, Foot and Mouth Disease - Case Study of Caregivers in a Child Care Center	
♦ ส่วนประกอบทางการตลาดและความรับผิดชอบต่อสังคมที่ส่งผลต่อความตั้งใจซื้อสินค้าจากร้านค้าปลีกแบบดั้งเดิมของผู้บริโภคในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	สุภาวณูชนิ สนิมบุตร 552 Supakarn Tarnonutakul
♦ ส่วนประกอบทางการตลาดและความรับผิดชอบต่อสังคมที่ส่งผลต่อความตั้งใจซื้อสินค้าจากร้านค้าปลีกแบบดั้งเดิมของผู้บริโภคในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	
♦ การประเมินผลโครงการรณรงค์ชุมชน สมทบเขตน และอัตราส่วนทางการเงินของการเพาะปลูกส้มโอบนพื้นที่สวนผลไม้	กมล ชนงูญ 565 Kasarn Chanasa
♦ การประเมินผลโครงการรณรงค์ชุมชน สมทบเขตน และอัตราส่วนทางการเงินของการเพาะปลูกส้มโอบนพื้นที่สวนผลไม้	
♦ ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงใต้	วีไลปอน พูลทะราศ 577 Wileiporn Pularaksa
♦ ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงใต้	
♦ รูปแบบศูนย์จัดการการท่องเที่ยวสุขภาพ	ดร. กนกสิทธิ์ เกียรติวัฒนา 585 Dr. Kornsri Kiewwatanra
♦ รูปแบบศูนย์จัดการการท่องเที่ยวสุขภาพ	
♦ รูปแบบการเรียนรู้ของเพื่อครูและงานวิจัยที่สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกัน	ดร. สุโกศล วานไชยพิทักษ์ 599 Asst.Prof. Sukosol Wanlayapitak
♦ รูปแบบการเรียนรู้ของเพื่อครูและงานวิจัยที่สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกัน	
♦ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้โปรแกรม Mini-English Program ในโรงเรียนมาตรฐานสากลที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อ	นิรพนธ์ พิพนโพนชัย 614 Niraporn Pibpaiyong
♦ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้โปรแกรม Mini-English Program ในโรงเรียนมาตรฐานสากลที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อ	

◆ ผลของการพยาบาลเชิงรุกที่ผู้ป่วยขาหักของผู้ป่วยกระดูกสันหลัง ภายใต้การผ่าตัดด้วยวิธีการกระดูกงูภายใน	อรภาณี รัตนชากร ๒๖5 Korhkleo Rattanachankorn
มหาดวงวิชาการ	
◆ บทบาทของผู้ตรวจสอบภายในต่อการจัดการความเสี่ยงองค์กร ในยุคไทยแลนด์ 4.0	ดร. พัทธกรณ์ ดวงจันทร์ ๒๖๖ Dr. Patcharaporn Duangchurn
◆ อphanแบบโมเดลธุรกิจอย่างไรให้ประสบความสำเร็จ	ดร. ดวงสมร อดิชากร ๒๖๗ Dr. Duangsamorn Adichakorn
◆ ความคิดสร้างสรรค์ : สิ่งซึ่งขาดหายไปในระดับอุดมศึกษา	ประพนธ์ศักดิ์ ตานสุพรรณ ๒๖๘ Prapansak Tanasupharn
◆ ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย	ชัชวาล วงศ์สารี ๒๖๙ Chulchavarn Wongsaaree





วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

Christian University of Thailand Journal

ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม - ธันวาคม) ๒๕๖๕ Vol. 23 No. 4 (October - December) 2017 ISSN 1683-5431

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บรรณาธิการบริหาร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทวีจิรา วงษ์มงคล

บรรณาธิการ : อาจารย์ ดร. อภินันท์ อินทวิสิน

คณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร. กาญจนก นาคนกุล	สำนักราชบัณฑิตยสภา
2. ศาสตราจารย์ เกวีกเกียรติ พิพัฒน์เสถียรธรรม	ธีรราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
3. ศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ พลอสกุลแก้ว	เจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุทธศาสตร์ (พระนครไทย)
4. ศาสตราจารย์ ดร.ทวีป หิรัญคณี	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูโงกุลย์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุทธศาสตร์
6. ศาสตราจารย์ ดร.เมธีวรรณ บุญสนอง	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
7. ศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ ไชรนวิจิตรอำมร	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
8. ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต ทุมเจริญกุล	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
9. ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.สมอาจ วงษ์มงคล	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิธา แซ่เอ็งฮงสิค	อุบลราชธานีราชวิทยาลัย
11. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล กิระพิบูลย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้ววง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13. รองศาสตราจารย์ ดร.เกษ วัฒนศิริ	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
14. รองศาสตราจารย์ ดร.มิ่งศรี ศรีสมรส	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
15. รองศาสตราจารย์ ดร.สุพันธ์ กิ่งมิ่ง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
16. รองศาสตราจารย์ ดร.สิบลูก อัญมณี	มหาวิทยาลัยศิลปากร
17. รองศาสตราจารย์ ดร.กรไทย พรหมพิริยะ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
18. รองศาสตราจารย์ ดร.อภาพ ฝั้ววัฒนา	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
19. รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ชินสังกูร	เจ้าพระยาอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
20. รองศาสตราจารย์ ดร.วิณี ภูจินทรวิเศษ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
21. รองศาสตราจารย์ ดร.สมบุญ สิริธรทรัพย์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
22. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนทร กลิ่นพวง	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

คณบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

23. รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจรัตน์ สุวรรณพงษ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
24. รองศาสตราจารย์ ดร.บุษยิณี สุนทรนิรมิต	มหาวิทยาลัยบูรพา
25. รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมาภรณ์ ช่างเหล็กวงศ์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
26. รองศาสตราจารย์ สมนิระพันธ์ มั่งคั่งบุญสืบ	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
27. รองศาสตราจารย์ ศาสตราจารย์ ดร.โสมณี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
28. รองศาสตราจารย์ จันทิมาภัทรา เกษมธนา	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
29. รองศาสตราจารย์ อัจฉรา ช่างศรกุลศิริ	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
30. รองศาสตราจารย์ ไฉฉา นิธิคุณวงศ์ดี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
31. รองศาสตราจารย์ สมนิณี พิญชีวันนิรมิต	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
32. รองศาสตราจารย์ นงนิตย์ ภูมิวิไลสาร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จิรา ม่วงทอง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมวรรณ บุญกิจ	มหาวิทยาลัยศิลปากร
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมาภรณ์ ขอบผล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ภัทรี	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศิลปากร
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัทนีย์ นิยมจันทร์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ อภิวัฒน์ประทีป	นักวิชาการอิสระ
39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษยิณีจิรา ชินทรัพย์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนาภรณ์ นิธิธรรมสง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ภัทรี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมล สันติสุข	สถาบันวิจัยและพัฒนาบริการศาสตร์
43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภมาส ช่างไม้	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนิตย์ ดร.นงนิตย์ นิธิคุณวงศ์ดี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
45. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรมิตธรรม บวรสุพรรณสุนทร	วิทยาลัยสงฆ์ธรรม
46. ดร.นงนิตย์ธรรม บุญธิวัฒน์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
47. ดร.นงนิตย์ธรรม บุญธิวัฒน์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
48. ดร.นงนิตย์ธรรม บุญธิวัฒน์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก :
กรณีศึกษา ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*
Health Beliefs and Practice in Prevention of Hand, Foot
and Mouth Disease: Case Study of Caregivers in a Child Care Center**

อิสรา จุเมกาลี**
ดร.วิชุดา กิจธรรม***
ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง****
ดร.พัชรี ดวงจันทร์*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลเด็กจำนวน 7 คน คัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก 2) การรับรู้ความรุนแรงจากโรคมือเท้าปาก 3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าปากและในส่วนของ การปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปากนั้นพบว่ามี 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) อนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก 2) การดูแลเด็ก และ 3) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดังนั้น ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากให้กับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

*ปริญญาโทระดับศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

****รองศาสตราจารย์อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Abstract

The purposes of this qualitative research were to explore the health beliefs and practice in prevention of Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) of caregiver in a child development center in a province of the Northeast region. A key informant was 7 caregivers. Purposive sampling with specific criteria was used. In-depth interview and observation without participation were applied for data collection. The results found that 4 elements which were health beliefs consisted of 1) perceived

susceptibility 2) perceived severity 3) perceived benefits and 4) perceived barriers. There are 3 aspects of HFMD prevention consisted of 1) personal hygiene of caregivers 2) childcare and 3) environmental care within the child development center. Therefore, the results of the study should be used to develop a program for behavioral modification related to Hand, Foot and Mouth Disease prevention to caregivers in the child development center.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคมือเท้าปาก (Hand Foot and Mouth Disease : HFMD) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยพบการระบาดได้ทุกภูมิภาคทั่วโลกซึ่งในทวีปเอเชียพบว่ามีแนวโน้มการระบาดสูงขึ้นในหลายประเทศ เช่น จีน เวียดนาม กัมพูชา ไทย เป็นต้น (World Health Organization Western Pacific Region, 2013) โรคมือเท้าปากเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มเอ็นเทอโรไวรัส (Enterovirus) เช่น ไวรัสด็อกแซกกีเอ (Coxsackie A) หรือบี (Coxsackie B) และไวรัสเอ็นเทอโร 71 (Enterovirus 71) โดยทั่วไปผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากจะมีอาการที่ไม่รุนแรง อาการที่พบได้บ่อยคือมีไข้สูงมาก่อนหลังจากนั้นอีก 1-2 วัน ต่อมาจะมีแผลในปากซึ่งมีลักษณะคล้ายแผลร้อนในส่วนใหญ่พบที่บริเวณคอหอย หากเป็นมากจะลามมาที่ลิ้นและกระพุ้งแก้มเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเบื่ออาหารต่อมาจะเกิดตุ่มหรือมีผื่นสีแดงเล็กที่ฝ่ามือฝ่าเท้ามีผื่นอยู่ทั้งด้านข้างของนิ้วฝ่าเท้ามีผื่นอยู่ที่ลิ้นแท้ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถหายได้เองแต่ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงซึ่งมักมีไข้สูงร่วมกับอาการทางระบบประสาทเช่นชักเยื้องันสมองอักเสบสมองอักเสบแขนขาอ่อนแรงซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2550: Graham, 2007)

สถานการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปากในประเทศไทยในปี 2558 ที่ผ่านม พบผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก

จำนวน 37,330 ราย และเสียชีวิต จำนวน 3 ราย และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2559 จะมีผู้ป่วยประมาณ 70,000 ราย โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน (มิถุนายน-กรกฎาคม) ซึ่งจะมีผู้ป่วยมากกว่า 10,000 รายต่อเดือน (สำนักสารนิเทศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าปาก ได้แก่ กลุ่มเด็กเล็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงได้มากกว่าเด็กโตจึงมักพบการระบาดของโรคนี้ในโรงเรียนอนุบาล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉพาะในสถานที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะและอยู่รวมกันอย่างแออัด (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ณ ปัจจุบัน โรคมือเท้าปากยังไม่มียาสำหรับป้องกันและไม่มียาที่ใช้ในการรักษาเฉพาะ เมื่อเด็กติดเชื้อโรคมือเท้าปากแพทย์จะให้การรักษาตามอาการเท่านั้น เช่น ยาลดไข้ ยาชา เป็นต้นดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ถูกต้องเช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังการรับประทานอาหารแยกของใช้ส่วนตัวออกจากกัน ไม่ใช้ภาชนะในการรับประทานอาหารร่วมกันใช้ช้อนกลางและหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน เป็นต้น การปฏิบัติดังกล่าวช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากและโรคติดต่อทางระบบทางเดินอาหารได้เช่นโรคอุจจาระร่วง โรคไวรัสตับอักเสบเอ (Jinadu, Adegbenro, Esmal,

Ojo, and Oyeleye, 2007; Luby, Halder, Huda, Unicomb, and Johnston, 2011; Torneret et al., 2012: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาก พบว่า การที่ผู้ดูแลเด็กมีการรักษาสุขอนามัยที่ดี จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อของเด็กลงได้ เช่น ผลการวิจัยในต่างประเทศ ที่พบว่า การที่บุคลากรในศูนย์รับเลี้ยงเด็กตอนกลางวันมีการปฏิบัติด้านสุขอนามัยที่ดีจะช่วยลดการติดเชื้อของเด็กลงได้ (Kotch et al., 1994; Kotch et al., 2007) และผลการวิจัยในประเทศก็พบผลไปในทิศทางเดียวกันว่าผู้ดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ดีจะช่วยลดการติดเชื้อในรชนบางชนิดหายใจและการเกิดอุจจาระร่วงของเด็กลงได้ ($r = -0.37$ และ -0.28 ตามลำดับ) (เกศรา เสงี่ยม, แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร และลักขณา คงแสง, 2555) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ถูกต้องจะช่วยลดการติดเชื้อโรคมือเท้าปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลงได้เช่นเดียวกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาก พบส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (นาตยา สุขจันทร์ตรี, ชนภาค วรณพรศิริ, สำโรจน์ สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2555 ; วิชาภา แสนนิมิตชัยกุล และปริยภัทล วัฒนกุล, 2559 ; แสงดาว เกษตรสุนทร, นงเยาว์ เกษตรวิมล และจิตตดาภรณ์ จิตวีระ, 2558; สมพงษ์ ภูมิมิพา, 2557) และงานวิจัยเชิงทดลอง (อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช, 2556; ภัทราวราณา และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2558) ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพพบเพียงหนึ่งเรื่องที่ศึกษาถึงการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าปากในเขตภาคเหนือ พบว่า ผู้ดูแลเด็กและเด็กมีการล้างมือจริงแต่ไม่ถูกต้องตามขั้นตอนของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งมีการใช้ผ้ากันเปื้อนร่วมกันในเด็กและในบางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีการใช้ถุงมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปาก (พัชรนาวรรณ ไพศาลภส, 2554) และจากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาและทำความเข้าใจถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก

ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่เกิดโรคมือเท้าปากโดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาก่อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปากตามมุมมองการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่เกิดโรคมือเท้าปากว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากให้กับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปากจากมุมมองของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

แนวคิดที่ใช้ในการงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ที่อธิบายว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนี้มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตรวมทั้งการปฏิบัติที่นั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้และไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับข้อ เช่น ค่าใช้จ่ายความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น ร่วมกับการใช้แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย

เชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษา (Case study) ซึ่งผู้วิจัยใช้ศึกษาปรากฏการณ์ที่สามารถอธิบายได้โดยผ่านการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตลอดจนความคิด ความรู้สึกต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคมือเท้าปากอย่างต่อเนื่องและยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาโรคมือเท้าปากในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะงานศึกษาเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กและการป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กอปรกับจังหวัดดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถติดต่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาได้สะดวกและเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นคนที่ในพื้นที่และปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลเด็ก โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่มีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าปากติดต่อกันในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558) มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 10 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย ซึ่งมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 12 แห่ง กระจายอยู่ใน 3 อำเภอ จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ยินดีให้ข้อมูล จำนวน 10 แห่ง ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แห่งละ 1 คน พบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เริ่มมีตัว คือมีรูปแบบของคำตอบซ้ำๆ เดิมในผู้ดูแลเด็กคนที่ 7 ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดและสำหรับเครื่องมือที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ คือ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับแก้ไข และนำไปทดลองใช้ โดยเก็บรวบรวมกับผู้ดูแลเด็ก จำนวน 3 คน และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ตัวอย่างแนวคำถามทั่วไป เช่น อายุ การศึกษาระดับสูงสุด รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก และจำนวนเด็กที่ต้องดูแลและแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปาก เช่น โรคมือเท้าปากในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร ในแต่ละวันท่านมีวิธีการดูแลความสะอาดของตนเองอย่างไร ท่านมีวิธีการดูแลและจัดการความสะอาดให้เด็กอย่างไร ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคใดบ้างที่ทำให้การป้องกันโรคมือเท้าปากไม่ประสบผลสำเร็จ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับนายกเทศบาล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเข้าถึงแก่กับผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการให้สัมภาษณ์ 2) ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการหลักและใช้การสังเกตร่วมด้วยในขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถาม โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทปตลอดการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และมีการบันทึกภาคสนามทันทีหลังการสัมภาษณ์ถึงบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ลักษณะท่าทาง สีหน้า และน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลและ 3) เมื่อการสัมภาษณ์แล้วเสร็จ ผู้วิจัยถอดผลการสัมภาษณ์ คำต่อคำ และสรุปประเด็นที่สำคัญนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งห่างจากครั้งแรก 3 สัปดาห์ ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่น่าสนใจจากผู้ให้ข้อมูลรายอื่นๆ การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยเริ่มด้วยการจัดระเบียบข้อมูล

ให้อยู่ในรูปแบบเอกสารให้เป็นระเบียบและระบบ จากนั้นจึงแตกข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วทั้งหมดออกเป็นหน่วยย่อยๆ ตามความหมายเฉพาะของแต่ละหน่วย โดยผู้วิจัยถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง ถอดแบบชนิดคำต่อคำ จากนั้นผู้วิจัยเลือกเอาหน่วยที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ทำการวิเคราะห์มาให้ชื่อหรือให้ "รหัส" เป็นกาหนดข้อมูลลง กำหนดรหัสสั้นๆ ขึ้นมาแทนความหมายสำคัญที่ข้อความนั้นสื่อออกมา ขั้นตอนคือการนำเอาข้อมูลที่แตกออกเป็นหน่วยย่อยๆ และที่ได้รับการกำหนดรหัสเรียบร้อยแล้วกลับมารวมเข้ากันใหม่ รวมข้อมูลเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะความสัมพันธ์ที่หน่วยย่อยนั้นสัมพันธ์กัน เพื่อสะดวกในการอ่านเพื่อหาความหมาย ข้อสรุป และตีความ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีความถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริงโดยทำการตรวจสอบข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังจากการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง เป็นการตรวจสอบในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 วิธี คือ 1.1) การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิทยาการ (Methodological triangulation) ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตควบคู่กันไปในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งเพื่อพิจารณาความเชื่อมโยงและสอดคล้องของข้อมูล 1.2) การตรวจสอบสามเส้าด้านความตรงของข้อมูล (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้มาโดยการอ่านหวนข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล 2) การตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดเป็นหัวข้อและอ่านหวนทวนให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟัง (Member checking) (ชาย โพธิ์สิตา, 2554)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายโดยทำหนังสือเพื่อขอใบจริยธรรมการวิจัย ซึ่งได้รับแบบขอเสนอการวิจัยเลขที่ SWUEC-278/59E จากนั้นได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการไปยังผู้ให้ข้อมูลโดยมีการนัดหมายวันเวลาสัมภาษณ์ตามที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการขออนุญาตบันทึกเสียงทุกครั้ง และมีมาตรการที่รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยจะมีการปกปิดชื่อ นามสกุล แต่ใช้นามสมมติขึ้น และอธิบายผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลอันเนื่องมาจาก

การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนการขอให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งให้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้สัมภาษณ์

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ และส่วนที่ 3 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิงจำนวน 7 คน มีอายุระหว่าง 40-58 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 6 คน และระดับปริญญาโทจำนวน 1 คน มีรายได้ระหว่าง 15,000-22,000 บาทต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลเด็กอยู่ในช่วง 13-22 ปี และมีจำนวนเด็กที่ต้องดูแลระหว่าง 21-51 คน

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก 2) การรับรู้ความรุนแรงจากโรคมือเท้าปาก 3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าเด็กที่ตนเองดูแลนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมือเท้าปากได้ ซึ่งจำแนกได้ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ภาพร้อมฤดูฝน อยู่กันแออัด เด็กเล็กภูมิต้านทานต่ำ มือไม่สะอาดเพิ่มความเสี่ยง ใช้ของร่วมกัน ไอจามรดกัน และกอดจูบสัมผัสโรค

1.1 ภาพร้อมฤดูฝนจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กพบว่าโรคมือเท้าปากจะมีกระแสมากในช่วงฤดูฝนด้วยสภาพอากาศที่ชื้นและแฉะทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดี 'ที่สังเกตดูนะโรคนี้มันมาตามฤดูฝน ช่วงเดือนพฤษภาคมมันก็เริ่มมาแล้ว' (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 2)

1.2 อยู่กันแออัด ผู้ดูแลเด็กพบว่า เด็กจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมือเท้าปากมากเมื่อเด็กมาอยู่รวมกันจำนวนมากและสถานที่นั้นมีความแออัด

‘ตามที่ที่เข้าใจนะ โรคนี้มันติดต่อกันได้ง่ายมาก เด็กในศูนย์มักอยู่ด้วยกันจำนวนมาก เล่นด้วยกันตลอดเวลา’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 3)

1.3 เด็กเล็กภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่าเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นจะมีภูมิต้านโรคต่างๆ น้อยกว่าเด็กโตซึ่งจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมือเท้าปากได้ง่าย

‘อีกอย่างหนึ่งก็คือภูมิคุ้มกันโรคของเด็กยังไม่ค่อยเยอะ ไม่เหมือนพวกเด็กโตแล้วพวกนี้ภูมิคุ้มกันหลาย’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

1.4 มือไม่สะอาดเพิ่มความเสี่ยงเด็กเล็กเป็นวัยที่ชอบจับขอบเล่น ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนว่า เด็กที่ไม่ล้างมือจะยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือเท้าปากมากกว่าเด็กที่ล้างมือเป็นประจำ

‘ในมุมมองของพี่คิดว่าตัวเด็กก็มีส่วนนะ คือเด็กชอบเล่นชน เขามือไปจับโน้นจับนี้ เขาของเล่นเกอมนบ้าง บางทีเขาน้ำลายไปป้ายตามโต๊ะ เก้าอี้ และไม่คอยขยี้ล้างมือ ย้ยบวิทคนอื่นส้นเค้าจะให้ล้างมือล้างเท้าแล้ว’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 2)

1.5 ใช้ของร่วมกันผู้ดูแลเด็กระบุว่า การที่เด็กใช้ของร่วมกันจะทำให้เด็กติดโรคมือเท้าปากได้ เพราะเชื้อโรคมือเท้าปากจะมีอยู่ในน้ำลายของเด็กที่ป่วย

‘หรือบางทีมันก็ติดกันง่ายอย่าง ใช้พวกแก้วน้ำด้วยกัน เด็กๆ จะชอบกัตชนแล้วแบ่งให้คนอื่นกินด้วยแบบนี้ก็เสี่ยงได้เหมือนกัน ถ้าไม่มีเชือกก็ไปนะ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

1.6 ให้อาหารร่วมกัน การที่เด็กเล็กมาอยู่ร่วมกันจำนวนมาก บางครั้งอาจมีเด็กที่ป่วยแต่ยังไม่มีอาการของโรคมารเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเมื่อเล่นคลุกคลีกันจะทำให้เด็กคนอื่น ๆ ได้รับเชื้อจากการให้อาหารร่วมกันได้

‘โรคนี้มันติดต่อกันได้เนาะค้ะหรือบางทีเด็กให้อาหารใส่กันเพียงเท่านี้ก็สามารติดเชื่อได้แล้วค้ะ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

1.7 กอดจูบสัมผัสโรคผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เชื่อว่า การที่ผู้ดูแลเด็กมีการกอดหรือหอมแก้มเด็กบ่อยๆ การกระทำดังกล่าวสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคให้กับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

‘อีกอย่างคือผู้ดูแลเด็กที่ชอบหอมแก้มเด็กๆ ที่เป็นการแสดงความรักนั้นก็เสี่ยงเพราะโรคนี้มันติดกันทางการสัมผัส กอดจูบ กัยเด็กที่ป่วยนะะ นี่เป็นมุมมองส่วนตัวนะ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 7)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่า เมื่อเด็กที่ตนเองดูแลเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าปากแล้วจะเกิดส่งผลกระทบต่อผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งนี้จำแนกออกได้ 5 ประเด็น ได้แก่ สุขภาพกายและใจของเด็ก ผู้ปกครองขาดรายได้และติดเชื้อผู้ดูแลเด็กถูกตำหนิ ปิดศูนย์ทำความสะอาด และค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น

2.1 สุขภาพกายและใจของเด็ก ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ว่าโรคมือเท้าปากเป็นโรคติดต่อที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็กทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่ว่าแข็งแรงไม้อ และหากมีการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องก็อาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้

‘โรคนี้เจ็บทำให้สภาพร่างกายอ่อนแอ ร่างกายไม่แข็งแรง ทานข้าวไม่ได้ กินนมไม่ได้ร้องไห้กระอะ งอแงเพราะเจ็บปากทำให้ไม่กล้ากลืนส่งผลกระทบต่อระบบร่างกายอวัยวะภายใน’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 2)

‘พัฒนาการทางด้านจิตใจก็ลดลง ไม่ว่าแข็งแรงไม่แข็งแรง ยิ่งถ้าหยุดเรียนนานๆ พอกลับมาเรียนก็เหมือนต้องมาปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่อีก มันเหมือนหยุดชะงักใช้เวลาร่วมเดือนเลยกว่าจะกลับคืนเหมือนเดิมคะ มาเริ่มใหม่ ปรับตัวใหม่ ครูก็เหนื่อย’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

‘ในมุมมองของพี่โรคนี้เป็นโรคที่น่ากลัวนะ ถ้าไม่ดูแลดีดีเห็นข่าวในทีวีบอกว่ามีเด็กตายจากโรคมือเท้าปาก เราก็กังวลไม่อยากจะเกิดกับเด็กในศูนย์ของเรา’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 1)

2.2 ผู้ปกครองขาดรายได้และติดเชื้อผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่าเมื่อเด็กเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา เกิดความเครียด ขาดงานและขาดรายได้ ตลอดจนสามารถติดเชื้อโรคมือเท้าปากจากเด็กได้ด้วย

‘เห็นข่าวในบ้านเราแต่ละปี เด็กก็ป่วยด้วยโรคนี้กันเยอะมากเลยนะ คิดดูว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กแต่ละคนจะมากเท่าไร อันนี้ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค ค่าเสียเวลาต่างๆ ทั้งของครู เด็ก และผู้ปกครอง ถ้าหากเราป้องกันได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ก็คงจะดีนะ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 6)

“ในส่วนผู้ปกครองก็ได้รับผลกระทบเหมือนกันนะ พอลูกป่วยพ่อแม่ก็ไม่มีจิตใจจะไปทำงาน มีความเครียดและกังวลต่อการเจ็บป่วยของลูก” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 3)

“ผู้ปกครองก็ต้องหยุดมาดูแลลูกหลานนะ บางคนอาจชีพต้องไปรับจ้างก็ต้องขาดรายได้ คนหนึ่งไม่ทำงาน อีกคนก็ต้องมาดูแลเด็กที่ป่วย” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 7)

“...ถ้าผู้ปกครองป้องกันตนเองไม่ดีก็สามารถจะติดเชื้อจากเด็กได้ด้วยเพราะโรคนี้ติดต่อกันง่ายมาก...” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

2.3 ผู้ดูแลเด็กถูกตำหนิ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่าตัวผู้ปกครองมีความคาดหวังว่า ผู้ดูแลเด็กจะต้องดูแลบุตรหลานของตนเป็นอย่างดี หากเด็กป่วยผู้ปกครองจะถูกตำหนิหรือไม่พอใจการทำงานของผู้ดูแลเด็กด้วย

“ผู้ปกครองอาจมองว่า ผู้ดูแลเด็กดูแลเด็กไม่ดี เพราะทำให้ลูกหลานแค่ว่าป่วยติดเชื้อโรค” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 6)

2.4 ปิดศูนย์ทำความสะอาดผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าปากจำนวนมากจะต้องปิดศูนย์และมีภาระที่ต้องมาทำความสะอาดครั้งใหญ่ด้วย

“พวกที่ก็ต้องมาทำความสะอาดครั้งใหญ่ทั้งหมดเลย ทั้งของใช้ โต๊ะ เก้าอี้ ของเล่นเด็กต้องทำความสะอาดทั้งหมด...เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อมันแพร่กระจายออกไป” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 1)

“ทางศูนย์ก็ต้องปิดศูนย์อย่างน้อยก็ 7 วัน และต้องมีการทำความสะอาดครั้งใหญ่ด้วยการใช้ไฮเตอร์แบบเข้มข้นผสมกับน้ำใช้ทำความสะอาดพื้น ซักที่นอน ซักปลอกหมอน ทำความสะอาดของเล่น” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

2.5 ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดการระบาดของโรคมือเท้าปากขึ้นในพื้นที่หน่วยงานต่างๆ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ต้องเสียเวลาและงบประมาณมาซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันโรคมมากขึ้น

“ถ้ามีเด็กในศูนย์เป็นโรคมือเท้าปากทาง อบต. ก็ต้องมีมาดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำ ความสะอาด และก็ต้องมาคิดหาวิธีการป้องกันไม่ให้มีเด็กป่วยในศูนย์อีกน่าจะประมาณนี้ละ” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 3)

3. การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการที่ตนเองมีพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ นั้นจะมีผลดีทั้งต่อตัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง

จำแนกได้ 4 ประเด็น ได้แก่ เด็กสุขภาพดี สุขใจ พ่อแม่สบายใจ ไม่ต้องปิดศูนย์นานๆ และประหยัดงบประมาณ

3.1 เด็กสุขภาพดี สุขใจ ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าหากตนเองมีการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ดีจะทำให้เด็กไม่ป่วย มีสุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการในด้านต่างๆ ที่สมวัย ได้มาเรียนหนังสือและเล่นกับเพื่อน

“...มีประโยชน์แน่นอนคะ ง่ายๆ นะ ให้ดีกว่าเด็กในศูนย์นี่คือลูกของเรา เราจะยังไงให้เค้ามีความสุขกายใจสมบูรณ์แข็งแรง ยิ่งเด็กของเราไม่ป่วย เด็กก็จะมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง ได้มาเรียนหนังสือ มาเล่นกับเพื่อนๆ เด็กก็จะพัฒนาการที่ดีขึ้นไปตามลำดับ...” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 3)

3.2 พ่อแม่สบายใจ การที่ผู้ดูแลเด็กมีการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ดีส่งผลทำให้เด็กมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าปากทำให้ผู้ปกครองเกิดความมั่นใจและสบายใจในการทำงานของผู้ดูแลเด็กเพิ่มขึ้น

“มีผลดีต่อความสบายใจของผู้ปกครองด้วย ผู้ปกครองก็จะมีความมั่นใจว่าเราดูแลลูกหลานของเค้าได้เป็นอย่างดี ปลอดภัยไม่เป็นโรค มีพัฒนาการที่สมวัย” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 2)

3.3 ไม่ต้องปิดศูนย์นานๆ ผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่าหากตนเองมีการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ดีไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก ทำให้ไม่ต้องปิดศูนย์หลายวันซึ่งส่งผลดีต่อการจัดเรียนการสอนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

“ถ้าเด็กไม่ป่วย เรายังไม่ต้องปิดศูนย์เพื่อทำความสะอาด เด็กก็ได้มาเรียน ครูก็ได้ทำงาน ไม่เสียเวลา” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 1)

“เราก็ได้ทำการเรียนการสอนได้อย่างเต็มที่ เด็กก็ได้เรียนรู้ตามที่เราได้กำหนดไว้” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

3.4 ประหยัดงบประมาณ ผลโดยอ้อมที่ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าเกิดจากการป้องกันโรคมือเท้าปากของตนเองนั้นคือ ช่วยประหยัดเรื่องงบประมาณของหน่วยงานที่ต้องนำไปใช้ในการป้องกันโรคมือเท้าปากในช่วงการระบาดของโรค

“ทาง อบต. ก็ไม่ต้องเสียงบประมาณไปซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรคมมาใช้ในช่วงที่โรคระบาด ถ้าเราป้องกันไว้ดีมันก็จะช่วยประหยัดงบประมาณได้นะ” (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าปาก ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีอุปสรรคหรือปัญหาที่คอยขัดขวาง การป้องกันโรคมือเท้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำแนกได้ 3 ประเด็น ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอความยุ่งยากในการ ของงบประมาณและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ

4.1 บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีจำนวนผู้ดูแลเด็กที่ไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กจะทำให้ การป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำได้ ไม่ทั่วถึง

‘ปัญหาก็มีบ้างนะคะ คือผู้ดูแลเด็กมีจำนวน น้อยดูแลเด็กๆ ได้ไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร ไม่มีเวลาทำทั้งหมด ทุกอย่างนะคะ พวกที่ก็พยายามทำความสะอาดตามที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วน ตำบล มาแนะนำให้เต็มที่เลยคะ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 1)

4.2 ความยุ่งยากในการของงบประมาณ ผู้ดูแล เด็กรับรู้ว่าการขออนุมัติงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคมือเท้าปากเป็นสิ่งที่ยุ่งยากไม่ ยืดหยุ่นและเอื้อต่อการปฏิบัติ

‘ปัญหาก็คือ เราจะของงบได้ยากมาก อย่างปีนี้ ขออนุมัติซื้อไอศกรีมเพื่อทำความสะอาดสื่อการเรียนการสอน ของเด็ก แต่เราก็ต้องมีหมายเหตุตลอด ต้องชี้แจงให้ ชัดเจน...’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

4.3 ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมืออุปสรรค สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อต่างๆ รวมทั้งโรคมือเท้า ปากนั้น คือ การที่ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือในการ นำเด็กป่วยกลับบ้านโดยให้เหตุผลว่าไม่มีคนดูแลซึ่งจะ ส่งผลเสียให้มีการระบาดของโรคมากยิ่งขึ้น

‘ปัญหาก็มีนะคะ คือเรื่องของความไม่เข้าใจ ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการคัดกรองโรค อันนี้รวมทั้งโรค มือเท้าปากด้วยนะ คือ ผู้ปกครองเค้าไม่ค่อยให้ความ สำคัญนะ เค้าต้องการส่งลูกหลาน ทั้งที่เด็กมีไข้ น้ำมูก ไอ ซึ่งอาการเหล่านี้มันติดต่อกันได้ง่ายมาก บาง คนก็ยอมเอาลูกหลานกลับบ้าน บางคนก็ไม่ยอมก็ทำให้ คนทำงานหนักใจคะ (ถอนหายใจ) เค้าก็อ้างว่าไม่มีคนดูแล ต้องออกไปรับจ้าง ถ้าเราจะตอบปฏิเสธไปก็จะมีเสียงมา ว่าไม่มีน้ำใจ ชาวบ้านก็จะเอาไปนินทาคนอื่นอีก’ (ผู้ดูแลเด็ก คนที่ 6)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การ ป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ อนามัย ส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก การดูแลเด็กและการดูแล สิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1. อนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กผู้ดูแลเด็ก มีการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันโรค มือเท้าปาก เช่น กินร้อน ช้อนกลาง การล้างมือด้วยสบู่ และการแยกของใช้ส่วนตัวออกจากเด็ก

‘ผู้ดูแลเด็กต้องเป็นตัวอย่างในเรื่องสุขลักษณะ ที่ดี เช่น การล้างมือ กินร้อนช้อนกลาง เหมือนคำที่ว่า (ทำท่า ทำ คิด) ตัวอย่างที่ดีมีค่ามากกว่าคำสอน’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 1) ‘มาที่ศูนย์ก็ต้องล้างมือก่อนเลยนะเพื่อเราจะได้สะอาด เรา ก็เน้นการล้างมือด้วยน้ำสะอาดและฟอกสบู่ด้วยนะให้ บ่อยๆ ทำเหมือนเด็กๆ ทุก 7 ขั้นตอนเลยนะ อย่างเวลาที่ เราไปสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือตอนไปล้างกันให้เด็ก ก็ต้องรีบล้างมือให้สะอาดทุกครั้งเพราะเราต้องไปจับอุ ปกรณ์หรือสัมผัสเด็กๆ ในศูนย์อีกหลายคน’ (ผู้ดูแลเด็ก คนที่ 2)

‘...ของใช้ส่วนตัวของที่ ที่ก็แยกไม่ปนกับของ เด็ก บางที่เราช่วยถ้าเราไปใช้ร่วมกับเด็ก เด็กก็จะติดเชื้อ โรคจากเราได้ ของใช้ก็จะมีหลักๆ คือ แก้วน้ำ ผ้าเช็ดมือ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

2. การดูแลเด็กผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติด้านการ ดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปาก เช่น การตรวจสุขภาพ ทั่วไป การตรวจเล็บมือ ฟัน ผม การตรวจดูตุ่มตามมือ เท้าและปาก เมื่อพบเด็กที่น่าสงสัยจะมีการส่งต่อไปที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสอนและพาเด็กล้างมือ 7 ขั้นตอน มีการแยกของใช้ของเด็กแต่ละคนออกจากกัน และการดูแล ไม่ให้เด็กอมของเล่น

‘ที่ก็จะคอยรับและตรวจดูว่าเด็กแต่ละคน มีอาการผิดปกติไหม มีไข้ ไอ หรือน้ำมูกหรือเปล่า ตรวจดู ความสะอาดของร่างกาย เล็บมือยาวไหม ถ้ายาวก็จะตัด ให้ ดูมว่ามีเหาหรือเปล่า’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 3)

‘คือก็เริ่มมาที่ศูนย์เด็กเล็กก่อนเจ็ดโมงเช้าแล้ว ตอนเช้าที่ผู้ปกครองมาส่งเด็ก เราก็จะตรวจดูเด็กว่ามีอาการ ผิดปกติหรือไม่ เราก็จะตรวจหู ตูปาก ตรวจมือ เราก็จะดู ว่าเป็นตุ่มขึ้นมากไหม ใบบากมีแผลไหม’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

‘เราก็จะดูว่าเด็กมีไข้ไหม มีตุ่มมีอะไรไหมที่เข้าได้กับโรคมือเท้าปาก ถ้าสงสัยเราจะมียอด EMS ของเทศบาลไปส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโทรแจ้งผู้ปกครองให้ทราบทันที’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 2)

‘กิจกรรมก็จะมีสอนและพาเด็กล้างมือ 7 ขั้นตอนด้วยสบู่เหลว ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังจากเข้าห้องน้ำเสร็จแล้ว และหลังการทำกิจกรรมภายนอกที่มีมือต้องไปจับกับสิ่งสกปรก คือเราจะเน้นความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

‘ส่วนของใช้สำหรับเด็ก พวกแก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ที่นอน หมอน จะแยกกันไม่ใช้ปนกัน’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 6)

‘เวลาเด็กเล่นหรือทำกิจกรรมเราก็ต้องคอยสังเกตให้ดีเพราะวัยนี้เป็นช่วงที่ชอบดม ชอบเอาของเข้าปาก’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

3. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติด้านการดูแลความสะอาดแต่จะมีความถี่ในการปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละแห่งเช่น การปิดกวางดและถูพื้นห้องด้วยน้ำยาถูพื้น การขัดและทำความสะอาดห้องน้ำด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำ การทำความสะอาดโต๊ะเก้าอี้ และของเล่น การกำจัดขยะมูลฝอย และการเปิดหน้าต่างเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

‘ตอนเช้าพี่มาถึงศูนย์ต้องกวาดและถูพื้นห้องด้วยน้ำยาถูพื้นทุกวันละครั้งละ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 1)

‘ห้องน้ำจะสกปรกเพราะเด็กเค้ายังใช้หรือรดน้ำลงลิ้นไม่เป็นเราก็ต้องคอยดูแล ล้างทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง เข้ายืนด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำ’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 3)

‘จำพวกของเล่นที่เป็นของแข็ง เช่น ตัวต่อของเล่น เราจะทำเดือนละครั้งล้างและตากแดดให้แห้ง’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 4)

‘ขยะส่วนใหญ่ก็จะเป็นกล่องนม ถุงขนมที่เก็บใส่ถุงดำและนำไปทิ้งทุกวัน’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 6)

‘เราเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพราะที่คิดว่าเชื้อโรคพวกนี้จะเติบโตได้ดีในที่ชื้นๆ และๆ เลยต้องทำให้สภาพโดยรวมแห้งและสะอาด’ (ผู้ดูแลเด็กคนที่ 5)

อภิปรายผล

ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เด็กจะเป็นโรคมือเท้าปาก เช่น การระบาดของโรคมีมากในช่วงฤดูฝน การอยู่รวมกันแออัด การใช้สิ่งของร่วมกัน เป็นต้น ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปากนั้น ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีโรคมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตัวเด็ก ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหน่วยงานต้นสังกัด สอดคล้องกับแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมือเท้าปากแล้ว จะทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันไม่ให้เด็กที่ตนเองดูแลป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก รวมถึงมีวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเนื่องจากทราบอันตรายของการเกิด โรคมือเท้าปากแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก (พิชชาภรณ์ บศิริรัฐ, 2557: ๓๒๖-๓๒๗) และชนัส กนกเทศ, 2560)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าปากซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพเด็กและด้านอื่นๆ เช่น เด็กสุขภาพดี พ่อกับแม่สบายใจ ไม่ต้องปิดศูนย์นานๆ ประหยัดงบประมาณและมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าปาก เช่น การมีบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ความยุ่งยากในการของงบประมาณ ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น เมื่อผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ดังกล่าวแล้วจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้นจะคำนึงถึงข้อดีหรือประโยชน์ที่จะได้รับเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากสอดคล้องกับแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคมือเท้าปาก จะทำให้เกิดการแสวงหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรครวมถึงหลีกเลี่ยงพฤติกรรมด้านลบ ในการก่อให้เกิดโรคแก่เด็กที่ตนเองดูแลซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของพิชชาภรณ์ บศิริรัฐ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

ไปประเด็นเหตุการณการป้องกันโรคมือเท้าปาก พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติที่ครบถ้วนทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก เช่น การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร การใช้ช้อนกลาง การแยกของใช้ของตนออกจากเด็ก ด้านการดูแลเด็ก เช่น การตรวจสอบสุขภาพทั่วไป การสอนและพาเด็กล้างมือ 7 ขั้นตอน การดูแลไม่ให้เด็กอมของเล่น และด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น การปิดกวาดและปูพื้นห้องด้วยน้ำยาถูพื้น การฉีดและทำความสะอาดห้องน้ำด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อในห้องน้ำ การกำจัดขยะมูลฝอย และการเปิดหน้าต่างเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล ที่แนะนำไว้ว่า การป้องกันโรคที่ได้ผลดีและคุ้มค่าที่สุด คือการป้องกันในระยะก่อนได้รับเชื้อ โดยที่ผู้ดูแลเด็กจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองและเด็กเป็นอย่างดี เช่น ความสะดวกของที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมที่สะอาดถูกสุขลักษณะ สะอาด ไม่แออัด อากาศถ่ายเทสะดวก และมีแสงแดดส่องถึงซึ่งการมีพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ของผู้ดูแลเด็กนั้นจะช่วยป้องกันโรคมือเท้าปากที่จะเกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เป็นอย่างดี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และสอดคล้องกับผลงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กหรือครูผู้ดูแลเด็กป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับดี (วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล, และปริญญกุล รัชชกุล, 2559; อัจฉิมา ชนกุล, 2558)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ผลจากการวิจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าปาก : กรณีศึกษาผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1.1 จากการวิจัย พบว่าการที่ผู้ดูแลเด็กมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต่องั้นจะส่งผลต่อการป้องกันโรคมือเท้าปากได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอ

1.2 จากการวิจัย พบว่าการไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันโรคมือเท้าปากประการหนึ่งดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สิ่งกีดขวางการปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการขยายขอบเขตในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาให้มีขอบเขตมากขึ้น เช่น ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กในศูนย์รับเลี้ยงเด็กเอกชน โรงเรียนอนุบาลทั้งของภาครัฐและเอกชน เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ได้ข้อค้นพบที่หลากหลายหรือช่วยยืนยันผลการศึกษามากกว่าได้ครอบคลุมมากขึ้น

2.2 เพื่อเป็นการยืนยันผลการวิจัยในครั้งต่อไปในการวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพไปออกแบบเป็นชุดฝึกอบรมหรือโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของชุดฝึกอบรมหรือโปรแกรมดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กมากขึ้นเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าและปากและการติดเชื้อแอนแทรกซ์ไวรัสสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก). สงขลาสาคร : บริษัท บอรัณ ฟู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.
- เกศราเสงงามแจ่มจันทร์กุลวิจิตรและลักขณาแดงแสง. (2555). 'ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กที่รับบริการที่ฝ่ายพัฒนาเด็กปฐมวัย'. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 32(1) :11-26.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐวุฒิ อุดมสารและชนัช กนกเทศ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตตำบลชุมตาบง อำเภอชุมตาบง จังหวัดนครสวรรค์. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 4, 10 มีนาคม 2560 ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์ : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- นิตยา สุขจันทร์ตรี ชมนาด วรณเพรศิริ สาโรจน์ สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์.(2555). 'ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กเล็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร'. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 6(1): 52-62.
- พัชรารณ บดีรัฐ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอสามกระวี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรารณ ไพศานมาส. (2554). การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปาก อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทร วาสนา และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2550). 'ประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมตามบริบทที่เน้นความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก'. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 4(2) : 7-18.
- วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล และปรีกษ์มล รัชกุล. (2559). 'ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กวัยก่อนอนุบาลและผู้ปกครอง'. วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร.21(3) : 336-351.
- สมพงษ์ ภูมิวิฟ้า. (2557). 'พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์'. วารสารวิจัยและพัฒนาชุมชนสุขภาพ. 7(1) : 195-203.

- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). กรมควบคุมโรค พยากรณ์ 5 โรคสำคัญและ 4 ภัยสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังในปี 2559 คาดว่าไข้เลือดออกจะพบผู้ป่วยถึง 1.6 แสนราย และใช้ห้อง ใหญ่กว่า 7.2 หมื่นราย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2559, จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=78450.
- แสงดาว เกษตรสุนทร นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และจิตตภาภรณ์ จิตวีเชื้อ. (2548). "ปัจจัยทางกายภาพตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าและปากของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้". *พยาบาลสาร*. 42(1) : 74-84.
- อุดมลักษณ์ เพ็ชรสุขเวช. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือเท้าปากในวัยเด็กโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉิมา ชนะกุล. (2558). "พฤติกรรมของครูต่อการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่". *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 8(3) : 453-468.
- Graham. B.S. (2007). *Hand-Foot-Mouth Disease*. [Online]. Retrieved January 14, 2017, from <http://www.emedicine.com/derm/topic175.htm>.
- Jinadu. M.K., Adegbenro. C.A., Esmail. A.O., Ojo. A.A., & Oyeleye. B.A. (2007). "Health promotion intervention for hygienic disposal of children's faeces in a rural area of Nigeria". *Health Education Journal*. 66(3) : 222-228.
- Kotch. J.B., & et al. (1994). "Evaluation of an hygienic intervention in child day-care centers". *Pediatrics*. 94(6) : 991-994.
- Kotch. J.B., & et al. (2007). "Hand-washing and diapering equipment reduces disease among children in out-of-home child care centers". *Pediatrics*. 120(1) : 829-836.
- Luby. S.P., Halder. A.K., Huda. T., Unicomb. L., & Johnston. R. B. (2011). "The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: an observational study". *PLoS Med*. 8(6) : 81001052.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). "Social learning theory and the health belief model". *Health Education Quarterly*. 15(2) : 175-183.
- Torner Gràcia. N., & et al. (2012). "Factors associated to duration of hepatitis A outbreaks: implications for control". *PLoS One*. 7(2) : 831339.
- World Health Organization Western Pacific Region. (2013). *Emerging Disease Surveillance and Response Hand, Foot and Mouth Disease*. [Online]. Retrieved December 1, 2013, from http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/HFMD.Biweekly.21Aug2013.pdf.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายอิสรา จมมาลี
วัน เดือน ปี เกิด	7 พฤษภาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2549 ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต (ภบ.) สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2562 ปริญญาเอกปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	99/1052 หมู่ 1 หมู่บ้านชลลดาสุวรรณภูมิ ตำบลศิระชะจรเข้โน้อย อำเภอบางเสด็จ จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	-