



ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด
โรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

PREVALENCE IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE MEASURES AND ASSOCIATED
RISK FACTORS OF HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN EARLY
CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTERS IN TAMBON BANDU
MUEANG DISTRICT CHIANG RAI PROVINCE

ณัททัย รักประชา

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด
โรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

PREVALENCE IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE MEASURES AND ASSOCIATED
RISK FACTORS OF HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN EARLY
CHILDHOOD DEVELOPMENT CENTERS IN TAMBON BANDU
MUEANG DISTRICT CHIANG RAI PROVINCE

ณัททัย รักประชา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด
โรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย

Prevalence Implementation of Preventive Measures and Associated Risk
Factors of Hand Foot and Mouth Disease in Early Childhood
Development Centers in Tambon Bandu Mueang District
Chiang Rai Province

ผู้ประพันธ์ ณฑทัย รักประชา

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุดมศักดิ์ นาคกุล

ประธานกรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรดนัย ศรีจันทร์

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรดนัย ศรีจันทร์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช)

คณบดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภพ สุทธนะ)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรตณัย ศรีจันทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานศึกษาวิจัย ในทุกขั้นตอนตลอดจนให้กำลังใจอันเป็นผลทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทุก ๆ ท่าน สำหรับความร่วมมือและความกรุณาที่เสียสละให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณ สำหรับทุนสนับสนุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ประจำปีงบประมาณ 2567

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอขอบพระคุณ พนักงานเจ้าหน้าที่ ในสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือ

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ ครอบครัวของข้าพเจ้า ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน และเป็นกำลังใจสำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้ คุณประโยชน์อันใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้ศึกษา ขอมอบให้กับบิดา มารดา ครอบครัว คณาจารย์ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

ณัททัย รักประชา

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์

ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้ประพันธ์

ณัททัย รักประชา

หลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรณัย ศรีจันทร์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์หนูช

บทคัดย่อ

ความเป็นมา อุบัติการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนมากมักพบการระบาดของโรคในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มเสี่ยงเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก และปัจจัยด้านสุขอนามัยและการจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยซึ่งต้องได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคมือ เท้า ปาก ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้ใช้รูปแบบการสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical-cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ปกครอง 389 คน ครูผู้ดูแลเด็ก 49 คน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 11 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน chi square และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปรโดยใช้สถิติพหุถดถอยลอจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการศึกษา อัตราความชุกของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก เท่ากับร้อยละ 26.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือเท้าปาก คือ รายได้ ผู้ดูแลหลัก จำนวนเด็กในบ้าน ระดับความรู้ของผู้ปกครอง ระดับพฤติกรรมของผู้ปกครอง และยังพบว่าจำนวนเด็กในบ้านเท่ากับหรือมากกว่า 2 คน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก 1.86 เท่าของบ้านที่มีจำนวนเด็กหนึ่งคน การประเมิน

สิ่งแวดล้อม พบว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 63.64 ซึ่งสถานที่พัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ต่อเนื่องทุกปี

สรุปผลและข้อเสนอแนะ ความชุกของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตเทศบาลบ้านดู่อยู่ในระดับสูงเด็กเล็กที่อยู่ครอบครัวที่มีรายได้สูง ป่วยตายเป็นผู้เลี้ยงดู ความรู้ของผู้ปกครอง พฤติกรรมของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ควรประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

คำสำคัญ: เด็ก, ผู้ปกครอง, ครูผู้ดูแลเด็ก, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย, โรคมือ เท้า ปาก



Thesis Title	Prevalence Implementation of Preventive Measures and Associated Risk Factors of Hand Foot and Mouth Disease in Early Childhood Development Centers in Tambon Bandu Mueang District Chiang Rai Province
Author	Nahathai Rukpracha
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Assistant Professor Peeradone Srichan, Ph. D.
Co-Advisor	Assistant Professor Pilasinee Wongnuch, Ph. D.

ABSTRACT

Background The incidence of Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) in Chiang Rai, Thailand, is increasing trend and the most common outbreak in early childhood development centers. Children aged under 5 years are a susceptible group. Factors contributing to the outbreak of HFMD include personal hygiene of children, parents, and child caregivers in the centers, and hygiene practices and environmental management in early childhood development centers, which follow a quality standards of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.

Objective To assess the prevalence and analyze factors associated with HFMD in Ban Du Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province.

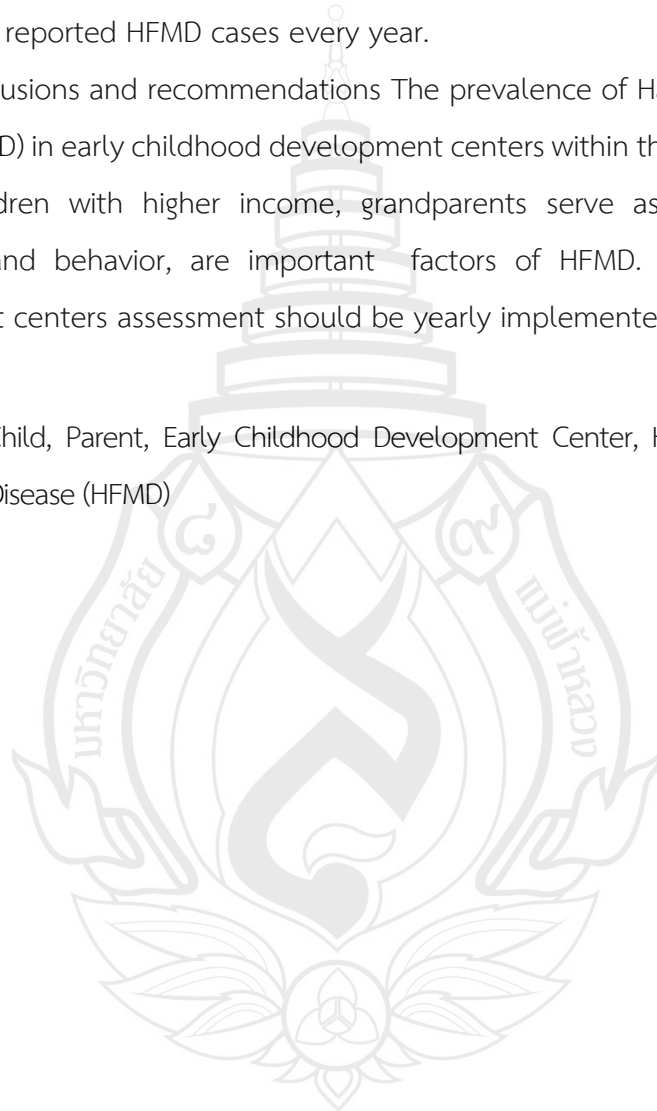
Methods An analytical cross-sectional study was conducted to collect the information using questionnaires and environmental checklists. The participant consisted of 389 parents, 49 child caregivers, and 11 early childhood development centers. Descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean, were analysed and inferential statistics such as chi-square tests and multiple logistic regression were analyzed to find association between variables.

Results The prevalence of Hand, Foot, and Mouth Disease was 26.7%. Factors associated with the transmission of HFMD were household incomes, primary caregiver,

number of children in the household, parental knowledge level, and parental behavior. Having two or more children in the household had 1.85 (95% CI = 1.07-3.21) times greater odds of getting HFMD than those individuals who have one child. Environmental assessments of the 11 early childhood development centers revealed that 63.64% met the required standards while. The under standard centers were continuously reported HFMD cases every year.

Conclusions and recommendations The prevalence of Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) in early childhood development centers within the Ban Du Municipality is high. children with higher income, grandparents serve as caregivers, parental knowledge and behavior, are important factors of HFMD. The early childhood development centers assessment should be yearly implemented.

Keywords: Child, Parent, Early Childhood Development Center, Hand Foot and Mouth Disease (HFMD)



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 ขอบเขตของงานวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	4
1.5 กรอบแนวคิด	6
2 การทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมือ เท้า ปาก	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรค	12
2.3 บริบทของตำบลบ้านคู อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย	14
2.4 สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก	17
2.5 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	19
2.6 แนวคิดในการดำเนินงานมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค	23
2.7 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	28
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
3 ระเบียบวิธีวิจัย	42
3.1 รูปแบบวิธีวิจัย	42
3.2 พื้นที่การศึกษา	42
3.3 กลุ่มประชากรศึกษา	42
3.4 กลุ่มตัวอย่าง	42
3.5 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	43
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการพัฒนาเครื่องมือ	45
3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	50
3.8 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	51
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	52
3.10 ขั้นตอนการเตรียมการและดำเนินการวิจัย	52

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3.11 จริยธรรมการวิจัย	53
4 ผลการศึกษา	54
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง	54
4.2 ลักษณะทั่วไปของเด็ก	57
4.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก	58
4.4 ลักษณะทั่วไปของสภาพแวดล้อมภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	60
4.5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตาม คุณลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก ด้วยสถิติไคสแควร์	64
4.6 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตาม คุณลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก	68
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	71
5.2 สรุปผลการศึกษา	76
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	77
5.4 ข้อเสนอแนะ	77
5.5 ข้อเสนอแนะการศึกษาในครั้งถัดไป	81
รายการอ้างอิง	82
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์	89
ภาคผนวก ข ความเที่ยงตรง (Validity)	90
ภาคผนวก ค ความเชื่อมั่น (Reliability)	98
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้งานการวิจัย	99
ประวัติผู้ประพันธ์	121

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 ตารางแสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling)	44
3.2 ตารางแสดงการเก็บข้อมูลครูผู้ดูแลเด็ก	44
4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ปกครอง	54
4.2 ลักษณะทั่วไปของเด็ก	57
4.3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก	59
4.4 ลักษณะทั่วไปของสภาพแวดล้อมภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	61
4.5 ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	64
4.6 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตาม คุณลักษณะของผู้ปกครอง	65
4.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตามคุณลักษณะของ ผู้ปกครองและเด็ก	78

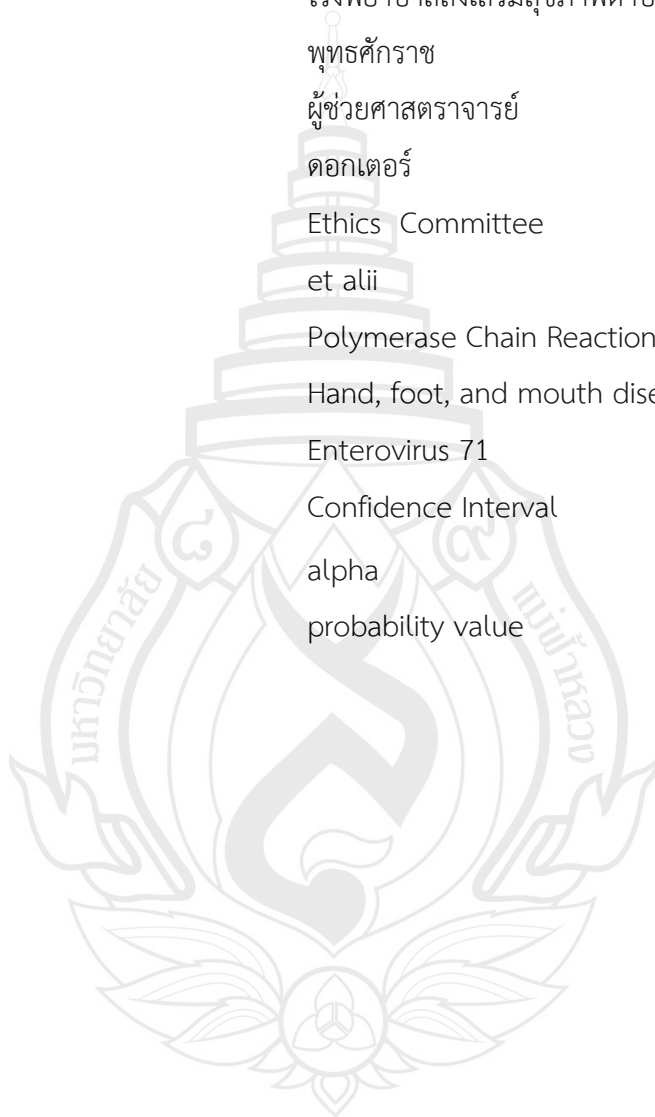
สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
2.1 ลักษณะการเกิดโรคและการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันถึงการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)	9
2.2 แบบจำลอง "Knowledge, Attitude, and Practice"	29



อักษรย่อและสัญลักษณ์

อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รพ.	โรงพยาบาล
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
พ.ศ	พุทธศักราช
ผศ.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.	ดุษฎีบัณฑิต
EC	Ethics Committee
et al	et alii
PCR	Polymerase Chain Reaction
HFMD	Hand, foot, and mouth disease
EV 71	Enterovirus 71
CI	Confidence Interval
α	alpha
p-value	probability value



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก WHO ได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก (*Hand Foot and Mouth disease*) เป็นภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุขรูปแบบใหม่ที่มีการติดเชื้อขนาดใหญ่โดยเฉพาะในเด็กที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก รวมทั้งประเทศไทย (1) ซึ่งพบผู้ป่วยและเกิดการระบาดได้ทั่วโลก อัตราการเกิดโรคมือ เท้า ปาก มีอัตราการเกิดสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2564 อัตราอุบัติการณ์ต่อปีอยู่ระหว่าง 98.81 รายต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2561 และ 435.63 รายต่อ 100,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2563 (1) โรคมือ เท้า ปากส่วนใหญ่พบในเขตประเทศเขตร้อนชื้น ซึ่งจะมีการเกิดโรคนี้ได้ตลอดปี และพบมากช่วงฤดูฝน อากาศเย็นและมีความชื้น รายงานการระบาดรุนแรงที่มีสาเหตุจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ในหลายประเทศแถบภูมิภาคเอเชีย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย และมีการระบาดเป็นวงกว้างในหลายประเทศได้แก่ประเทศจีน ญี่ปุ่น ไต้หวัน สิงคโปร์ กัมพูชา เวียดนาม และไทย (2) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยมอบหมายให้สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ร่วมกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เริ่มมีการเฝ้าระวังให้รายงานพร้อมทำการสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 และป้องกันควบคุมโรคนับตั้งแต่นั้นมา (2) โดยได้เพิ่มเติมให้โรคมือ เท้า ปาก ในระบบรายงานผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงต่อโรค คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในพื้นที่ที่อยู่กันอย่างแออัด และถ้ามีการระบาดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่เด็กคนอื่น ๆ ได้ และความรุนแรงของโรคก็จะเพิ่มมากขึ้น (2)

โรคมือ เท้า ปาก (*Hand Foot Mouth disease*) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดเฉียบพลัน มักพบการระบาดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งมีการระบาดในช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-สิงหาคม) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร (*Enteroviruses*) ที่พบเฉพาะในมนุษย์ พบได้หลายสายพันธุ์ เช่น *Coxsackie A*, *Coxsackie B* โดยทั่วไปโรคนี้มีอาการไม่รุนแรง แต่ถ้ามมีการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอาการป่วยรุนแรง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ สมองอักเสบ ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย ระบบหายใจล้มเหลว และอาจรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ (2) จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากสำนัก

ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าเด็กมากกว่า 2 ใน 3 ที่ป่วยเป็นโรคมือเท้า ปาก เป็นเด็กที่อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด (2) เนื่องจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นสถานที่ที่เด็กเล็กไปอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคสู่เด็กคนอื่น ๆ ได้ง่าย ซึ่งเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำจึงมีโอกาสป่วยได้บ่อยโดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ โรคมือเท้า ปาก โรคอุจจาระร่วง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กคือ อาการไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผลที่ตามมาคือ ภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งการติดเชื้ออาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย ผู้ปกครองต้องหยุดงานและไม่สามารถไปทำงานได้ เพื่อที่จะดูแลเด็กที่บ้าน รวมถึงความน่าเชื่อถือของ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (2) ซึ่งในสภาพสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาเลี้ยงดูบุตรหลานด้วยตนเอง อันเนื่องจากต้องใช้เวลาเพื่อการประกอบอาชีพ หารายได้เลี้ยงครอบครัว (3) จึงนำบุตรหลานไปฝากเลี้ยงใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก (4)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทยในปี 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 33,757 รายคิดเป็นอัตราป่วย 50.68 ต่อแสนประชากร ปี 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 192,60 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 29.10 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย ปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 98,982 รายคิดเป็นอัตราป่วย 148.58 ต่อแสนประชากร แสคน (5) และสถานการณ์โรค มือ เท้า ปาก ของเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 10,895 รายคิดเป็นอัตราป่วย 185.46 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่พบอัตราป่วยต่อต่อแสนประชากร คนสูงสุด 5 อันดับแรก คือลำพูน รองลงมา คือ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา และแพร่ตามลำดับ ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0-5 ปี (5) ข้อมูลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดเชียงรายน้อยหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2561-2565 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจำนวน 2,162, 2,178, 792, 2,750, 2,573 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 167.61, 168.16, 61.08, 212.07, 198.16 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 2,573 ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก อัตราป่วยต่อแสนประชากร สูงสุด 5 ลำดับแรก คือ อำเภอเมืองเชียงราย (43.10), อำเภอแม่จัน (37.93), อำเภอเวียงป่าเป้า (37.50), อำเภอนาน (29.31) และอำเภอเทิง (25.43) ตามลำดับ (6) และสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ของตำบลบ้านดู่ ปี 2564 พบผู้ป่วย 28 ราย อัตราป่วย 178.43 ต่อแสนประชากร ปี 2565 พบผู้ป่วย 52 ราย อัตราป่วย 331.38 ต่อแสนประชากร และปี 2566 พบผู้ป่วย 43 ราย อัตราป่วย 244.02 ต่อแสนประชากร

จากข้อมูลพบว่าแนวโน้มการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงรายสูงขึ้นเนื่องจากอำเภอเมืองเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในจังหวัดเชียงราย ซึ่งตำบลบ้านดู่เป็นพื้นที่มีขนาดใหญ่ของอำเภอเมืองเป็นพื้นที่เขตเมืองซึ่งพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี อีกทั้งตำบลบ้านดู่เป็นแหล่งที่เป็น

ศูนย์กลางของเศรษฐกิจของอำเภอเมืองเชียงราย มีสนามบินนานาชาติ เป็นศูนย์กลางทางการศึกษา มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวน 11 แห่ง มีโรงแรมและรีสอร์ทในพื้นที่จำนวนมาก มีประชากรแฝงจำนวนมาก รวมถึงแรงงานต่างด้าว จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ การเติบโตของเมือง ทำให้สังคมชนบทลดน้อยลง และมีความหลากหลายของชนชาติพันธุ์ ทำให้การรับรู้ข่าวสาร ทักษะคติ พฤติกรรมของประชาชนมีความแตกต่างกัน โรคมือ เท้า ปาก จึงส่งผลการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่อื่นเนื่องมาจากมีปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพของเด็ก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ หากมีเด็กป่วยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองต้องพาเด็กไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อพบการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก จะมีการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยครั้งละ 5-7 วัน เพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคบริเวณพื้นผิว อาคาร ของเล่น ของใช้ต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง เนื่องจากไม่สามารถนำบุตรหลานมาฝากไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการายได้ การประกอบ อาชีพ การดำเนินชีวิต และเกิดภาวะเครียดถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก สำหรับครูผู้ดูแลเด็กเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน เช่น การบริหารจัดการภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การดูแลอาคารสถานที่และอนามัยสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนวัสดุ-อุปกรณ์ในการดูแลป้องกันควบคุมโรค เป็นต้น แต่ก็ยังพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี และยังไม่สามารถลดปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา เพื่อให้ทราบถึง ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งจะนำผลการศึกษาปัจจัยที่สำคัญไปกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและส่งเสริมแก้ไขปรับปรุงมาตรการการดำเนินงานให้เหมาะสม เมื่อทราบข้อมูลแล้วจะเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังควบคุมโรคมือเท้าปากในพื้นที่ เป็นแนวทางการทำแผนสุขศึกษา รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก การสังเกตอาการป่วยระยะเริ่มแรก หากผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ก็จะทำให้มีการป้องกันเพื่อไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก และจะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยรวม

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อประเมินความชุกของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคมือ เท้า ปาก ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.3 ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบการสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical-cross-sectional study) ในผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 1 ปี

1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

นิยามศัพท์เฉพาะเพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยที่ตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้นิยามความหมายของคำต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1.4.1 การเกิดโรคมือ เท้า ปาก หมายถึง ผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือ เท้า ปาก โดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์

1.4.2 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานที่ดูแลและให้การศึกษาแก่เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ คือโรงเรียนสาธิตในมหาวิทยาลัย ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.4.2 เด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่เข้าเรียนที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.4.3 ผู้ปกครอง หมายถึง บิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็ก และนำเด็กมาฝากเลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.4.4 ครูผู้ดูแลเด็ก หมายถึง บุคลากรที่แต่งตั้งจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ เพื่อปฏิบัติหน้าที่หลักในการอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ให้เด็กเล็กมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา

1.4.5 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก หมายถึง การมีความสัมพันธ์และมีความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย พี่ป้า น้าอา

1.4.6 ความรู้เรื่องการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก หมายถึง การที่ผู้ปกครองของเด็กและครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เข้าใจโรคมือ เท้า ปาก เชื้อก่อโรค อาการของโรค การแพร่กระจาย การดูแลและรักษาโรคมือเท้าปาก การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และควบคุมโรค มือ เท้า ปาก

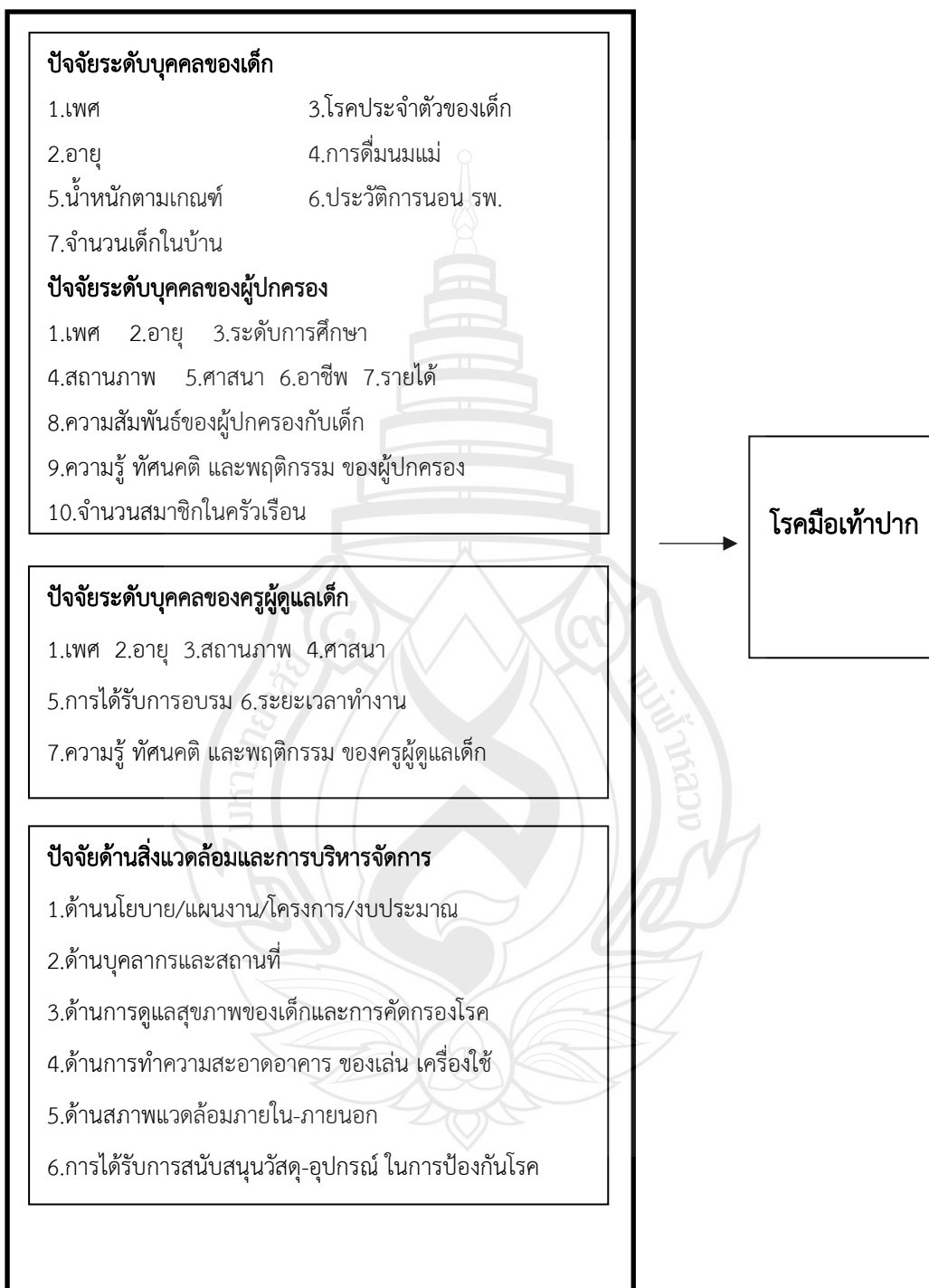
1.4.7 ทักษะ หมายถึง ทักษะของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ในการดูแล และการป้องกัน ควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในเด็ก

1.4.8 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก หมายถึง การที่ผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

1.4.9 สิ่งแวดล้อมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สภาพแวดล้อมทั้งภายในภายนอกตัว อาคาร การระบายอากาศ การป้องกันแมลง และพาหะนำโรค ห้องน้ำ ห้องส้วม เครื่องใช้สำหรับเด็ก



1.5 กรอบแนวคิด



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมือ เท้า ปาก
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรค
- 2.3 บริบทของตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
- 2.4 สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก
- 2.5 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
- 2.6 แนวคิดในการดำเนินงานมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค
- 2.7 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมือ เท้า ปาก

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

2.1.1.1 ความหมายของโรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth Disease)

โรคมือ เท้า ปาก มาจากภาษาอังกฤษที่เรียกว่า (*Hand Foot Mouth Disease*) เรียกชื่อย่อ สั้น ๆ คือ HFMD ตามคำนิยามที่เสนอไว้ในเอกสารวิชาการขององค์การอนามัยโลก “A Guide to Clinical Management and Public Health Response For Hand Foot and Mouth Disease (HFMD)” พ.ศ. 2553 ให้คำนิยามไว้ (1)

โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร สายพันธุ์ของ *T6N picornavirus* เชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด คือ *Coxsackievirus A16* รองลงมาคือ *Enterovirus 71* และ *Coxsackievirus A4-10, B2 และ B5* (1)

โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่มีลักษณะทางเวชกรรม คือ ไข้ มีตุ่มพอง พบบ่อยที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และมีแผลในปาก ซึ่งอาจจะพบผื่นบริเวณผิวหนัง ที่เป็นตุ่มพองใสและไม่เป็นตุ่มพอง (7)

โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่อและทำให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งจะมีการแพร่ระบาดในช่วงฤดูฝน ฤดูหนาว สามารถพบได้ในเด็กโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง ซึ่งจะพบเกิดโรคในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและการแพร่ระบาดในวงกว้าง (8)

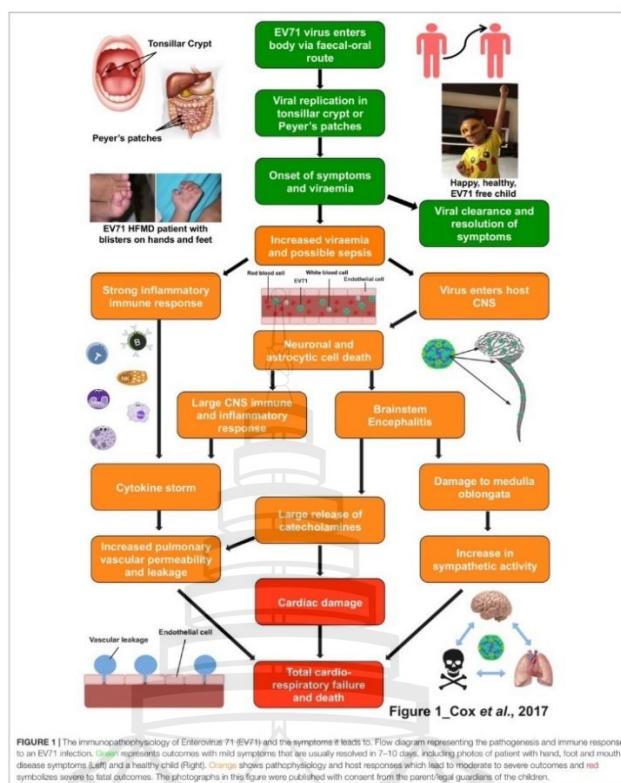
สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย ได้ให้ความหมายของโรคมือ เท้า ปาก ว่าเป็นโรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็กโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มักมีการระบาดช่วงฤดูฝน สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโร ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง กรณีที่มีอาการสมองอักเสบร่วมด้วย มักเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ซึ่งมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ (9)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของโรคมือ เท้า ปาก คือ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร ที่พบเฉพาะในมนุษย์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ มักพบการติดเชื้อในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการป่วย อาจพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดเมื่อย เป็นต้น จะพบอาการดังกล่าว 3-5 วัน จะสามารถหายได้เอง บางรายจะมีอาการรุนแรง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อไวรัสที่มีการติดเชื้อ (2)

สรุปความหมายของโรคมือ เท้า ปาก คือ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร มีหลายสายพันธุ์ พบได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง กรณีที่มีอาการสมองอักเสบร่วมด้วย มักเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ซึ่งมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้

2.1.1.2 ลักษณะของโรค

โรคมือ เท้า ปาก ส่วนใหญ่พบได้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเชื้อไวรัสจะแพร่ผ่านทางระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ สามารถติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดเมื่อย จะมีอาการประมาณ 3-5 วัน สามารถหายได้เองบางรายอาจมีอาการไข้ ร่วมกับตุ่มขึ้นที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และในปาก โดยตุ่มแผลในปาก ส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อน ลิ้น กระพุ้งแก้ม เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กไม่ดื่มนม ไม่รับประทานอาหารเพราะเจ็บ อาจมีน้ำลายไหล บางรายอาจไม่พบตุ่มพองแต่อย่างใด แต่บางรายจะมีอาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อจากเอนเทอโรไวรัส 71 อาจจะมีอาการทางสมองร่วมด้วย โดยเป็นแบบชนิดที่ไม่รุนแรง หรือมีอาการคล้ายโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงอาจเสียชีวิต จะเป็นแบบโรคสมองอักเสบ ซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (brain stem) อาการหัวใจวายหรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (10) ซึ่งสรีรวิทยาทางภูมิคุ้มกันของเชื้อไวรัสเอนเทอโร *Enterovirus 71* และอาการที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 2.1 แสดงถึงลักษณะการเกิดโรคและการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันถึงการติดเชื้อ EV71 สีเขียว หมายถึงผลลัพธ์ที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งมักจะหายไป 7-10 วัน อาการของโรค (ซ้าย) และเด็กสุขภาพดี (ขวา) สีส้มแสดงพยาธิสรีรวิทยาและการตอบสนองของเด็กซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ปานกลางถึงรุนแรงและเป็นสีแดงเป็นสัญลักษณ์ของผลลัพธ์ที่รุนแรงถึงร้ายแรง (11)



ที่มา (11)

ภาพที่ 2.1 ลักษณะการเกิดโรคและการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันถึงการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส

2.1.1.3 ลักษณะของตัวเชื้อไวรัส

เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก จัดอยู่ใน *Genus Enterovirus Family Picornaviridae* มักเกิดอาการรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งเกิดการระบาดในต่างประเทศในปี ค.ศ.1997 เป็นต้นมา และในปี พ.ศ.2541 ประเทศไทย โดยห้องปฏิบัติการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขตรวจพบ *Enterovirus 71* (12) ซึ่ง *Enterovirus 71* สามารถแบ่งได้เป็น Genogroup A, B, C และ D โดย Genogroup A จะเป็น Prototype ของ *Enterovirus 71* ส่วน Genogroup B และ C จะแบ่งได้อีกชนิดละ 5 subgenogroups โดยการระบาดของ *Enterovirus 71* ในหลาย ๆ ประเทศรวมถึงประเทศไทย พบว่าเป็น subgenogroups B3, C2 และ C4 คือ สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ (12)

2.1.1.4 สาเหตุ

โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโร ปัจจุบันมีมากกว่า 100 สายพันธุ์ สายพันธุ์ที่เป็นสาเหตุของโรคมือ เท้า ปาก ได้แก่ ไวรัสค็อกแซคกีเอชนิด 16 (*Coxsackievirus A*

16) และไวรัสเอนเทอโร ชนิด 71 (*Enterovirus 71 – EV71*) (10) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น อาการสมองอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เด็กเสียชีวิต (7)

2.1.1.5 ระยะฟักตัว

ระยะฟักตัวของโรคมือ เท้า ปาก คือ ผู้ป่วยมีประวัติไปสัมผัสกับแหล่งแพร่ของโรคมา ประมาณ 7 วัน มีการติดเชื้อของโรค จึงมีอาการแสดงของโรค ระยะฟักตัวประมาณ 3-5 วัน หลังจากที่ได้สัมผัสเชื้อ โดยเฉลี่ยประมาณ 5-7 วัน (7)

2.1.1.6 การติดต่อ

โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อโดยเชื้อไวรัสแพร่ผ่านทางระบบทางเดินอาหารและการหายใจ สามารถติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของผู้ป่วย การติดต่อโรคมือ เท้า ปาก อาจเกิดจากการสัมผัสผ่านของเล่น มือผู้เลี้ยงดู น้ำและอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ โรคมือ เท้า ปาก มักเกิดการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และสถานรับเลี้ยงเด็ก โรคมือ เท้า ปาก (9) โรคมือ เท้า ปาก ไม่ติดต่อจากคนสู่สัตว์หรือสัตว์สู่คน โดยโรคมือ เท้า ปากสามารถเป็นซ้ำได้อีก เนื่องจากภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่หายจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์หนึ่ง ๆ อาจไม่สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสสายพันธุ์อื่น ๆ ได้ ถึงแม้ว่าจะจัดอยู่ในกลุ่มย่อยของเชื้อไวรัสเดียวกัน (10)

2.1.1.7 การแพร่กระจายเชื้อ คือ มีการสัมผัสโดยตรงกับการคัดหลั่งจากน้ำมูก น้ำลาย น้ำจากตุ่มใส ตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า หรือลำตัว และอุจจาระของผู้ป่วย ช่วงที่แพร่กระจายมากที่สุด คือ สัปดาห์แรกของผู้ป่วยมีอาการและยังสามารถแพร่เชื้อจนรอยโรคหายไป อาจยังพบเชื้อในอุจจาระของผู้ป่วยต่อได้อีกประมาณ 2-3 สัปดาห์ เชื้อไวรัสเอนเทอโร สามารถทนต่อกรดในทางเดินอาหารของมนุษย์ได้และมีชีวิตอยู่ในอุณหภูมิต่ำได้ 2-3 วัน (10)

2.1.1.8 อาการ

โรคมือ เท้า ปาก จะมีอาการไข้สูง มีแผลในปากและมีผื่นลักษณะตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า เริ่มแรกมีไข้สูง 1-2 วัน จากนั้นจะมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย ไม่ยอมอดูดนม ในเด็กเล็กมักงอแงกว่าปกติและสังเกตว่า มีน้ำลายไหลตลอดเวลา ระยะนี้อาจพบแผลคล้ายแผลร้อนในบริเวณคอหอย ลิ้นไก่ ลิ้น และเยื่อในช่องปาก ซึ่งจะเจ็บมากขณะเดียวกันจะเริ่มมีผื่นลักษณะเป็นจุดแดง ต่อมากลายเป็นตุ่มน้ำใสล้อมรอบด้วยพื่นแดงที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า บางรายอาจพบผื่นตามแขน ขาและก้นร่วมด้วย หากพบเฉพาะแผลในปากโดยไม่พบผื่นตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือฝ่าเท้า เรียกว่าโรคเฮอร์เปงไจน่า (*Herpangina*) ซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโร เช่นเดียวกัน อาการไข้มักมีประมาณ 3-4 วัน แผลในปากพบได้ถึง 1 สัปดาห์ ส่วนอาการผื่นตุ่มน้ำที่มือและเท้าพบได้นานประมาณ 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มักมีอาการไม่รุนแรง สามารถหายได้เอง

หลังจากที่ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสได้ ซึ่งอาจมีระยะเวลาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย (10)

2.1.1.9 อาการรุนแรง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการไม่รุนแรง พบผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีอาการรุนแรง เช่น สมองอักเสบ กล้ามเนื้ออักเสบ อัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก อาการรุนแรงที่สำคัญ ได้แก่ แขนขากระตุก เข้าสู่ภาวะโคม่าจากก้านสมองอักเสบ และการเต้นของหัวใจผิดปกติ ร่วมกับมีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำท่วมปอดนำไปสู่การเสียชีวิต (10)

2.1.1.10 การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรของห้องปฏิบัติการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีเทคนิคการตรวจ 3 ชนิด คือ (13)

1. การตรวจวินิจฉัยโดยการแยกเชื้อในเซลล์เพาะเลี้ยง (Viral isolation) โดยแยกเชื้อแล้วนำมาหาเชื้อโดยวิธี micro-neutralization test (micro-NT) โดยใช้ระยะเวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 22 วัน (13)

2. การตรวจวินิจฉัยทางน้ำเหลือง (Serology) การตรวจหาการเพิ่มขึ้นระดับภูมิคุ้มกันชนิด IgG ในซีรัมคู่ โดยวิธี micro-neutralization test โดยใช้ระยะเวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 11 วัน (13)

3. การตรวจวินิจฉัยโดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) จากสารคัดหลั่งจากจมูกและคอหอยหรือจากตุ่มน้ำที่ผิวหนัง โดยใช้ระยะเวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 วัน (13)

2.1.1.11 การวินิจฉัยโรค

แพทย์จะใช้อาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก พิจารณาส่งตรวจหาชนิดไวรัสที่ก่อโรคจากสารคัดหลั่งจากจมูกและคอหอยหรือจากตุ่มน้ำที่ผิวหนังโดยตรงด้วยวิธี PCR (Polymerase Chain Reaction) ซึ่งทราบผลภายใน 48-72 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการรุนแรงเพื่อยืนยันว่าเป็นเชื้อไวรัสเอนเทอโร ชนิด 71 หรือไม่ นอกจากนั้นอาจส่งตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโร ชนิด 71 (EV-71 IgM) เป็นการคัดกรองเบื้องต้นในรายที่สงสัยอาการรุนแรงซึ่งการตรวจวิธีนี้สามารถทราบผลใน 1 ชั่วโมงแต่ความแม่นยำน้อยกว่าการตรวจ PCR (Polymerase Chain Reaction) (14)

2.1.1.12 การรักษา

เนื่องจากในปัจจุบันโรคมือ เท้า ปาก ยังไม่มียารักษา การรักษาจึงเป็นการรักษาตามอาการทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เจ็บคอมาก รับประทานอะไรไม่ได้ ผู้ป่วยดูเพลียจากการขาดอาหารและน้ำ ก็จะให้ป้อนน้ำ นมและ อาหารอ่อน ในรายที่เพลียมากอาจให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และให้

น้ำเกลือทางหลอดเลือด ร่วมกับให้ยาลดไข้แก้ปวด และ/หรือหยอดยาชาในปากเพื่อลดอาการ เจ็บแผลในปาก ร่วมกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนทางสมองและหัวใจ (14)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรค

2.2.1 การเกิดโรค

ความหมายของโรค (Disease) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง ภาวะที่ร่างกายทำงานได้ไม่เป็นปกติ เนื่องจากเชื้อโรค ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความผิดปกติของร่างกาย หรือจิตใจ องค์ประกอบของการเกิดโรคดังนี้

2.2.1.1 มนุษย์หรือสัตว์ (Host) มีองค์ประกอบสำคัญของการเกิดโรค ดังนี้

1. อายุ

การเกิดโรคต่าง ๆ มักมีส่วนสัมพันธ์กับอายุ เช่น โรคคอตีบ ไอกรน โปลิโอ มักพบในเด็ก เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันไม่ดีพอ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบในผู้ใหญ่ เนื่องจากพยาธิสภาพและการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดในร่างกาย เป็นต้น (15)

2. เพศ

โรคที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ได้แก่ โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ โรคเบาหวาน ส่วนโรคที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ได้แก่ โรคไส้เลื่อน โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3. กรรมพันธุ์และเชื้อชาติ

โรคบางชนิดถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคเลือดธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นต้น

4. องค์ประกอบทางสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในบางช่วงเวลาของร่างกายจะมีผลต่อการเกิดโรคได้ เช่น วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนทำให้เกิดสิว หรือภาวะความเหนื่อยล้าและความเครียดทางอารมณ์ทำให้เกิดอาการทางจิตและประสาทได้

5. องค์ประกอบทางด้านจิตใจ

ความวิตกกังวลทางอารมณ์หรือจิต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

6. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดโรคได้ เช่น การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดลมอักเสบ การกินอาหารปลาดิบ ทำให้เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

7. ภูมิคุ้มกันของร่างกาย

หากร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคจะสามารถป้องกันโรคได้ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ได้รับจากการฉีดวัคซีน และจากการติดเชื้อแล้วร่างกายสร้างภูมิต้านทานโรค เช่น โรคไข้หวัดใหญ่โรคโควิด 19 โรคหัด อีสุกอีใส คางทูม เป็นต้น (15)

2.2.1.2 สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางชีวภาพ หมายถึง สิ่งมีชีวิตที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคในร่างกายมนุษย์ซึ่งแบ่งเป็นประเภท ดังนี้

1) ไวรัส (Virus) ได้แก่ โรคไข้หวัด โรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคหัด โรคคางทูม โรคอีสุกอีใส โรคโปลิโอ โรคหัดเยอรมัน โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้มองอักเสบ โรคไข้ทรพิษ เป็นต้น

2) แบคทีเรีย (Bacteria) ได้แก่ โรคอหิวาตกโรค โรคปอดบวม โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคไทฟอยด์ เป็นต้น

3) รา หรือเชื้อรา (Fungus) ได้แก่ กลาก เกลื้อน น้ำกัดเท้า รวมทั้งเชื้อราในอาหาร ซึ่งสามารถปล่อยออกมาปนอยู่ในอาหารแล้วทำให้เป็นโรคมะเร็งได้ เป็นต้น

4) ปรสิต (Parasite) ได้แก่ โรคไข้มาลาเรีย โรคบิดอะมีบา พยาธิตัวกลม พยาธิใบไม้ พยาธิตัวตืดพยาธิปากขอ เป็นต้น

5) ริกเกตเซีย (Rickettsia) ได้แก่ ไข้รากสาดใหญ่ หรือไทฟัส เป็นต้น

2. สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางเคมี หมายถึง สารเคมีต่าง ๆ ที่อาจเป็นพิษต่อร่างกายของมนุษย์ หรือทำให้เกิดโรค ได้แก่ ฝุ่น เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ก๊าซ เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ฟอสฟอรัส (ของเล่นไม้ที่มีกาวเป็นส่วนประกอบ) สารทาเล็บ ในพลาสติกพีวีซี ยาง และสารเคลือบผิวของเล่นเด็ก โลหะหนัก เช่น ตะกั่ว โครเมียม โปรท แคดเมียม เป็นต้น

3. สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางกายภาพ หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ทางด้านกายภาพที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคได้เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี เป็นต้น

4. สิ่งที่ทำให้เกิดโรคเนื่องจากการขาดสารที่จำเป็นต่อสุขภาพ เมื่อร่างกายขาดสารบางอย่างจะทำให้เกิดโรค เช่น ขาดธาตุเหล็ก ทำให้โลหิตจาง ขาดวิตามินซี ทำให้มีเลือดออกตามไรฟัน (15)

2.2.1.3 สิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการแพร่กระจายของโรคและการเกิดโรคได้ แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น อากาศหนาวเย็น เชื้อไวรัสหวัดจะสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานขึ้น โอกาสที่คนจะได้รับเชื้อและเป็นโรคหวัดจึงมากขึ้น ในขณะที่เชื้อแบคทีเรียบางชนิดสามารถเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนได้ดีในอุณหภูมิที่สูงขึ้น เช่น เชื้ออหิวาตกโรค ซึ่งมีกระบาดในช่วงฤดูร้อน เป็นต้น

2. สิ่งแวดล้อมทางเคมี เช่น ไนโตรเจนจากโรงงานแบตเตอรี่รถยนต์ ทำให้เกิดโรคพิษสารตะกั่ว เป็นต้น

3. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรคต่าง ๆ ได้แก่ แบคทีเรีย ไวรัส เป็นต้น

4. สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ ฐานะความเป็นอยู่ และอาชีพของประชากรมีผลต่อสุขภาพ (15)

สรุป องค์ประกอบทั้งสามนี้ ในภาวะปกติอยู่ในสภาวะสมดุลจะไม่มีโรคเกิดขึ้น แต่เมื่อใดเกิดภาวะผิดปกติเนื่องจากความไม่สมดุลขององค์ประกอบทั้งสาม ก็จะทำให้เกิดโรคในมนุษย์หรือเกิดโรคระบาดได้

2.3 บริบทของตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2.3.1 ข้อมูลทั่วไปของตำบลบ้านดู่

ตำบลบ้านดู่เป็นพื้นที่มีขนาดใหญ่ของอำเภอเมืองเป็นพื้นที่เขตเมืองซึ่งอีกทั้งตำบลบ้านดู่เป็นแหล่งที่เป็นศูนย์กลางของเศรษฐกิจของอำเภอเมืองเชียงราย มีสนามบินนานาชาติ เป็นศูนย์กลางทางการศึกษา มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวน 11 แห่ง มีโรงแรมและรีสอร์ทในพื้นที่จำนวนมาก มีประชากรแฝงจำนวนมาก รวมถึงแรงงานต่างด้าวที่เกิดจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ การเติบโตของเมือง ทำให้สังคมชนบทลดน้อยลง และมีความหลากหลายของชนชาติพันธุ์ ทำให้การรับรู้ข่าวสาร ทักษะคิด พฤติกรรมของประชาชนมีความแตกต่างกัน

การพัฒนาความเจริญของตำบลบ้านดู่ด้านเศรษฐกิจและสังคม สิ่งหนึ่งที่ควบคู่ตามกันมาคือการขยายตัวของชุมชน การเพิ่มขึ้นของประชากร เทศบาลตำบลบ้านดู่มีพื้นที่รับผิดชอบ 72 ตารางกิโลเมตร มีหมู่บ้าน 20 หมู่บ้าน มีประชากรรวม 21,852 คน 15,319 ครัวเรือน มีประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าว ซึ่งเข้ามาอาศัยชั่วคราวเพื่อศึกษาในระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ประกอบอาชีพ ค้าขายและอื่น ๆ โดยประมาณ 11,472 คน รวมประชากรทั้งหมด 33,324 คน (16)

2.3.2 กลุ่มชนชาติพันธุ์และชาวเขา

ชาวเขา หมายถึง กลุ่มชนที่มีวัฒนธรรมและภาษาพูดเป็นของตนเอง อาศัยอยู่บนภูเขา มีอาชีพและรายได้จากการเป็นเกษตรกรเป็นหลัก ลักษณะด้านครอบครัว เครือญาติและชุมชนระดับ

หมู่บ้านของแต่ละชาติพันธุ์มีเอกลักษณ์ของตน ซึ่งแตกต่างกันทุกชาติพันธุ์และยังคงนับถือผีที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งการแต่งงานก็ยังนิยมแต่งงานกันกับคนในเผ่าของตนเองมากกว่า แต่งกับคนนอกเผ่า (17)

หน่วยงานราชการได้ให้คำจำกัดความ ชาวเขา หมายถึง บุคคลที่อยู่ใน 9 เผ่า คือ กะเหรี่ยง แม่ฮ่องสอน เย้า มูเซอ ลีซอ อีเก้อ ลัวะ ขมุ และถิ่น ส่วนชาติพันธุ์อื่น ๆ ไม่ถือว่าเป็นชาวเขา สำหรับชาติพันธุ์อื่น ๆ เช่น ผีตองเหลือง ปะหล่อง ปางตอง คะฉิ่น ไทยใหญ่ มอญ จีนฮ่อ ฯลฯ กลุ่มชนเหล่านี้ถูกเรียกว่า ชนกลุ่มน้อย (Minority Group) หรือกลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic Group) (17)

ประเพณีและวัฒนธรรมของชนชาวเขาจะแตกต่างกันในแต่ละชาติพันธุ์ แต่ในภาพรวมแล้ว จะมีความคล้ายคลึงกัน เช่น ลัทธิความเชื่อ การทำมาหากิน ชาวเขาส่วนมากเป็นคนเร่ร่อน หาที่ทำกินไปเรื่อย ๆ โดยการตัดไม้ทำลายป่า ปลูกพืชต้องห้าม คือ ฝิ่น ทำไร่เลื่อนลอย เช่น ข้าวโพด ข้าวไร้ พอดินจืด ก็พากันย้ายไปหาที่ทำกินแห่งใหม่ ทำให้ต้องเสียทรัพยากรป่าไม้เป็นจำนวนมาก (17)

ปัจจุบัน มีชาวเขาอยู่ในประเทศไทยประมาณ 400,000 กว่าคน ชาวเขาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมาก่อนชนชาติไทยและกลุ่มที่อพยพเข้ามาหลังชนชาติไทย (17)

2.3.2.1 ลาหู่ (มูเซอ)

ลาหู่ หรือ มูเซอ อาศัยอยู่ในประเทศจีน เมื่อถูกรุกรานจึงอพยพมาทางตอนใต้เข้าสู่ประเทศพม่า และทางเหนือของประเทศไทย โดยเข้ามาทางอำเภอแม่จัน อำเภอเชียงแสน อำเภอเชียงของ อำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย อำเภอฝาง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีเพียงส่วนน้อยที่มาจากอำเภอแม่สลด จังหวัดตาก มูเซอที่รู้จักกันมาก ได้แก่ มูเซอดำ มูเซอแดง มีวัฒนธรรมประเพณีคล้ายคลึงกัน มูเซอ เป็นภาษาพม่า แปลว่า นายพราน เนื่องจากมีความชำนาญในการล่าสัตว์โดยใช้หน้าไม้ ภาษาอังกฤษ เรียกว่า ลาฮู ในกลุ่มมูเซอดำ เรียกว่า ลาฮูนา มูเซอแดง เรียกว่า ลาฮูยี ลาหู่ หรือ มูเซอ แบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม ได้แก่ มูเซอดำและมูเซอแดง และกลุ่มเล็ก 2 กลุ่ม ได้แก่ มูเซอผีหรือมูเซอกุย และมูเซอเผด (17)

ปัจจุบันในประเทศไทยมีชนเผ่าลาหู่อาศัยโดยกระจายอยู่ตามหมู่บ้านต่าง ๆ ตามแนวชายแดนไทย - พม่ากว่า 800 หมู่บ้าน พื้นที่ที่มีชาวลาหู่อาศัยอยู่มาก ได้แก่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และลำปาง โดยเฉพาะตามพื้นที่ติดชายแดน ส่วนใหญ่แล้วชนเผ่าลาหู่ มักจะอาศัยปะปนกับชนเผ่าอื่น ๆ หรือคนไทย มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม หรือเป็นหมู่บ้าน เผ่าลาหู่ที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย คือ ลาหู่แดง ซึ่งมีการนับถือผี โดยโตโบหรือผู้นำทางศาสนา ส่วนลาหู่ดำหรือลาหู่เหลือง ก็มีการนับถือผีเช่นกัน นอกจากนี้เผ่าลาหู่ก็ยังมีการนับถือศาสนาคริสต์อีกด้วย และในพื้นที่จังหวัดเชียงรายอาศัยอยู่ที่ บ้านข่าแห่งพัฒนา ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย (17)

2.3.2.2 อาข่า (อีเก้อ)

ชนเผ่าอาข่าเป็นชนกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีบรรพบุรุษดั้งเดิมอาศัยอยู่ทางตอนใต้ของประเทศจีน ในประเทศจีนเรียกว่า “ฮานี หรือ โวน” โดยมีเส้นทาง 2 เส้นทาง คือ เส้นทางแรก อพยพจากประเทศพม่า แคว้นเชียงตุง เข้าสู่ประเทศไทยเนื่องจากเกิดปัญหาทางการเมือง ด้านฝั่งเขตอำเภอแม่จันทงหมู่บ้านพญาไพร (ปัจจุบันเป็นอำเภอแม่ฟ้าหลวง) และเส้นทางที่สองอพยพโดยตรงจากประเทศจีนโดยเดินทางผ่านบริเวณตะเข็บชายแดนพม่าและแม่น้ำโขงประเทศลาว และเข้าสู่ประเทศไทยโดยตรงที่อำเภอแม่สาย (17)

ปัจจุบันชนเผ่าอาข่าได้กระจายอยู่ในเขตจังหวัดภาคเหนือ 5 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำปาง ตาก แพร่ และคาดว่ามีอาข่าบางส่วนได้อพยพไปอยู่จังหวัดน่าน พิจิตร และหลายจังหวัดของประเทศไทย ในประเทศไทยสามารถแบ่งชนเผ่าอาข่าได้เป็น 8 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอุโล้ออาข่า กลุ่มลอมมี้ออาข่า กลุ่มผะหมี่้ออาข่า กลุ่มหนาค้ออาข่า กลุ่มเปี้ยะอาข่า กลุ่มอ้อเค้ออาข่า กลุ่มอ้อจ้ออาข่า กลุ่มอุ้ออาข่า และในจังหวัดเชียงรายอาศัยอยู่ที่ อำเภอแม่จัน (17)

2.3.2.3 ไทใหญ่

ชาวไทใหญ่เรียกตนเองว่า “ไต” พม่าเรียกว่า “ชาน” หรือ “ฉาน” ชาวไทใหญ่ที่อยู่ในเขตประเทศจีน เรียกตนเองว่าเป็นไทเหนือด้วยถือว่าอาศัย อยู่ทางเหนือของแม่น้ำคง (แม่น้ำสาละวิน) และจะเรียกชาวไทใหญ่ในพม่า ว่าเป็นไทใต้ ในประเทศไทยมีชาวไทใหญ่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงราย และเชียงใหม่ จากตอนใต้ของประเทศจีนเมื่อประมาณศตวรรษที่ 17 ซึ่งในพื้นที่จังหวัดเชียงรายที่แหล่งอาศัยอยู่ ณ บ้านป่าเหมือด ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (17)

2.3.2.4 ไทลื้อ

เดิมชาวไทลื้อมีถิ่นที่อยู่บริเวณหัวน้ำของ (น้ำโขง) เมืองลือหลวง จีนเรียกว่า “ลือแจง” ต่อมาได้เคลื่อนย้ายลงมาอยู่บริเวณเมืองหนองแส หรือที่เรียกว่าคุนหมิงในปัจจุบัน แล้วย้ายลงมาสู่ลุ่มน้ำของ (น้ำโขง) สิบสองปันนาปัจจุบัน ประมาณศตวรรษที่ 12 จึงเกิดมีวีรบุรุษชาวไทลื้อชื่อ เจ้าเจื่องหาญ ได้รวบรวมหัวเมืองต่าง ๆ ในสิบสองปันนาปัจจุบัน ตั้งเป็นอาณาจักร แจ๋ลื้อ (จีนเรียกเซอลี่) โดยได้ตั้งศูนย์อำนาจการปกครองเอาไว้ที่หอคำเชียงรุ่งนาน 790 ปีต่อมาถึงสมัยเจ้าอิน เมืองครองราชต่อมาในปีพ.ศ. 2122 – 2126 ได้แบ่งเขตการปกครองเป็นสิบสองหัวเมือง แต่ละ หัวเมืองให้มีที่ทำนา 1,000 หาบข้าว (เชื้อพันธุ์ข้าว) ต่อมาหนึ่งที/หนึ่งหัวเมือง จึงเป็นที่มาจนถึงปัจจุบันมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่นคือการใช้ภาษาไทลื้อและยังมีวัฒนธรรมอันเป็นเอกลักษณ์อื่น ๆ เช่น การแต่งกายศิลปะและประเพณีต่าง ๆ ชาวไทลื้อในภาคเหนือได้เปลี่ยนแปลงสภาพสังคมและ

วัฒนธรรมกลมกลืนไปกับคนเมือง ปัจจุบันในจังหวัดเชียงรายมีถิ่นอาศัยอยู่ที่บ้านศรีดอนชัย ตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ (17)

2.3.2.5 กะเหรี่ยง

ชาวกะเหรี่ยง เรียกตนเองว่า “ปกากะญอ” ซึ่งแปลว่า “คน” เป็นชนเผ่าที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สะกอ หรือยางขาว หรือ ปากกะญอ เป็นกลุ่มที่มีประชากรมากที่สุด ไป หรือ โพล้อยู่ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และลำพูน ปะโอ หรือ ทองสุ และบะเว หรือ คะยา ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน ถิ่นฐานเดิมของกะเหรี่ยงอยู่บริเวณมอโกเลียเมื่อกว่า 2,000 ปี มาแล้วต่อมาได้หนีภัยจากการรุกรานจากกองทัพจีนมาอยู่ที่ธิเบตถอยร่นลงมาทางใต้เรื่อยๆ ตั้งแต่บริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำแยงซีเกียง ลุ่มน้ำสาละวิน มาถึงคอคอดกระจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทย ในตอนปลายศตวรรษที่ 18 ในรัชสมัยสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งในจังหวัดเชียงรายมี แหล่งอาศัย ณ บ้านรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (17)

สรุป ในพื้นที่ตำบลบ้านดู่มี ลาหู่ (มูเซอ) เข้ามาอาศัยในหมู่บ้านห้วยผาย หมู่ที่ 13 บริเวณดอยปู่ไข่ ประมาณ 50 ครัวเรือน ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกับชาวกะเหรี่ยงประมาณ 30 หลังคาเรือน อาข่า (อีก้อ) เข้ามาอาศัยในหมู่บ้านป่ากุก หมู่ที่ 15 ประมาณ 60 หลังคาเรือน กะเหรี่ยงและชาวไทใหญ่ ชาวไทลื้อ เข้ามาอาศัยในหมู่บ้านเหล่าพัฒนา หมู่ที่ 14 ประมาณ 60 ครัวเรือน และ ม.7 บ้านโป่งน้ำตก ประมาณ 50 หลังคาเรือน

2.4 สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

2.4.1 สถานการณ์ของโรคมือ เท้า ปาก

โรคมือ เท้า ปาก มีการระบาดอย่างกว้างขวางในทุกภูมิภาคทั่วโลก มีรายงานการระบาดครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1969 ในเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา และในปี ค.ศ. 1997 ประเทศมาเลเซีย รายงานว่าพบผู้ป่วยจำนวน 2,628 ราย ในปี ค.ศ. 2007 ประเทศสิงคโปร์มีการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่า และปี ค.ศ. 2011 ประเทศญี่ปุ่นได้รับรายงานจากโรงพยาบาลเด็กและคลินิกจากจำนวน 3,000 แห่ง มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปากจำนวน 709 ราย ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน นับว่าเป็นโรคติดต่ออันดับที่ 5 ของประเทศญี่ปุ่น (12) ปี ค.ศ. 2012 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประเทศกัมพูชาพบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 78 ราย เสียชีวิต 54 ราย ส่วนมากพบในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี (1) ซึ่งสาเหตุของเชื้อก่อโรค เกิดจากสายพันธุ์ที่แตกต่างกัน แต่ที่พบบ่อยคือ *Coxsackievirus A16* และรองลงมา *Enterovirus 71* (18)

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก เป็นครั้งแรก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยมอบหมายให้สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ร่วมกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เริ่มมีการเฝ้าระวังรายงานและสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 และป้องกันควบคุมโรคนับตั้งแต่นั้นมา (2) โดยได้เพิ่มเติมให้โรคมือ เท้า ปากในระบบรายงานผู้ป่วยในข่ายเฝ้าระวัง (2) และเริ่มมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา (18)

สถานการณ์โรคมือเท้าปากประเทศไทยในปี 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 33,757 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 50.68 ต่อแสนประชากร ปี 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 192,60 รายคิดเป็นอัตราป่วย 29.10 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย ปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 98,982 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 148.58 ต่อแสนประชากร (5) และสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ของเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2565 พบ ผู้ป่วยจำนวน 10,895 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 185.46 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ลำพูน รองลงมา คือ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา และแพร่ตามลำดับ ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0-5 ปี (5) ข้อมูลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดเชียงรายนับย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2561-2565 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจำนวน 2,162, 2,178, 792, 2,750, 2,573 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 167.61, 168.16, 61.08, 212.07, 198.16 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ปี 2565 พบผู้ป่วย 2573 ราย อำเภอที่พบอัตราป่วยสูงสุด 5 ลำดับแรก คืออำเภอเมืองเชียงราย (43.10), แม่จัน (37.93), เวียงป่าเป้า (37.50), พาน (29.31) และเทิง (25.43) ตามลำดับ (6)

2.4.2 ผลกระทบของการเกิดโรคมือเท้าปาก

การเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กทำให้ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเด็ก ครอบครัว และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนี้

2.4.2.1 ผลกระทบต่อโดยตรงต่อเด็ก ทำให้เด็กเกิดความไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วย และอาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก (19) ถ้าได้รับเชื้อจากสายพันธุ์ *Enterovirus 71* จะทำให้มีอาการแทรกซ้อน เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ความดันโลหิตสูง และมีอาการชักจากไข้สูง ความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (12) ถ้าหากมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้

2.4.2.2 ผลกระทบต่อครอบครัว หากมีเด็กป่วย ผู้ปกครองต้องพาเด็กไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อพบการระบาดของโรคมือเท้าปากจะมีการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครึ่งละ 5-7 วัน เพื่อทำความสะอาด และฆ่าเชื้อโรคบริเวณพื้นผิว อาคาร ของเล่น ของใช้ต่าง ๆ ส่งผลกระทบ

ต่อผู้ปกครอง เนื่องจากไม่สามารถนำบุตรหลานมาฝากไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ทำให้ส่งผลต่อรายได้ การประกอบ อาชีพ การดำเนินชีวิต และเกิดภาวะเครียด

2.4.2.3 ผลกระทบต่อสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เมื่อมีเด็กป่วยก็จะเกิดการแพร่กระจาย เชื้อไปสู่เด็กคนอื่น ๆ ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งเมื่อเกิดการระบาดจะต้องปฏิบัติตามแนวทาง ป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค จะมีการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครั้งละ 5-7 วัน เพื่อทำ ความสะอาด และฆ่าเชื้อโรคบริเวณพื้นผิว อาคาร ของเล่น ของใช้ต่าง ๆ (19) รวมถึงความน่าเชื่อถือ ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

สรุป โรคมือ เท้า ปาก มีการระบาดอย่างกว้างขวางในทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศ ไทย ติดต่อกันโดยการสัมผัสกับเชื้อที่ปนเปื้อนออกมากับอุจจาระและสัคตหลั่งของผู้ป่วย โดยเชื้อไวรัส จะเข้าสู่ร่างกายทางปาก ทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัว และสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนั้นผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กจึงควรปฏิบัติตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ของกรมควบคุมโรค เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก

2.5 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

2.5.1 ความหมายของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานที่ให้การอบรม เลี้ยงดู ดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์ การเรียนรู้ครอบคลุมทุกสังกัด ที่ดูแลเด็กในเวลากลางวัน ช่วงอายุแรกเกิดจนถึง อายุ 6 ปีบริบูรณ์ หรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (20) และส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ให้มีความพร้อมด้าน ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา (21) โดยสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยใช้ชื่อ หลากหลายรวมทุกสังกัด ดังนี้

2.5.1.1 กระทรวงมหาดไทย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและ โรงเรียนอนุบาล (20)

2.5.1.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน (20)

2.5.1.3 กรุงเทพมหานคร ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (สำนักพัฒนาสังคม) สถานรับ เลี้ยงเด็กกลางวัน (สำนักอนามัย) โรงเรียนอนุบาล (สำนักการศึกษา) (20)

2.5.1.4 กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เด็กในโรงพยาบาล (20)

2.5.1.5 กระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐาน) และ โรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน) (20)

2.5.1.5 หน่วยงานอื่น ๆ โรงเรียนสาธิตในมหาวิทยาลัย (20)

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่อยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงเรียนอนุบาล สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ คือ โรงเรียนสาธิตในมหาวิทยาลัย

2.5.2 ความหมายของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย ตามระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2551 ให้ความหมายของเด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุไม่ครบ 6 ปีบริบูรณ์และหมายความรวมถึงทารกในครรภ์มารดาด้วย (22)

2.5.3 ความหมายของครูผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ครูผู้ดูแลเด็กหรือผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก เป็นบุคลากรที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้คัดเลือกและแต่งตั้งจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์เพื่อปฏิบัติหน้าที่หลักหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก ในการอบรมเลี้ยงดูจัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ให้เด็กเล็กมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา (22)

2.5.4 บทบาทและความสำคัญของผู้ปกครองเด็ก

ผู้ปกครองเด็ก หมายถึง ผู้ที่เป็นมารดาบิดาหรือบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กที่อยู่ในการดูแลเพื่อให้เด็กมีชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งทางด้าน ร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคมและสติปัญญา รวมถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็ก โดยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกันและมีส่วนอบรมสั่งสอน และเตรียมความพร้อมให้กับเด็ก (23) บทบาทและหน้าที่ของผู้ปกครองจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก เพราะผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดต่อชีวิตเด็ก ในการอบรมเลี้ยงดู และเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งผู้ปกครองเป็นผู้ทำหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะการเรียนรู้ให้กับเด็ก เมื่อเด็กไปโรงเรียน ผู้ปกครองเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กร่วมกับโรงเรียน ด้านการเรียนรู้ การปฏิบัติตัวของเด็ก การจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เป็นทิศทางเดียวกันกับโรงเรียน (24)

2.5.5 บทบาทของผู้ปกครองในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปาก

ผู้ปกครองเด็ก ควรแนะนำและสอนให้เด็กปฏิบัติตัวเกี่ยวกับด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร และหลังจากขับถ่าย การปลุกฝังให้เด็กใช้ช้อนกลาง ใช้แก้วน้ำ แปรงฟัน และของที่ใช้ส่วนตัวของตนเอง ไม่พาเด็กไปนอนสถานที่แออัดในช่วงที่มีการระบาดของโรค หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และหมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็ก เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ควรพาเด็กไปพบแพทย์และให้เด็กหยุดเรียนจนกว่าจะหายเป็นปกติ (24) และแจ้งให้โรงเรียนทราบเพื่อที่จะได้ดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรค

2.5.6 บทบาทและหน้าที่ของครูผู้ดูแลเด็กในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในสถานพัฒนาเด็กเล็ก

2.5.6.1 ครูผู้ดูแลเด็กต้องตรวจคัดกรองเด็ก ก่อนเข้าสถานศึกษาทุกวัน โดยการวัดอุณหภูมิ และสังเกตอาการของเด็ก หาก อุณหภูมิ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ หรือมีอาการของระบบทางเดินหายใจ เจ็บคอ ไอ น้ำมูกไหลหรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น ตาแดง มีแผลในปาก ผิวน้ำบวมแดงอักเสบ ตุ่มน้ำพองตุ่มหนอง หรือบาดแผลตามร่างกาย เป็นต้น ต้องทำการแยกเด็กออกจากเด็กปกติ กรณีที่เด็กเกิดการเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ระหว่างวัน ให้แยกเด็กป่วยไปที่ห้องพยาบาลหรือห้องแยกทันที แล้วแจ้งให้ผู้ปกครองมารับเด็กกลับบ้าน เพื่อพาไปพบแพทย์ และให้บันทึกอาการของเด็กเพื่อใช้ในการตรวจสอบการป่วยเป็นกลุ่มก้อน และให้มีการตรวจคัดกรองครูและบุคลากร โดยเน้นการสังเกตอาการ ถ้าพบว่าครูผู้ดูแลเด็กมีอาการป่วย ให้หยุดสอนและทำงาน โดยให้กลับบ้าน หรือไปพบแพทย์ (21)

2.5.6.2 การแยกเด็กป่วยและการดูแลเด็กป่วยเบื้องต้น ให้แยกเด็กที่ป่วยออกจากเด็กปกติ เพื่อไม่ให้อยู่รวมกันและใช้สิ่งของร่วมกันกับเด็กปกติ เช่น จัดให้อยู่ในห้องแยก แยกของเล่น และของใช้ส่วนตัว เพื่อไม่ให้เกิดการเชื้อแพร่กระจายไปสู่เด็กคนอื่น ๆ โดยให้ครูเป็นผู้ดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กไม่สบาย เช่น เช็ดตัวลดไข้ และแจ้งผู้ปกครองให้มารับเด็กกลับบ้านเพื่อพาไปพบแพทย์ควรให้เด็กหยุดรักษาตัวที่บ้านจนกว่าจะหายเป็นปกติ หรือตามคำแนะนำของแพทย์ (21)

2.5.6.3 การปิดสถานศึกษา กรณีเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก กรณีเด็กมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก เช่น มีไข้ มีแผลบริเวณมือ เท้า ปาก ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในห้องเดียวกัน ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หรือมีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป พิจารณาปิดเฉพาะห้องเรียน อย่างน้อย 1 วัน เพื่อทำความสะอาด (21)

2.5.6.4 การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ควรทำความสะอาดของเล่น ของใช้ส่วนตัวของเด็ก และบริเวณที่มีการสัมผัสหรือใช้งานร่วมกันบ่อย ๆ เช่น พื้นผิวต่าง ๆ ใช้ผงซักฟอกเช็ดทำความสะอาด อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ส่วนพื้นห้องเรียน อาคารสถานที่ ให้ใช้ผงซักฟอกหรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของน้ำยาฟอกขาวในการเช็ดทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (21) ในกรณีที่พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ในห้องเดียวกัน ภายใน 1 สัปดาห์ ควรปิดห้องเรียนอย่างน้อย 1 วัน เพื่อทำความสะอาดของเล่นและของใช้ส่วนตัวเด็ก ควรทำความสะอาดด้วยสบู่หรือผงซักฟอก แล้วนำไปตากแดดหรือผึ่งให้แห้ง สำหรับพื้นและผนังห้องเรียน ทำความสะอาดด้วยผงซักฟอก หรือใช้น้ำยาฟอกขาว (20 มิลลิกรัม ต่อน้ำ 1 ลิตร) ราดทิ้งไว้ 10 นาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดส่วนบริเวณที่มักมีการสัมผัสหรือใช้งานร่วมกันบ่อย ๆ เช่น ลูกบิดประตู ให้ใช้

ผงซักฟอก เช็ดทำความสะอาดเปิดประตู หน้าต่าง ในห้องเรียน เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวกและเพื่อให้แสงแดดทำลายเชื้อโรค (21)

2.5.6.5 การล้างมือเป็นประจำ ผู้ดูแลเด็กควรสอนเด็กล้างมืออย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอน หมั่นล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย หรือสัมผัสสิ่งสกปรก เพื่อลดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ (21)

2.5.6.6 การเสริมสร้างพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ครูผู้ดูแลเด็ก ควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี อย่างน้อยทุก 1 - 2 ปี ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยให้เด็ก ใช้ของใช้ส่วนตัว ไม่ใช้ของร่วมกับคนอื่น ได้แก่ แก้วน้ำ หลอดดูดขวดนม ช้อน ชาม อีกทั้งสอนให้เด็ก ปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอ จาม และเช็ดน้ำมูกด้วยทิชชู และทิ้งลงขยะที่มีฝาปิดมิดชิดหรือใช้ผ้าเช็ดหน้าส่วนตัวเด็ก หรือใช้ต้นแขนเสื้อบริเวณข้อศอกป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แล้วล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง สวมใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ลดความแออัด ไม่พาเด็กไปในที่ชุมชนแออัด (21)

2.5.6.7 การดูแลสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ต้องมีการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้อง เพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อมได้ กรณีพบเด็กมีอาการป่วยให้หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องปรับอากาศ โดยเปิดประตู หน้าต่าง ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก อาคารสถานที่ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีบริเวณเพียงพอต่อปริมาณเด็ก ไม่แออัด มีอากาศถ่ายเทได้ดีไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน รวมถึงบริเวณอาคารสถานที่ทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย และไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์หรือแมลงที่เป็นพาหะนำโรค รวมทั้งมีแสงสว่างเพียงพอและแสงแดดส่องถึง (21)

2.5.6.8 การพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก ควรได้รับการอบรม เรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบการเรียนรู้ออนไลน์ (21)

2.5.6.9 ครูผู้ดูแลเด็กควรถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องโรคติดต่อและภัยสุขภาพให้กับนักเรียน และผู้ปกครอง โดยสอดแทรกเนื้อหาเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ โดยสอนการล้างมือให้ถูกต้อง 7 ขั้นตอน การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขภาพของตนเองและส่วนรวม การเว้นระยะห่างที่ปลอดภัย และการแยกสิ่งของสกปรกออกจากสิ่งของเครื่องใช้ที่สะอาดให้กับเด็กอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือแนะนำผู้ปกครองไม่ควรพาเด็กที่ป่วยไปในสถานที่แออัด (21)

2.5.6.10 การตรวจสอบการรับวัคซีน (เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์) ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กในสถานศึกษา หากพบว่าเด็กได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด แนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กไปรับวัคซีนที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (21)

สรุปได้ว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในสถานพัฒนาเด็กเล็กปฐมวัย ซึ่งในการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคนั้นตั้งแต่การตรวจคัดกรองเด็กก่อนเข้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกวัน การแยกเด็กที่ป่วย การปิดสถานศึกษากรณีที่เกิดโรค การทำสะอาดและการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ การแยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช้ของร่วมกับคนอื่น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กและการจัดกิจกรรมต่างยังเป็นส่วนที่สำคัญ ตลอดจนถึงการตรวจสอบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์ ทั้งนี้การปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในสถานพัฒนาเด็กเล็ก ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และยังเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลในครอบครัวได้

2.6 แนวคิดในการดำเนินงานมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

เด็ก ถือเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศเพราะเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคนซึ่งได้กำหนดพันธกิจของการพัฒนาประเทศให้มีการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ คุณธรรม ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ การเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ ดังนั้น การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่เด็ก จึงเป็นภารกิจสำคัญที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึง และร่วมมือประสานการดำเนินงาน ดังจะเห็นได้จากการที่กรมอนามัยดำเนินงานตามโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุติตั้งแต่ปี 2546 ถึงปัจจุบัน มีศูนย์เด็กเล็กเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 17,310 แห่ง และผ่านการประเมิน 15,299 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.38 โดยดำเนินการพัฒนาในด้านโภชนาการและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำนุบำรุงงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ได้ตระหนักถึงผลกระทบของการเกิดโรคติดต่อในเด็กที่ส่งผลต่อพัฒนาการโดยรวมของเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กปฐมวัยซึ่งยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนไป พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเลี้ยงดูบุตรหลาน เนื่องจากต้องใช้เวลาเพื่อการประกอบอาชีพ จึงนำบุตรหลานไปรับการดูแลในศูนย์รับเลี้ยงเด็ก ทำให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 284 ได้บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจส่งผลให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีภารกิจสำคัญ ในการจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กในเขตความรับผิดชอบของแต่ละท้องถิ่นให้ มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาการของเด็กทั้ง

ทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีมีจำนวนเกือบ 4 ล้านคน และเกือบร้อยละ 50 ของเด็กกลุ่มนี้ผู้ปกครองจะนำไปฝากเลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน ดังนั้น สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่เชื้อและติดต่อสู่กันได้ง่ายเมื่อมีเด็กเจ็บป่วยและเนื่องจากเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมีโอกาสป่วยได้บ่อยโดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญและพบบ่อยในศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคมือ เท้า ปาก โรคอุจจาระร่วง (24)

กรมควบคุมโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็ก จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก ขึ้น โดยได้รับแนวคิดจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา และใน ปี 2552-2553 ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็กโรคมือเท้าปากและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซึ่งดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลรวม 31 แห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อุบลราชธานี เชียงราย และสุราษฎร์ธานี โดยใช้มาตรการการป้องกัน ควบคุมโรคในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคหัดมีแนวโน้มลดลงอีกทั้งการดำเนินงานดังกล่าวสามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กให้เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจจากพ่อแม่ผู้ปกครองอีกด้วย กรมควบคุมโรค จึงได้นำข้อมูลจากการศึกษามาประยุกต์เป็นแนวทางการดำเนินงานที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อสามารถนำไปขยายผลการดำเนินงาน อันจะส่งผลให้เด็กที่อยู่ในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ มีสุขอนามัย และสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการสมวัย มีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ทำให้การเจ็บป่วยลดลงและไม่มี การระบาดของโรคติดต่อเกิดขึ้นภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หรือหากเกิดการระบาดก็สามารถ ควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กประสบความสำเร็จ เกิดจากความตระหนักและความร่วมมือของ บุคลากรทุกระดับทุกภาคส่วน ทั้งพ่อแม่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมสนับสนุนการ ดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง รวมทั้งจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ช่วยผลักดัน ส่งเสริมสนับสนุนศูนย์เด็กเล็กอย่างเป็นรูปธรรม และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้สนับสนุน ความรู้วิธีการดำเนินงาน เพื่อให้ได้การรับรองเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค (24)

2.6.1 ข้อกำหนดศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจใน การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ เสริมสร้างสุขภาพที่แข็งแรง และสร้างเสริมพฤติกรรมอนามัยในการ ป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นการที่จะทำให้อายุเด็กเล็กดำเนินการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมี ประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงต้องมีข้อกำหนดในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และ ประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามกิจกรรม ข้อกำหนดศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

2.6.1.1 ด้านบริหารจัดการภายในศูนย์เด็กเล็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการบริหารจัดการที่ดี ผู้บริหารของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องมีนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และ สติปัญญาของเด็กที่อยู่ภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ มีจำนวนครูผู้ดูแลเด็กเพียงพอในสัดส่วนที่เหมาะสม จัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็ก มีการดูแลทำความสะอาดวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ บริเวณที่เรียน ที่นอน ห้องน้ำ ห้องส้วม และบริเวณที่ จัดกิจกรรมต่าง ๆ จัดให้มีของเล่นเด็กที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคให้แก่เด็กและ ผู้ปกครองเด็ก (2) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีความนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนาศูนย์เด็ก เล็กการมีส่วนร่วมของ ครูและผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง ชุมชน และภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิด การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นรูปธรรม ยั่งยืน และต่อเนื่อง (24)

2.6.1.2 ด้านบริหารจัดการภายในศูนย์เด็กเล็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีครูผู้ดูแลเด็กที่มี ความรู้และสุขภาพดีโดยปัจจัยสำคัญอันดับแรก คือ ครูผู้ดูแลเด็กต้องเป็นแบบอย่างในเรื่องสุขภาพ ต้องมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรคที่สามารถติดต่อมาสู่เด็กที่อยู่ภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้ ครูจึงต้องมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีและต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนั้น ครู ผู้ดูแลเด็กจึงต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในเรื่อง โรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็ก รวมถึงภัยสุขภาพที่ป้องกันได้ ตลอดจนทราบวิธีการป้องกันควบคุมโรคใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และวิธีให้การดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยเบื้องต้น (24)

2.6.1.3 ด้านอาคารสถานที่ สุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการบริหารจัดการให้ สภาพแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น อาคารสถานที่ของศูนย์เด็กเล็กต้องมีบริเวณ เพียงพอต่อจำนวนเด็กไม่แออัด มีอากาศถ่ายเทได้ดี ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน บริเวณอาคารสถานที่ทั้ง ภายในและภายนอกต้องสะอาดเป็นระเบียบ ปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ของเด็ก มีระบบสุขาภิบาลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมสถานที่ปรุง ประกอบอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ กำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล และพาหะนำโรค (2) เพื่อเป็นการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมภายในศูนย์เด็กเล็กให้มีความ สะอาด สะดวกและปลอดภัย ของอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องเรียน และของเล่นต่าง ๆ ภายใน ศูนย์เด็กเล็กรวมถึงมีการจัดระบบสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม จุดล้างมือ และสิ่ง อำนวยความสะดวกให้เพียงพอต่อความต้องการ เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่

ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับเด็ก มีการจัดบริการและตรวจคุณภาพอาหาร นม และน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัย (24)

2.6.1.4 ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลป้องกันควบคุมโรค เป็นการพิจารณาถึงการจัดหาและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือหรือเครื่องอำนวยความสะดวกและน้ำยาทำความสะอาดต่างๆ ในการดูแลความสะอาดภายในศูนย์เด็กเล็ก รวมถึงมีเวชภัณฑ์และยาที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้น มีปริมาณวัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคเพียงพอและเหมาะสมสำหรับเด็ก รวมทั้งครูและผู้ดูแลเด็กภายในศูนย์เด็กเล็ก (24)

สรุป สิ่งสำคัญที่จะช่วยการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อสำเร็จ ต้องเกิดจากทัศนคติและความร่วมมือของบุคลากรทุกภาคส่วน ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง มีการส่งเสริมให้มีนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบริหารจัดการที่ดีตามมาตรฐาน ผู้บริหารของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องมีนโยบายที่ส่งเสริมในการป้องกันโรค ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้และสุขภาพดี ซึ่งการบริหารจัดการให้สภาพแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น อาคารสถานที่ของศูนย์เด็กเล็กต้องมีบริเวณเพียงพอต่อจำนวนเด็กทั้งภายในและภายนอก และมีความพร้อมด้านวัสดุ-อุปกรณ์เพียงพอ

2.6.2 ยุทธศาสตร์ 5 ดี การดำเนินงานสู่สถานศึกษาปลอดโรคติดต่อ

2.5.2.1 แบบอย่างดี

ครูผู้ดูแลเด็กต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี และเป็นแบบอย่างในพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กในความดูแล (25)

2.6.2.2 บริหารจัดการดี

สถานศึกษาต้องมีนโยบายที่ส่งเสริมหรือเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ ร่างกาย จิตใจและสมองของเด็ก มีแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้แก่เด็กและผู้ปกครองรวมทั้งต้องมีสภาพแวดล้อมที่ดี มีพื้นที่เพียงพอต่อจำนวนเด็ก ไม่แออัด มีอากาศถ่ายเทได้ดี แสงสว่างเพียงพอไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน และไม่เป็นแหล่งอาศัยของสัตว์หรือแมลงที่เป็นพาหะนำโรค (25)

2.6.2.3 สุขภาพดี

สถานศึกษาต้องมีระบบการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เด็กทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพ มีการคัดกรองหากพบเด็กเจ็บป่วยต้องคัดแยกออกจากเด็กปกติ มีการดูแลเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างมีมาตรฐาน (25)

2.6.2.4 วัคซีนครอบคลุมดี

เด็กทุกคนได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้เป็นไปตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกระทรวงสาธารณสุข (25)

2.6.2.5 ปลอดภัยดี

สถานศึกษามีนโยบายป้องกันความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและทางน้ำบริเวณสถานศึกษา เช่น กันรั้วรอบบริเวณบ่อน้ำหรือแหล่งน้ำ หรือมีเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องจราจรหน้าสถานศึกษา เป็นต้น หรือมีการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะความปลอดภัยการสัญจรทางถนน และทางน้ำสำหรับเด็ก เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต (25)

สรุป การดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัยดีต่อไป จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นนโยบายผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคติดต่อในสถานศึกษา ผู้ปกครองหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็ก เด็กต้องได้รับการตรวจสอบสุขภาพและคัดกรองก่อนเข้าห้องเรียนทุกวัน ต้องได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กนับเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กในสถานศึกษาปลอดภัยดีต่อไป

2.6.3 มาตรการดำเนินงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปาก

2.6.3.1 ให้ครูตรวจคัดกรองเด็กนักเรียนทุกเช้าก่อนเข้าห้องเรียน หากพบเด็กมีไข้ มีแผลในปาก พบจุด ตุ่มหรือผื่นแดงตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า ลิ้น กระพุ้งแก้ม หรือมีอาการสงสัยเป็นโรคมือ เท้า ปาก แนะนำให้แยกเด็กออกไม่ให้ปะปนกับเด็กปกติ ติดต่อให้ผู้ปกครองมารับกลับบ้านและพาไปพบแพทย์ ในกรณีที่พื้นที่ที่มีการระบาดหากพบตุ่มในปากโดยยังไม่มีอาการอื่น ควรขอความร่วมมือจากผู้ปกครองให้เด็กหยุดเรียน 1 สัปดาห์ เนื่องจากสามารถแพร่เชื้อไปในสิ่งแวดล้อมและนำไปสู่เด็กคนอื่น ๆ ได้ (26)

2.6.3.2 ดำเนินการมาตรการตามหลักสุขาภิบาลอย่างเคร่งครัด ให้ทำความสะอาดอุปกรณ์สำหรับการรับประทานอาหาร แก้วน้ำ ของเล่นเด็ก และห้องน้ำให้สะอาดอยู่เสมอ สร้างสุขนิสัยการล้างมือให้กับเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยโรงเรียนสนับสนุนสบู่สำหรับล้างมือไว้ที่อ่างล้างมือทุกแห่ง ให้เด็กล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งเมื่อทำกิจกรรม ก่อนรับประทานอาหารและหลังจากออกจากห้องส้วม แยกของใช้ที่สัมผัสเข้าทางปากโดยตรง ได้แก่ แก้วน้ำ หลอดดูด ขวดนม ช้อน ชาม ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือโรงเรียนอนุบาล ต้องมีวิธีการจัดอุจจาระให้ถูกต้องที่เลี้ยงเด็กต้องล้างมือทุกครั้งหลังเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือหลังสัมผัสอุจจาระ น้ำมูก น้ำลายของเด็ก (26)

2.6.3.3 การทำความสะอาดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคมือ เท้า ปาก ให้เปิดหน้าต่างให้แสงอัลตราไวโอเล็ตในแสงแดดทำลายเชื้อโรค ในสภาพที่แห้ง ใช้น้ำยาซักล้างทั่วไป โซเดียมไฮโปคลอไรต์ (Sodium Hypochloite) 1 % หรือ กลูตาราลดีไฮด์ (Glutaraldehyde) พอร์มาลดีไฮด์

(Formaldehyde) 0.3 % และคลอรีนผสมน้ำ 0.1 ppm (part per million) ทำความสะอาด การทำความสะอาดพื้นผิวต่างๆ ที่เด็กป่วยสัมผัส แนะนำให้ทำความสะอาดโดยใช้ผงซักฟอกปกติก่อน แล้วตามด้วยน้ำยาฟอกขาว (20 มิลลิตร ต่อ 1 ลิตร) ทิ้งไว้ 10 นาที แล้วล้าง เช็ดหรือแช่ด้วยน้ำสะอาด เพื่อป้องกันสารเคมีตกค้าง ส่วนของเล่นที่เด็กอาจเอาเข้าปากได้ ให้ทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกตามปกติแล้วนำไปผึ่งแดด

2.6.3.4 การพิจารณาปิดและเปิดสถานศึกษากรณีเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก

1. เมื่อมีเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากกว่า 6 ราย ในห้องเรียนหรือชั้นเรียนเดียวกันภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หรือมีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไปให้พิจารณาปิดเฉพาะห้องเรียนหรือชั้นเรียน

2. ถ้ามีเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก หลายห้องหรือหลายชั้นเรียนให้พิจารณาปิดสถานที่หรือโรงเรียน

3. ปิดสถานที่หรือโรงเรียน เป็นระยะเวลาประมาณ 5 วัน

4. ในระหว่างปิดสถานที่หรือ โรงเรียน ควรทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ ของเล่นและสิ่งของต่าง ๆ ด้วยน้ำยาทำความสะอาดและวิธีทำความสะอาดที่เหมาะสม

5. เปิดห้องเรียน ชั้นเรียนหรือโรงเรียน เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 5 วัน และได้มีการทำความสะอาดอย่างดีแล้วและมีการตรวจสอบแล้วไม่มีนักเรียนหรือเด็กในห้องนั้นมีอาการป่วยเพิ่มอีก (26)

สรุป การดำเนินงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือครูผู้ดูแลเด็ก เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อเด็กในศูนย์เด็กเล็กเป็นอย่างมากต่อจากพ่อแม่เพราะต้องทำหน้าที่รับช่วงต่อในการดูแลเด็กระหว่างวัน การที่จะให้เด็กเล็กมีการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต อยู่ยั้งยืนยงของการปลูกฝังของครูผู้ดูแลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก

2.7 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้า ปาก

แบบจำลอง "Knowledge, Attitude, and Practice" ได้รับการพัฒนาสำหรับการวางแผน ครอบคลุมและการศึกษาประชากรในคริสต์ทศวรรษ 1950 มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการสำรวจภาคตัดขวาง โดยปกติแล้วแบบจำลอง "Knowledge, Attitude, and Practice" จะถูกใช้เพื่อจัดโครงสร้างการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ในการวิจัยต่าง ๆ แบบสำรวจนี้เป็นเครื่องมือในการสำรวจ

ประสบการณ์ ความคิดเห็นและพฤติกรรม แบบจำลอง "Knowledge, Attitude, and Practice" ถูกนำมาใช้ในการวิจัยมานานหลายทศวรรษและเป็นเครื่องมือทั่วไปในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกปฏิบัติความรู้-ทัศนคติได้รับการพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (27) ซึ่งทฤษฎี "Knowledge, Attitude, and Practice" แบ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การได้มาซึ่งความรู้ การสร้างทัศนคติ/ความเชื่อ และการสร้างแนวปฏิบัติ/พฤติกรรม ซึ่งในระหว่างนั้นพฤติกรรมด้านสุขภาพของมนุษย์ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน (28)



ที่มา (27)

ภาพที่ 2.2 แบบจำลอง "Knowledge, Attitude, and Practice"

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Behavior) การเปลี่ยนแปลงทั้งสามตัวแปร จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้จะทำให้เกิดความรู้ มีผลทำให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมต่อบุคคล สถานการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.7.1 ความรู้

ความรู้ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายไว้ว่าความรู้ คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ องค์กรวิชาในแต่ละสาขา (29)

2.7.1.1 ชั้นความรู้ คือ การจัดระบบทางความคิดจากชั้นสารสนเทศใหม่ ขัดเกลาและเลือกใช้ให้เกิดเป็นความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง ความรู้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ความรู้ที่อยู่ในตัวของมนุษย์ คือ ความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล สามารถรับรู้ได้ด้วยตัวเอง จากประสบการณ์ การสนทนา การเรียนรู้ และเจตคติของแต่ละบุคคล
2. ความรู้เชิงประจักษ์ที่ปรากฏชัดเจน คือ ความรู้ที่ได้ผ่านการรับรู้จากบันทึกข้อมูล สื่อ หรือสิ่งพิมพ์ เช่น ข้อมูลข่าวสาร รายงาน หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

3. ความรู้ที่เกิดจากวัฒนธรรม คือ ความรู้ที่เกิดจากความเชื่อและความศรัทธาในแต่ละกลุ่มหรือองค์กร ซึ่งเป็นผลของความรู้และสภาพแวดล้อมของกลุ่มนั้น ๆ (29)

2.7.1.2 ชั้นความเฉลียวฉลาด คือ การบูรณาการแก่นความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงาน

2.7.1.3 ชั้นเชี่ยวชาญ คือ การปรับแต่งและจดจำความเฉลียวฉลาดต่าง ๆ จนสามารถนำมาใช้ได้ในระยะเวลานับรวดเร็ว (29)

สรุป ความรู้ จึงหมายถึง การนำเอาประสบการณ์ การรับรู้ การเรียนรู้ ข้อมูลต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี มารวบรวมและประมวลผลจนเกิดเป็นแนวคิด แล้วจึงสังเคราะห์แนวคิดและบูรณาการมาเป็นความรู้ในระดับที่สูงขึ้น และปรับแต่งจดจำเพื่อให้สามารถดึงเอามาใช้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว

2.7.2 ทักษคติ

ทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก การประเมินต่าง ๆ รวมถึงความคิดเห็นทั้งในด้านดีหรือไม่ดี นำไปสู่การตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (30)

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจ ความคิดเห็นทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมทั้งทางบวกและทางลบ โดยบุคคลนั้นจะแสดงการตอบสนองต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์หนึ่ง ๆ ในรูปของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา (30)

สรุปทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองและพฤติกรรมที่แสดงออกมา

2.7.2.1 ประเภทของทัศนคติ บุคคลสามารถแสดงทัศนคติได้ 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติในด้านดีจากสภาพจิตใจที่ดี ซึ่งจะเป็นสิ่งนำพาให้บุคคลแสดงออกทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์

2. ทัศนคติเชิงลบ เป็นทัศนคติในด้านที่ไม่ดี ไม่ได้รับความเชื่อถือ ความไว้วางใจ หรืออาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กร สถาบัน องค์กร และอื่น ๆ

3. ทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็น คือการที่บุคคลไม่มีความคิดเห็น หรือไม่มีความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ (30)

สรุป ทัศนคติทั้ง 3 ประเภทข้างต้น บุคคลอาจมีทัศนคติมากกว่าหนึ่งประเภท ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้สึก หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

2.7.2.1 ประเภทของสเกลในการให้คะแนนทัศนคติ

1. Itemized-Category Scale คือ การให้คะแนนซึ่งชนิดของการตอบมีหลายประเภท โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตามระดับความรู้สึก เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งรูปแบบที่นิยมใช้กันมากคือ รูปแบบของ Likert Scale โดยเป็นการวัดที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง มีความเที่ยงตรงสูงกว่าแบบอื่น ๆ (31)

2. Comparative Scale คือ การเปรียบเทียบเป็นคู่ ๆ คำตอบจะอยู่ในลักษณะการเปรียบเทียบ เช่น ดีกว่า เท่ากัน หรือแย่กว่า เป็นต้น (31)

3. Rank-Order Scale คือ การเรียงลำดับสิ่งที่วัด อาจเรียงจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด หรือจากน้อยสุดไปหามากสุด (31)

4. Constant-Sum Scale คือ ผู้ตอบให้คะแนนส่วนหนึ่งจากคะแนนที่คงที่ เพื่อระบุขนาดหรือปริมาณของความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ (31)

งานวิจัยครั้งนี้ มีการวัดทัศนคติเรื่องเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง โดยข้อคำถามมีการแบ่งสเกลการให้คะแนนเป็นแบบ Itemized-Category Scale ซึ่งแต่ละข้อจะมีระดับให้เลือก 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.7.3 พฤติกรรม

พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากความรู้เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งพบว่าหากพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง สุขภาพของบุคคลนั้น ๆ จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบไปด้วยหลาย ๆ ปัจจัย เช่น สังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เป็นต้น (29)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลนั้น ๆ กลุ่มคน หรือคณะ เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพของพวกเขา ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์และผลสืบเนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การพัฒนานโยบายและการดำเนินงานต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ และเรื่องของคุณภาพชีวิต (29)

สรุป พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การแสดงออก ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลนั้น

2.7.3.1 พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ

1. พฤติกรรมในการป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ ทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ เมื่อรู้สึกมีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย เพื่อกำหนดสถานะทางสุขภาพ และค้นหาวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน

3. พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลนั้น ๆ เมื่อทราบว่าตนเองป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว เพื่อทำความเข้าใจ เข้ารับการรักษาตามคำแนะนำหรือคำสั่งของผู้ให้การรักษา (29)

2.7.3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า ปาก ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ

1. การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติ อุปสรรคของการปฏิบัติ

2. ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยโดยอ้อมในการจะแสดงพฤติกรรม เช่น เพศ อายุ สถานภาพ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำ เป็นปัจจัยโดยอ้อม ซึ่งถือเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น (29)

งานวิจัยครั้งนี้วัดพฤติกรรมเรื่องโรคมือ เท้า ปาก ในเด็ก โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย และพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 อายุและเพศ

การศึกษาในประเทศสิงคโปร์ Kua Ja et al. (32) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปาก ของเด็กในสิงคโปร์ โดยได้ดำเนินการศึกษาในผู้ปกครองที่บุตรเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กสิงคโปร์ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่พบ คือ อายุของเด็ก เมื่ออายุ 10 เดือนขึ้นไป มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก

การศึกษาในประเทศจีน Liu et al. (33) ได้ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ของโรคมือเท้าปาก ระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2562 ในเมืองไซโบ มณฑลซานตง ประเทศจีน โดยรวบรวมผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากจำนวน 52,095 คน ได้วิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาและรูปแบบการแพร่กระจายของโรคมือเท้าปาก การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปากพบในส่วนการเกิดโรคจะกระจุกอยู่ใจกลางเมืองและบริเวณโดยรอบ พบได้บ่อยที่สุดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นในเพศชาย พบว่านิสัยด้านอนามัยส่วนบุคคลที่ยังไม่ดี ทำให้ไวต่อการติดเชื้อเมื่อเทียบกับเด็กผู้หญิง เด็กผู้ชายมีกิจกรรมที่หลากหลายกว่าและมีแนวโน้มที่จะสัมผัสโรคมากกว่า และเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ

กนกวรรณ นวลเกิด (34) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่ เพศ

เบญจวรรณ ชัยวุฒิ (35) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมือเท้าปาก ในจังหวัดภาคเหนือ ประเทศไทย การศึกษาในโรงพยาบาล การศึกษารวมทั้งหมด 58 ราย ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือเท้าและปาก การศึกษาพบความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างโรคมือ เท้า ปาก กับปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ น้ำหนักแรกเกิด เส้นโค้งการเจริญเติบโต

ศิริญาพร ชันทะสอน (36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือเท้าปากของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ในภาคเหนือของประเทศไทย การศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เด็กอายุ ≤ 2 ปี (OR = 7.05, 95% CI = 3.25-15.28)

นริศรินทร์ วังโน (37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคมือเท้า ปาก ในบุตรที่เรียนโรงเรียนอินเตอร์ทอทส์ไตรลิงกวล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า ปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุและเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นในเพศชาย

2.8.2 ระดับการศึกษา

Kua Ja et al. (32) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปาก ของเด็กในสิงคโปร์ โดยดำเนินการศึกษาในผู้ปกครองที่บุตรเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กสิงคโปร์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่พบคือ การศึกษาระดับสูงของผู้ปกครอง

กนกวรรณ นวลเกิด (34) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็ก

นริศรินทร์ วังโน (37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคมือเท้า ปาก ในบุตรที่เรียนโรงเรียนอินเตอร์ทอทส์ไตรลิงกวล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

พัชรภรณ์ บติรัฐ (38) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้

เกษสุตา ศรีจักร์ (39) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของผู้รับผิดชอบงานในโรงเรียนอนุบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p\text{-value}=0.038$)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8.3 ศาสนา

ศิริญาพร ชันทะสอน (36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือเท้าปากของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ในภาคเหนือของประเทศไทย การศึกษาพบว่า ศาสนา คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ศาสนา เป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญ

2.8.4 อาชีพและรายได้

พัชรภรณ์ บติรัฐ (38) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า รายได้ เป็น ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กฤตวิษัช ไม้ทองงาม (40) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของครูในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การศึกษาและตำแหน่ง เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของครูและครูผู้ดูแลเด็ก

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาชีพและรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8.5 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

Kua Ja et al. (32) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปาก ของเด็กในสิงคโปร์ โดยดำเนินการศึกษาในผู้ปกครองที่บุตรเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กสิงคโปร์ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่พบ การมีพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก, ครอบครัวที่มีจำนวนเด็กสองคนหรือมากกว่าที่อยู่ในครอบครัว, สมาชิกในครอบครัวของปู่ย่าตายาย, ผู้ปกครอง, ครูผู้ดูแลเด็กและแม่บ้าน

กนกวรรณ นวลเกิด (34) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

ศิริญาพร ชันทะสอน (36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือเท้าปากของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ในภาคเหนือของประเทศไทย การศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 1.43$, $95\% CI = 1.04-1.97$)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน เป็นปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือ เท้า ปาก

2.8.6 การดื่มนมแม่และน้ำหนัก

ชญาพร อินตะ (29) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก ของเด็กคือ เพศ น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์และการได้รับนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยที่เพศหญิงมีโอกาที่จะเป็นโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าเพศชาย 1.80 เท่า ($90\% CI = 1.08-3.00$) เด็กที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ มีโอกาที่จะเป็นโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ 3.50 เท่า ($90\% CI = 1.24-9.88$) เด็กที่มีประวัติการดื่มนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน มีโอกาที่จะเป็นโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 1.97 เท่า ($95\% CI = 1.01-3.81$) เมื่อเทียบกับเด็กที่มีประวัติการดื่มนมแม่มากกว่า 6 เดือน

2.8.7 ความรู้

วีระยุทธ ปานหล้า (24) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค มือ เท้า ปากของผู้ปกครองเด็กกลุ่มชาติพันธุ์และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรค มือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4

Kua Ja et al. (32) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปาก ของเด็กในสิงคโปร์ โดยดำเนินการศึกษาในผู้ปกครองที่บุตรเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กสิงคโปร์ พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง มีระดับที่ต่ำ

ศิริญาพร ชันทะสอน (36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือเท้าปากของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ในภาคเหนือของประเทศไทย การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญ ความรู้ของผู้ปกครอง ($OR = 2.35$, $95\% CI = 1.47-3.77$) กลุ่มควบคุมมีความรู้ระดับสูง (38.5%) การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในผู้ปกครอง

นริศรินทร์ วังโน (37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคมือเท้า ปากให้บุตรที่เรียนโรงเรียนอินเตอร์ทอพลัสไตรลิงกัวล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามารดามีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคมือเท้า ปากเฉลี่ย 27.9 (S.D. 3.03) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 90.5

เกษสุตา ศรีจักร (39) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของผู้รับผิดชอบงานในโรงเรียนอนุบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

กฤตวิษัย ไม้ทองงาม (40) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของครูในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ครูโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก (HFMD) อยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.79 และระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูงในครูและผู้ดูแลเด็ก

Yogambiga (41) ได้ศึกษา ความรู้และความตระหนักของผู้ปกครองต่อโรคมือเท้าปากในมาเลเซีย: เมืองสลังอร์ โดยประเมินความรู้และความตระหนักต่อโรคมือเท้าปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ปกครองในมาเลเซีย ซึ่งได้รับคำตอบจากผู้เข้าร่วม 690 คน พบว่ามีผู้ปกครองเพียง 34.4% เท่านั้นที่มีความรู้ดี ความตระหนักของผู้ปกครองจะค่อนข้างสูง แต่มีความรู้ต่ำเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการระบุนาการของกรณีที่น่ารังเกียจ การรักษาขั้นพื้นฐาน และมาตรการป้องกันของโรคมือเท้าปาก

สกวเดือน ปันทะวงศ์ (42) ได้ศึกษาการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพของเทศบาลในจังหวัดเชียงราย พบว่าปัญหาการดำเนินงานพบว่าขาดการสื่อสาร ผู้ปกครองและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อในเด็ก ผู้ปกครองขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันโรคติดต่อ

ศิริรัตน์ ปานโต และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (43) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (38.8%)

อัจฉิมา ชนะกุล (44) ได้ศึกษาพฤติกรรมของครูต่อการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ พบว่าปัจจัยนำในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ด้านความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 82.85

สรุปการทบทวนวรรณกรรม ความรู้ของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการป้องกันโรคมือเท้า ซึ่งแต่ละพื้นที่มีระดับความแตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดจนถึงระดับมากที่สุด

2.8.8 พฤติกรรม

วีระยุทธ ปานหล้า (24) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค มือ เท้า ปากของผู้ปกครองเด็กกลุ่มชาติพันธุ์และผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน จำนวน 132 คน กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค มือ เท้า ปาก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.5

กนกวรรณ นวลเกิด (34) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง(mean = 3.84 , S.D. = 0.60)

นริศรินทร์ วังใน (37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคมือเท้า ปากให้บุตรที่เรียนโรงเรียนอินเตอร์ทอทส์ไทรลิงกวล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มารดามีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้า ปาก เฉลี่ย 35.7 (S.D. 3.22) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 83.5

พัชรภรณ์ บติรัฐ (38) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาวិจัยพบว่าผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.4

กฤตวิษ ไม้ทองงาม (40) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของครูในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าครูโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง

ศิริรัตน์ ปานโต และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (43) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (82.8%) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้โรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ($p\text{-value}=0.002$)

ชฎาพร โทปุรินทร์ (45) ได้ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสี จังหวัดลำพูน โดยศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 28 แห่ง ที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการป้องกันโรคมือเท้า ซึ่งแต่ละพื้นที่มีระดับความจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดจนถึงระดับมากที่สุด

2.8.9 ทศนคติ

แสงดาว เกษตรสุนทร และคณะ (12) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปากของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติต่อ พฤติกรรม อยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย11.18คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน)

ศิริญาพร ชันทะสอน (36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือเท้าปากของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ในภาคเหนือของประเทศไทย การศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญ ทัศนคติเชิงบวก (52.0%)

นริศรินทร์ วังโน (37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคมือเท้า ปากให้บุตรที่เรียนโรงเรียนอินเตอร์ทอทส์ไทรลิงกวล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มารดา มีคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรค มือเท้า ปาก เฉลี่ย 37.5 (S.D. 4.12) ปานกลาง ร้อยละ66.5

ศิริรัตน์ ปานโต และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (43) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัย พบว่าทัศนคติการป้องกันโรค ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ($P\text{-value}=0.855$)

อัจจิมา ชนะกุล (44) ได้ศึกษาพฤติกรรมของครูต่อการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ พบว่าปัจจัยนำในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก พบว่าทัศนคติในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.42

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทัศนคติ การป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการป้องกันโรคมือเท้า ซึ่งแต่ละพื้นที่มีระดับความจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับมากที่สุด

2.8.10 การดูแลเด็กและด้านสิ่งแวดล้อม

บุญเลิศ จันทรหอม (4) ได้ศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขภาพอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ศึกษาด้าน

ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก ด้านสุขอนามัยของเด็กและด้านสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 83.1) และมีการปฏิบัติดูแลเด็กในการควบคุม ป้องกันโรคมือเท้าปากได้ถูกต้อง (ร้อยละ 94.1) เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการดูแลให้มี สุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 68.2) แต่พบว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางส่วนมีความรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ในเรื่องอาการ การติดต่อและการป้องกันโรคมือเท้าปาก และผู้ดูแลเด็กบางส่วนไม่ปฏิบัติเป็นประจำ ทุกครั้งในด้านสุขอนามัยของเด็ก ในเรื่องการล้างมือ การดูแลไม่ให้เด็กใช้แก้วน้ำร่วมกัน การคัดกรอง เด็กป่วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน ร้อยละ 31.8 มีสิ่งแวดล้อม ไม่ผ่านตามเกณฑ์ประเมินศูนย์เด็ก เล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค และ พบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในด้านการ ดูแลสิ่งแวดล้อมเรื่องการทำความสะอาดของเล่นกับการเกิดโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.02$) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่พบการเกิดโรคมือเท้าปากจำนวน 10 ศูนย์ พบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กทั้งการด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลด้านการดูแลเด็กและด้าน การดูแลสิ่งแวดล้อมมากกว่าร้อยละ 10 ยังไม่เป็นไปตามแนวทางการควบคุมป้องกันโรคของกรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในหัวข้อการคัดกรองเด็กป่วย การทำความสะอาดเครื่องนอน และ ของเล่น

แสงดาว เกษตรสุนทร (12) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และ ปากของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจใน การคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.46 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน)

ชญาพร โทปรินทร์ (26) ได้ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 28 แห่ง ที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งมีการดำเนินงานไม่ ถูกต้อง เช่น การทำความสะอาดของเล่นของใช้ไม่ถูกต้อง และมีการปิดศูนย์น้อยกว่า 5 วันทำการ

ชญาพร อินตะ (29) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กที่อยู่ในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มี การระบายอากาศไม่ดีมีโอกาสติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก สูงกว่าเมื่อเทียบกับเด็กใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดีนอกจากนี้เด็กที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ไม่มีสบู่ในห้องน้ำและผู้ที่ไม่ได้ ล้างมือก่อนและหลังใช้ห้องน้ำก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก มากขึ้นการศึกษาเน้น ความสำคัญของการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสำหรับการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก ในเด็ก

Kua Ja et al. (32) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปาก ของเด็กในสิงคโปร์ โดยดำเนินการศึกษาในผู้ปกครองที่บุตรเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กสิงคโปร์ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่พบ การล้างของเล่นด้วยสบู่ทุก ๆ 2-3 สัปดาห์ ฆ่าเชื้อของเล่นทุก ๆ 2-3 สัปดาห์ น້ายาทำความสะอาดจากแหล่งภายนอก การเข้าเรียน และชั้นเรียน ขนาดของศูนย์ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

วรรณิตา สอนทองแดง (46) ได้ศึกษาการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า เด็กไม่ได้รับการตรวจสุขภาพและคัดกรองอาการป่วย ไม่มีห้องแยกเด็กป่วย มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เด็กนานๆ ครั้ง ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองไม่ได้รับการอบรมเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ไม่ได้จัดกิจกรรมล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ และไม่ได้ทำความสะอาดเครื่องนอนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ด้านบุคลากร พบว่าผู้ดูแลเด็ก/พี่เลี้ยงประเมินพัฒนาการเด็กและส่งเสริมพัฒนาการไม่ได้้อตราส่วนครูดต่อเด็กเท่ากับ 1 ต่อ 20

ผุสดี ลอ (47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมกับการเกิดโรคมือเท้าปากสูงในภาคเหนือ ประเทศไทย พบตัวแปร 2 ตัวที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ที่สูง ได้แก่ จำนวนการใช้ได้ในห้องน้ำและขนาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จำนวนอ่างล้างมือในห้องน้ำ มีโอกาสติดเชื้อโรคมือ เท้า ปากมากกว่าเด็กที่อาศัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (AOR = 4.21; 95% CI = 1.13–15.04) เด็กที่อาศัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ มีโอกาสติดเชื้อโรคมือเท้าปากมากกว่าผู้ที่อาศัยในศูนย์พัฒนาเด็กขนาดเล็ก (AOR = 3.28; 95% CI = 1.21–5.18)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลเด็กและด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ดูแลเด็กพบว่า ไม่มีการคัดกรองโรคมือเท้า ปาก ก่อนเข้าเรียน และ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการการป้องกันโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบบางพื้นที่เท่านั้นที่ปฏิบัติตามแนวทางและผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กปลอดภัย

2.8.11 การบริหารจัดการ

เกษสุตา ศรีจักร (39) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้า และปาก ของผู้รับผิดชอบงานในโรงเรียนอนุบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนความรู้ วัสดุ- อุปกรณ์จากบุคลากรสาธารณสุข ($p\text{-value}=0.001$) ประวัติการอบรม($p\text{-value}=0.001$) การได้รับการมอบหมายงาน($p\text{-value}=0.001$) และการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.0

อัจฉิมา ชนะกุล (44) ศึกษาพฤติกรรมของครูต่อการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอมือง จังหวัดกระบี่ พบว่าปัจจัยเอื้อในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากด้านความพอเพียงของทรัพยากรอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 90.00 ปัจจัยเสริมในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 55.72 ปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติในการ ควบคุม ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของครูปัจจัยเอื้อด้านความพอเพียงของทรัพยากรในการ ควบคุม และ ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01

สุสดี ลอ (47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมกับการเกิดโรคมือเท้าปากสูง ในภาคเหนือ ประเทศไทย พบว่าการจัดสรรงบประมาณประจำปีและกลยุทธ์การควบคุมและป้องกัน โรคมือเท้าปาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการควบคุมและป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการควบคุมโรคมือเท้าปากและการป้องกัน

ณิษกานต์ นันทาลิต (48) ศึกษาการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น อำเภอนาทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอนาทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณา เป็นรายด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ ในระดับมากรองลงมา ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมากและด้านวิชาการและกิจกรรมตามหลักสูตร ตามลำดับ ปัญหาการดำเนินงานพบว่าขาดงบประมาณสนับสนุนในดำเนินงาน อาคารสถานที่ไม่เอื้อ ในการจัดการเรียนการสอน ครูขาดการพัฒนา ชุมชนยังขาดความร่วมมือ และผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการประชุมเครือข่าย

สกวเดือน ปันทะวงศ์ (49) ศึกษาการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็ก เล็กคุณภาพของเทศบาลในจังหวัดเชียงใหม่ หน่วยงานท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าการบริหารจัดการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ได้รับการสนับสนุน ความรู้ วัสดุ- อุปกรณ์จากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการจัดงบประมาณประจำปี การพัฒนาด้าน บุคลากร และจำนวนของบุคลากรไม่มีความเพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคมือเท้าปาก เกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครอง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการบริหารจัดการ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้

จะทำการศึกษาปัจจัยทั้งสามปัจจัยพร้อมกัน เพื่อหาความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากต่อไป



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการศึกษาการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบ การสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical-cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความชุกของโรคมือเท้าปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการดำเนินงานป้องกันโรค ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.1 รูปแบบวิธีวิจัย

การสำรวจภาคแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical-cross-sectional study)

3.2 พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.3 กลุ่มประชากรศึกษา

3.3.1 กลุ่มผู้ปกครองที่นำเด็กมาเข้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.3.2 ครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.4 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้คือ กลุ่มผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

3.4.1 เกณฑ์การคัดเลือก

3.4.1.1 กลุ่มผู้ปกครอง

1. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดที่อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2. สามารถพูด ฟัง สื่อสารภาษาไทย ภาษาเหนือได้

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.4.1.2 กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก

1. ครูผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงรายไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.4.2 เกณฑ์การคัดออก

3.4.2.1 กลุ่มผู้ปกครอง

เป็นผู้พิการทางการมองเห็น การได้ยิน การพูด สื่อสาร และการเคลื่อนไหว

3.4.2.1 กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก

เป็นครูผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่ถึง 1 ปี

3.5 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.5.1 วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น นักวิจัยจะเริ่มจากการดำเนินการสุ่มสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 11 แห่ง ซึ่งจะแยกสุ่มสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้น จะดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองจากข้อมูลรายชื่อสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยวิธีสุ่มแบบง่าย และกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กเก็บทั้งหมด 52 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณดังนี้ (50)

$$n = Z_1^2 - \frac{a}{2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

Z = ค่าสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

P = อัตราความชุกของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก เท่ากับ 0.43(51)

d = ค่าความคลื่อนที่จะพบโรคเท่ากับ 0.05

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 376 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย 5 % จะต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 395 คน

3.5.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง แบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ประชากร	สัดส่วน	ผู้ปกครอง	แบบสอบถาม ที่เก็บได้
1.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปางลาว	27	3.15	12	12
2.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโป่งพระบาท	23	2.68	11	11
3.โรงเรียนเทศบาลตำบลบ้านดู่	155	18.09	71	70
4.โรงเรียนบ้านหัวแคร่	44	5.13	20	19
5.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเล็กไถ่	61	7.12	28	27
6.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโป่งน้ำตก	18	2.10	8	8
7.โรงเรียนบ้านดู่	76	8.87	35	35
8.โรงเรียนบ้านป่าสักไก่อ	63	7.35	29	28
9.โรงเรียนบ้านโป่งพระบาท	63	7.35	29	29
10.โรงเรียนบ้านโป่งน้ำตก	42	4.90	21	20
11.โรงเรียนสาธิต ม.ราชภัฏ	285	33.26	131	130
รวม	857	100	395	389

ตารางที่ 3.2 ตารางแสดงการเก็บข้อมูลครูผู้ดูแลเด็ก

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ครูผู้ดูแลเด็กทั้งหมด	แบบสอบถามที่เก็บได้
1.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปางลาว	4	4
2.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโป่งพระบาท	2	2
3.โรงเรียนเทศบาลตำบลบ้านดู่	9	7
4.โรงเรียนบ้านหัวแคร่	3	3
5.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเล็กไถ่	6	6

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	ครูผู้ดูแลเด็กทั้งหมด	แบบสอบถามที่เก็บได้
6.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโป่งน้ำตก	3	3
7.โรงเรียนบ้านดู่	6	5
8.โรงเรียนบ้านป่าสักไก่อ	4	4
9.โรงเรียนบ้านโป่งพระบาท	4	4
10.โรงเรียนบ้านโป่งน้ำตก	3	3
11.โรงเรียนสาธิต ม.ราชภัฏ	8	8
รวม	52	49

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการพัฒนาเครื่องมือ

3.6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.6.1.1 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา จะใช้แบบสอบถามผู้ปกครอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก โรคประจำตัวของเด็ก ยาที่เด็กรับประทานประจำ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การดื่มนมแม่ เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของผู้ปกครอง มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วีรยุทธ ปานหล้า (24) เมื่อรวมคะแนนทั้งหมด 10 ข้อจะใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.10-79.90	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งลำดับเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของชฎาพร อินตะ (29) มีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

ทัศนคติเชิงบวก	เกณฑ์การให้คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
ทัศนคติเชิงลบ	เกณฑ์การให้คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
เห็นด้วย	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

นำมาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติ เกณฑ์ในการแบ่งระดับทัศนคติ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.10-79.90	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก โดยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบจัดลำดับ จัดลำดับ โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติน้อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ กนกวรรณ นวลเกิด (34) การวัดระดับพฤติกรรม มีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

พฤติกรรมเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน
เกือบทุกครั้ง	4 คะแนน
ทุกครั้ง	5 คะแนน

พฤติกรรมเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	5 คะแนน
น้อย	4 คะแนน

บางครั้ง	3 คะแนน
เกือบทุกครั้ง	2 คะแนน
ทุกครั้ง	1 คะแนน

นำมาหาคาเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม เสนอในการแบ่งระดับพฤติกรรม ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.10-79.90	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ระดับต่ำ

3.6.2 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา จะใช้เครื่องมือแบบสอบถามของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การอบรม ประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลเด็ก วิธีปฏิบัติเมื่อเด็กในความดูแลป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วีรยุทธ ปานหล้า (24) เกณฑ์การประเมินระดับความรู้ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทั้งหมด 10 ข้อจะใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.10-79.90	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบจัดลำดับ แบ่งลำดับเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชฎาพร อินตะ (29) มีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

ทัศนคติเชิงบวก	เกณฑ์การให้คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
ทัศนคติเชิงลบ	เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
เห็นด้วย	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

นำมาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับทัศนคติ จะใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับทัศนคติ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.10-79.90	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก โดยเป็นแบบสอบถามระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบจัดลำดับ จัดลำดับ โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ กนกวรรณ นวลเกิด (34) การวัดระดับพฤติกรรม มีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

พฤติกรรมเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน
เกือบทุกครั้ง	4 คะแนน
ทุกครั้ง	5 คะแนน

พฤติกรรมเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	5 คะแนน
น้อย	4 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน
เกือบทุกครั้ง	2 คะแนน
ทุกครั้ง	1 คะแนน

นำมาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรม จะใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรม ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.10-79.90	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ระดับต่ำ

3.6.3 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา จะใช้เครื่องมือแบบประเมินสภาพแวดล้อมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ใช้แบบประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดภัย ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 35 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นคำถามแบบเติมคำ ได้แก่ จำนวนครู จำนวนเด็กในห้องเรียน และประวัติการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในสถานพัฒนาเด็กเล็ก แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีนโยบาย หรือแผนปฏิบัติงาน หรือโครงการ ประจำปีในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อของศูนย์เด็กเล็ก, สัดส่วนผู้ดูแลเด็กต่อเด็ก 1 ต่อ 20, การตรวจสุขภาพประจำปีของครูผู้ดูแลเด็ก, การได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ, การปฏิบัติตนเมื่อป่วย, การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำหรับเด็ก, แฟ้มประวัติสุขภาพของเด็ก การบันทึกการได้รับวัคซีน, แนวทางการแยกเด็กป่วย, การตรวจสอบคุณภาพนม

ส่วนที่ 3 ลักษณะการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกอาคาร แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ แสงสว่างภายในอาคาร, ขนาดของพื้นที่, เครื่องใช้ส่วนตัว, จำนวนห้องน้ำ, อ่างล้างมือ, สบู่หรือเจลล้างมือ, จำนวนถังขยะ, การจัดการขยะ, น้ำดื่มน้ำใช้

ส่วนที่ 4 การทำความสะอาด แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สิ่งของ เครื่องใช้และของเล่นสำหรับเด็ก/อาคารสถานที่ ได้แก่ ความถี่ในการทำความสะอาดแก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า ความถี่ในการซักทำความสะอาดที่นอน ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม การทำความสะอาดของเล่น ความถี่ในการทำความสะอาดพื้นและผนังห้องนอน ห้องเล่น ห้องเรียน ลักษณะน้ำยาที่ใช้ทำความสะอาด ความถี่ในการทำความสะอาดบริเวณรอบอาคาร ห้องน้ำ บริเวณสนามเล่น

วิธีการประเมิน ตั้งแต่ข้อ 1 -17 ตั้งแต่ข้อ 18-35 เป็นแบบสังเกตและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก เป็นแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันโรคในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้ประเมินสอบถามโดยใช้คำถามปลายเปิด ประเมินตามหัวข้อตามแบบประเมิน

เกณฑ์การผ่านประเมิน คะแนนรวม ตั้งแต่ 28 คะแนน ขึ้นไป (ร้อยละ 80)

3.6.4 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

3.6.4.1 ทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี โดยนำข้อมูลที่ได้มาตั้งเป็นหัวข้อต่าง ๆ ในเครื่องมือ

3.6.4.2 เรียบเรียงข้อมูลเนื้อหาพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาเป็นโครงร่างแบบสอบถาม

3.6.4.3 สร้างเครื่องมือแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.6.4.4 พัฒนาแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของงานวิจัย

3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.7.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดวัตถุประสงค์นั้น

คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดนั้น

คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถไม่วัดนั้น

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา มีการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) โดยข้อคำถามแต่ละข้อที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะต้องมีค่า IOC อยู่ที่ 0.5 ขึ้นไป (52)

ผลคะแนน IOC ภาพรวม ดังนี้

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือกลุ่มผู้ปกครอง เท่ากับ 0.92

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือกลุ่มผู้ดูแลเด็ก เท่ากับ 0.96

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (แบบสอบถาม) โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ปกครอง

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 0.93

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลเด็ก

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 1

3.7.2 การหาความเชื่อมั่น(Reliability)

เป็นการตรวจสอบความคงเส้นคงวา หรือ ความคงที่ของผลการวัด ผลของการวัดอาจจะเป็นคะแนนหรืออันดับที่ก็ตาม เมื่อวัดได้ผลออกมาแล้วสามารถเชื่อถือได้ในระดับสูงจนสามารถประกันได้ว่า ถ้าตรวจสอบผลซ้ำอีกก็ครั้งก็จะได้ผลใกล้เคียงและสอดคล้องกับผลการวัดเดิม (52) โดยใช้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha α ไม่ต่ำกว่า 0.7 (52)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและดูความเข้าใจและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้สรุปผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มผู้ปกครอง

ชุดแบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก	0.782
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก	0.801
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	0.714
ค่าของแบบสอบถามรวมทั้งหมด	0.747

กลุ่มผู้ดูแลเด็ก

ชุดแบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก	0.806
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก	0.812
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	0.724
ค่าของแบบสอบถามรวมทั้งหมด	0.781

3.8 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

3.8.1 จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

3.8.2 ดำเนินการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและวัตถุประสงค์ในพื้นที่

3.8.3 ดำเนินการติดต่อประสานกับครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อขอบัญชีรายชื่อผู้ปกครอง และทำการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ

3.8.4 จัดทำแผนเก็บแบบสอบถามและนัดหมายครูผู้ดูแลเด็ก

3.8.5 ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีครูผู้ดูแลเด็กเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

3.8.6 ตรวจสอบรวบรวมเอกสาร เพื่อนำมาบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.9.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ คือ

3.9.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะใช้สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติและจะใช้ค่าต่ำสุดสูงสุดและค่าเฉลี่ยในตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบอื่นตัวแปรที่จะใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนาได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก

3.9.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ *chi-square* *Multiple regression* โดยทำการวิเคราะห์ *chi-square* แล้วนำไปวิเคราะห์ *simple logistic regression* โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากนั้นจึงนำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ *Simple Logistic Regression* มาเข้าสู่การวิเคราะห์ปัจจัยรวม โดยใช้ *Multiple logistic regression* ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แล้วพิจารณาตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเริ่มต้นตัวแปรที่มีค่า *p-value* สูงสุดแล้วคำนวณซ้ำจนกระทั่งเหลือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น

3.10 ขั้นตอนการเตรียมการและดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.10.1 ทบทวนเอกสารงานวิจัย ค้นคว้าข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย

3.10.2 ดำเนินการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

3.10.3 พัฒนาแบบสอบถามสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูล มีการทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha ไม่ต่ำกว่า 0.7 หลังจาก

นั้น นำเครื่องมือแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และแก้ไขตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

3.10.4 ทำการติดต่อประสานงานขออนุญาตเก็บข้อมูลกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่จำนวน 11 แห่ง โดยการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จัดส่งให้กับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

3.10.5 หลังจากได้รับอนุญาตจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แล้ว ทำการดำเนินการติดต่อประสานกับครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อขอบัญชีรายชื่อผู้ปกครอง และทำการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ

3.10.6 จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย

3.10.7 ดำเนินการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและวัตถุประสงค์ในพื้นที่

3.10.8 ดำเนินการเก็บข้อมูล จะทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบเองตามความเหมาะสม โดยจะนำแบบสอบถามใส่ซองกระดาษที่มีผนึกแล้ว หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ทำการตอบแบบสอบถามแล้วนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามคืนในซองแล้วปิดผนึกกาไว้แน่น สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยมีครูผู้ดูแลเด็กเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.10.9 สรุปผลงานวิจัย

3.10.10 เผยแพร่ผลงานหรือเขียนวิทยานิพนธ์

3.11 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง รหัสโครงการวิจัย EC 24035-18 ลงวันที่ 3 เมษายน 2567 และขออนุญาตจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่ละพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและนามสกุล ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้ปกครองจำนวนทั้งหมด 389 คน กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก 49 คน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวน 11 แห่ง ในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง

ข้อมูลผู้ปกครองทั้งหมด 389 คน จากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวนทั้งหมด 11 แห่งในตำบลบ้านดู่ พบว่าร้อยละ 74.0 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยคือ 35.5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 88.2 อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.0 มีสมาชิกในครัวเรือน 3-5 คน ร้อยละ 89.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 33.7 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 54.8 มีรายได้ครอบครัว 10,001-30,000 ต่อเดือน และร้อยละ 62.2 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

บทบาทหน้าที่การดูแลเด็กพบว่าร้อยละ 78.4 พ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 84.8 มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 81.7 มีระดับทัศนคติที่สูง และร้อยละ 87.7 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่สูง ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ปกครอง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	389	100.0
เพศ		
ชาย	101	26.0
หญิง	288	74.0
อายุของผู้ปกครอง(ปี)		
≤30	74	19.0
31-40	252	64.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
≥40	63	16.2
ค่าเฉลี่ย = 35.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.25 ค่าสูงสุด = 58 ค่าต่ำสุด = 22		
สถานภาพ		
โสด	7	1.8
สมรส	343	88.2
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	39	10.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน(คน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ2	14	3.6
3-5	315	81.0
มากกว่าหรือเท่ากับ6	60	15.4
เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้าน(คน)		
1	307	78.9
มากกว่าหรือเท่ากับ2	82	21.1
ค่าเฉลี่ย = 1.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.474 ค่าสูงสุด = 3 ค่าต่ำสุด = 1		
ศาสนา		
พุทธ	347	89.2
คริสต์	36	9.3
อิสลาม ฮินดูและไม่นับถือศาสนา	6	1.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	4.4
ค้าขาย	131	33.7
ข้าราชการ	49	12.6
รับจ้าง	91	23.3
ขายของออนไลน์/ธุรกิจส่วนตัว	101	26.0
รายได้ครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ10,000	28	7.2
10,001-30,000	213	54.8
30,001-50,000	88	22.6

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 50,000	60	15.4
ค่าเฉลี่ย 36,268 ค่าสูงสุด = 460,000 ค่าต่ำสุด = 0		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา	47	12.1
มัธยมศึกษา	64	16.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	278	71.5
ผู้ดูแลหลัก		
พ่อ/แม่	304	78.2
ปู่ย่า/ตายาย / ญาติ	85	21.8
ระดับความรู้		
ต่ำ	22	5.7
กลาง	37	9.5
สูง	330	84.8
ค่าเฉลี่ย = 8.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.17 ค่าสูงสุด = 10 ค่าต่ำสุด = 3		
ระดับทัศนคติ		
ต่ำ	2	0.5
ปานกลาง	69	17.7
สูง	318	81.7
ค่าเฉลี่ย = 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.55 ค่าสูงสุด = 5 ค่าต่ำสุด = 2		
ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก		
ต่ำ	2	0.5
ปานกลาง	46	11.8
สูง	341	87.7
ค่าเฉลี่ย = 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.55 ค่าสูงสุด = 5 ค่าต่ำสุด = 2		

4.2 ลักษณะทั่วไปของเด็ก

คุณลักษณะทั่วไปของเด็กพบว่าร้อยละ 52.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.7 เคยป่วยด้วยโรคมือ เท้าปาก แยกตามเพศพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 53.8 อายุเฉลี่ย 3.41 ปี ร้อยละ 64.8 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 54.0 มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 64.8 มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 8.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 5.9 มียาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 20.3 มีประวัติการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ร้อยละ 63.0 พบว่ามีการดื่มนมแม่มากกว่า 6 เดือน ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเด็ก

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	389	100.0
เพศ		
ชาย	204	52.4
หญิง	185	47.6
ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก		
ป่วย	104	26.7
ไม่ป่วย	285	73.3
ผู้ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก แยกตามเพศ		
เพศชาย	56	53.8
เพศหญิง	48	46.2
อายุ(ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	234	60.2
3-6	155	39.8
ค่าเฉลี่ย = 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.06 ค่าสูงสุด = 1 ค่าต่ำสุด = 6		
น้ำหนักต่ออายุ(ใช้เกณฑ์อ้างอิง กรมอนามัย ปี 2564)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	50	12.8
ตามเกณฑ์	252	64.8
มากกว่าเกณฑ์	87	22.4
ส่วนสูงต่ออายุ (ใช้เกณฑ์อ้างอิง กรมอนามัย ปี 2564)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	68	17.5
ตามเกณฑ์	210	54.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	111	28.5
น้ำหนักต่อส่วนสูง (ใช้เกณฑ์อ้างอิง กรมอนามัย ปี2564)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	50	12.8
ตามเกณฑ์	252	64.8
สูงกว่าเกณฑ์	87	22.4
โรคประจำตัว		
มี	34	8.7
ไม่มี	355	91.3
ยาที่ต้องทานประจำ		
มี	23	5.9
ไม่มี	366	94.1
ประวัติการนอนโรงพยาบาล		
มี	79	20.3
ไม่มี	310	79.7
การดื่มนมแม่(เดือน)		
<6	144	37.0
≥6	245	63

4.3 ลักษณะทั่วไปของครูผู้ดูแลเด็ก

คุณลักษณะของครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า อายุเฉลี่ย 46 ปี ร้อยละ 85.7 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 65.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.9 มีบุตรแล้ว ในส่วนของระยะเวลาในการทำงานดูแลเด็กพบว่า ร้อยละ 83.7 ดูแลเด็กมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 51 ไม่เคยอบรมเรื่องโรคติดต่อ ร้อยละ 65.3 เด็กในความดูแลเคยป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก พบว่าร้อยละ 79.6 อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากร้อยละ 75.5 อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 95.9 มีพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	49	100.0
อายุ(ปี)		
น้อยกว่า35	4	8.2
มากกว่าหรือเท่ากับ35	45	91.8
ค่าเฉลี่ย = 46.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.697 ค่าสูงสุด = 59 ค่าต่ำสุด = 27		
เพศ		
ชาย	7	14.3
หญิง	42	85.7
สถานภาพ		
โสด	9	18.4
สมรส	32	65.3
หย่า/หม้าย	8	16.3
ศาสนา		
พุทธ	45	91.8
คริสต์	4	8.2
การมีบุตร		
มี	39	79.6
ไม่มี	10	20.4
ระยะเวลาในการทำงานดูแลเด็ก (ปี)		
0-3	4	8.2
3-5	4	8.2
≥ 5	41	83.7
ค่าเฉลี่ย =15.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.24 ค่าสูงสุด = 33 ค่าต่ำสุด =2		
การอบรมเรื่องโรคติดต่อ		
เคย	24	49.0
ไม่เคย	25	51.0
เด็กในความดูแลป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก		
มี	32	65.3

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	17	34.7
ระดับความรู้		
ต่ำ	0	0.0
กลาง	10	20.4
สูง	39	79.6
ค่าเฉลี่ย = 8.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.89 ค่าสูงสุด = 10 ค่าต่ำสุด = 6		
ระดับทัศนคติ		
ต่ำ	0	0.0
ปานกลาง	12	24.5
สูง	37	75.5
ค่าเฉลี่ย = 4.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.61 ค่าสูงสุด = 5 ค่าต่ำสุด = 2		
ระดับพฤติกรรม		
ต่ำ	0	0.0
ปานกลาง	2	4.1
สูง	47	95.9
ค่าเฉลี่ย = 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.42 ค่าสูงสุด = 5 ค่าต่ำสุด = 3		

4.4 ลักษณะทั่วไปของสภาพแวดล้อมภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

การประเมินและสำรวจลักษณะสภาพแวดล้อมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้ง 11 แห่ง พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.64 และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.36 และยังพบว่าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมินพบผู้ป่วยโรคมือเท้า ปากต่อเนื้องทุกปี

จากการประเมินด้านนโยบายพบว่าร้อยละ 63.6 ไม่มีแผนปฏิบัติงานหรือโครงการประจำปี ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 9.1 ไม่มีการประชุมการประชุม คณะทำงาน ร้อยละ 36.3 สัดส่วนจำนวนครูต่อเด็ก 1:20 ไม่เป็นตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข และพบว่า ร้อยละ 54.5 ที่มีขนาดของพื้นที่ต่อเด็กด้วยอัตราส่วน 2:1

ตารางที่ 4.5 ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

สถานพัฒนา เด็กปฐมวัย	ด้านที่ 1 นโยบาย	ด้านที่ 2 ด้าน กายภาพและ สิ่งแวดล้อม	คะแนน รวม	ผลการประเมิน	มีผู้ป่วย
คะแนนเต็ม	17	18	35	28	
ก	15.5	18	33.5	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
ข	15	18	33	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
ค	15.5	17	32.5	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
ง	16	15	31	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
จ	13.5	18	31.5	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
ฉ	10.5	18	28.5	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
ช	12.5	16	28.5	ผ่านเกณฑ์	ไม่มีผู้ป่วย
ซ	12	15	27	ไม่ผ่านเกณฑ์	มีผู้ป่วย
ณ	12	15	27	ไม่ผ่านเกณฑ์	มีผู้ป่วย
ญ	10	16	26	ไม่ผ่านเกณฑ์	มีผู้ป่วย
ฎ	10	16	26	ไม่ผ่านเกณฑ์	มีผู้ป่วย

4.5. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตาม คุณลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก ด้วยสถิติไคสแควร์

คุณลักษณะของผู้ปกครองพบว่า ร้อยละ 74 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยคือ 35.71 ปี ร้อยละ 88.2 อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81 มีสมาชิกในครัวเรือน 3-5 คน ร้อยละ 89.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 33.7 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 54.8 มีรายได้ครอบครัว 10,001-30,000 ต่อเดือน และร้อยละ 62.2 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

บทบาทหน้าที่ดูแลเด็กพบว่าร้อยละ 78.4 พ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 84.8 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.9 มีทัศนคติในระดับสูง ร้อยละ 50.9 และร้อยละ 57.6 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับที่สูงมาก

คุณลักษณะของเด็กพบว่า ร้อยละ 52.4 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 2-5 ปี ร้อยละ 87.1 มีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ร้อยละ 53.8 มีประวัติการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ร้อยละ 53.84 เป็นเด็กเพศชาย ร้อยละ 26.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.7 มียาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ

ร้อยละ 5.9 มีประวัติเข้าเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 20.3 นอกจากนี้ร้อยละ 63.98 ตื่นนอนเร็วกว่า 6 เดือน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก พบว่า ผู้ดูแลหลัก ระดับความรู้และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก $p\text{-value} = 0.004, 0.014,$ และ 0.012 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตามคุณลักษณะของผู้ปกครอง

ลักษณะทั่วไป	ติดเชื้อ		ไม่ติดเชื้อ		χ^2	$p\text{-value}$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.57	0.320
ชาย	27	26.0	74	26.0		
หญิง	77	74.0	211	74.0		
อายุ					0.14	0.931
21-30	21	20.2	21	20.2		
31-40	66	63.5	66	63.5		
≥ 40	17	16.3	17	16.3		
สถานภาพ					3.84	0.689
โสด	2	1.9	5	1.8		
สมรส	90	86.5	253	88.8		
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	12	11.5	27	9.5		
จำนวนสมาชิก					2.51	0.113
≤ 2	6	5.8	8	2.8		
3-5	79	76.0	236	82.8		
≥ 6	19	18.3	41	14.4		
ศาสนา					0.678	0.411
พุทธ	95	91.3	252	88.4		
อื่นๆ	9	8.7	33	11.6		
อาชีพ					0.62	0.987
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	4.8	12	4.2		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ติดเชื่อ		ไม่ติดเชื่อ		χ^2	<i>p-value</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้าขาย	35	33.7	96	33.7		
ข้าราชการ	14	13.5	35	12.3		
รับจ้าง	21	20.2	56	19.6		
ขายของออนไลน์/ ธุรกิจส่วนตัว	27	26.0	74	26.0		
รายได้					6.75	0.080
≤10,000	6	5.8	22	7.7		
10,001-30,000	57	54.8	156	54.7		
30,001-50,000	31	29.8	57	20.0		
≥50,000	10	9.6	50	17.5		
ระดับการศึกษา					0.02	0.988
ประถมศึกษา	13	12.5	34	12		
มัธยม	17	16.3	47	16.5		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	74	71.1	204	71.6		
ผู้ดูแลหลัก					11.17	0.004*
พ่อ/แม่	70	67.3	235	82.5		
ปู่ย่า/ตายาย ลุงป้า/น้าอา	34	32.7	50	17.5		
ระดับความรู้					8.56	0.014*
ต่ำ	4	3.8	18	6.3		
ปานกลาง	3	2.9	34	11.9		
สูง	97	93.3	233	81.8		
ระดับทัศนคติ					4.59	0.101
ต่ำและปานกลาง	12	11.5	57	20.0		
สูง	92	88.5	226	79.3		
เพศ(เด็ก)					0.33	0.563
ชาย	52	50	152	53.3		
หญิง	52	50	133	46.7		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ติดเชื้อ		ไม่ติดเชื้อ		χ^2	<i>p-value</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ(ปี)						
≤3	55	52.9	178	62.5		
3-6	49	47.1	106	37.2		
จำนวนเด็กในบ้าน					3.04	0.128
1	74	71.2	233	81.8		
≥2	30	28.9	52	18.2		
น้ำหนักต่ออายุ					1.01	0.601
ต่ำกว่าเกณฑ์	11	10.6	40	14.1		
ตามเกณฑ์	71	68.3	181	63.5		
สูงกว่าเกณฑ์	21	20.2	64	22.5		
ส่วนสูงต่ออายุ					0.94	0.623
ต่ำกว่าเกณฑ์	65	62.4	171	60		
ตามเกณฑ์	12	11.5	30	10.5		
สูงกว่าเกณฑ์	27	25.9	84	29.5		
น้ำหนักต่อส่วนสูง					2.87	0.238
ต่ำกว่าเกณฑ์	11	10.6	48	16.9		
ตามเกณฑ์	73	70.2	177	62.1		
สูงกว่าเกณฑ์	20	19.2	60	21.1		
โรคประจำตัว					2.51	0.113
มี	13	12.5	21	7.4		
ไม่มี	91	87.5	264	92.6		
ยาที่ต้องทานประจำ					3.50	0.061
มี	10	9.6	13	4.6		
ไม่มี	76	73.1	234	82.1		
การดื่มนมแม่(เดือน)					12.26	0.506
<6	35	33.65	78	27.4		
≥6	69	66.35	207	72.6		

4.6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตาม คุณลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก

เมื่อทำการวิเคราะห์ *chi-square* แล้วนำไปวิเคราะห์ *Simple logistic regression* โดยกำหนดค่า $p\text{-value} < 0.05$. จากนั้นจึงนำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ *Simple Logistic Regression* มาเข้าสู่การวิเคราะห์ปัจจัยรวม โดยใช้ *Multiple regression* ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตามคุณลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก พบว่าผู้ปกครองที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท มีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 2.28 เท่า (95%CI= 1.06-4.93) เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท และยังพบอีกว่าผู้แลหลักที่เป็นปู่ย่า/ตายาย/ลุงป้า/น้าอา มีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 2.48 เท่า (95%CI= 1.45-4.26) เมื่อเทียบกับผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อแม่ จำนวนเด็กในบ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 1.85 เท่า (95%CI=1.07-3.21) เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปีในบ้านน้อยกว่า 2 คน ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 0.2 เท่า (95%CI=0.06-0.69) เมื่อเทียบกับความรู้การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 3.02 เท่า (95%CI=1.12-8.14) เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ตามคุณลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก

ลักษณะทั่วไป	OR	95%CI	<i>p-value</i>	<i>OR_{adj}</i>	95%CI	<i>p-value</i>
เพศ						
ชาย	1.31	0.70-2.46	0.394			
หญิง	1.00					
อายุของผู้ปกครอง(ปี)						
21-30	1.00					
31-40	1.07	0.51-2.27	0.856			

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	OR	95%CI	<i>p-value</i>	<i>OR_{adj}</i>	95%CI	<i>p-value</i>
≥40	0.96	0.52-1.80	0.898			
สถานภาพ						
โสด	1.00					
สมรส	0.90	0.15-5.31	0.907			
หย่า/หม้าย/แยกกัน	0.80	0.38-1.64	0.454			
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
≤2	1.00		0.228			
3-5	1.62	0.50-5.32	0.428			
≥6	0.72	0.40-1.31	0.289			
ศาสนา						
พุทธ	0.72	0.33-1.57	0.412			
อื่นๆ	1.00					
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.00					
ค้าขาย	2.90	0.40-20.69	0.288			
ข้าราชการ	3.24	0.63-16.58	0.158			
รับจ้าง	3.48	0.61-20.00	0.161			
ขายของออนไลน์ธุรกิจ	6.12	1.07-35.22	0.042*			
ส่วนตัว						
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
≤10,000	1.00			1.00		
10,001-30,000	1.36	0.44-4.22	0.590	2.27	0.69-7.51	0.180
30,001-50,000	1.83	0.87-3.84	0.112	2.28	1.06-4.93	0.036*
≥50,000	2.72	1.21-6.10	0.015*	2.94	1.28-6.76	0.011*
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.00					
มัธยม	1.18	0.57-2.44	0.652			

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	OR	95%CI	<i>p-value</i>	<i>OR_{adj}</i>	95%CI	<i>p-value</i>
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1.03	0.55-1.94	0.906			
ผู้ดูแลหลัก						
พ่อ/แม่	1.00			1.00		
ปู่ย่า/ตายาย ลุงป้า/	2.28	1.37-3.80	0.002*	2.48	1.45-4.26	0.001*
น้ำอา						
น้ำหนักต่ออายุ						
ต่ำกว่าเกณฑ์	1.00					
ตามเกณฑ์	1.13	0.41-3.05	0.812			
สูงกว่าเกณฑ์	0.84	0.48-1.47	0.543			
น้ำหนักต่อส่วนสูง						
ต่ำกว่าเกณฑ์	1.00					
ตามเกณฑ์	0.33	0.06-1.82	0.205			
สูงกว่าเกณฑ์	1.22	0.42-3.55	0.707			
โรคประจำตัว						
มี	1.80	0.56-3.73	0.117			
ไม่มี	1.00					
ยาที่ต้องทานประจำ						
มี	2.23	0.95-5.24	0.067			
ไม่มี	1.00					
ประวัติการนอน						
โรงพยาบาล						
มี	1.72	1.01-2.93	0.044*			
ไม่มี	1.00					
การดื่มนมแม่(เดือน)						
<6	0.74	0.44-1.26	0.272			
≥6	1.00					

หมายเหตุ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายและเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคมือเท้าและปาก ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งศึกษาปัจจัยของผู้ปกครอง เด็ก รวมถึงครูผู้ดูแลเด็ก และประเมินระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรม ของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก นอกจากนี้ยังมีการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามแบบประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย โดยใช้แบบประเมินของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข งานวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) มาใช้เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาผู้ปกครองจำนวนทั้งหมด 389 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยคือ 35.5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน มีสมาชิกในครัวเรือน 3-5 คน นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้ครอบครัว 10,001-30,000 ต่อเดือน มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า พบบาทหน้าที่การดูแลเด็กพบว่า พ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก อัตราความชุกของโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 26.7 ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขรายงานในปี 2567 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 5.6 ความแตกต่างของอัตราความชุกนี้อาจเกิดจากปัจจัยด้านกลุ่มตัวอย่าง ขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอาจมีขนาดเล็ก หรือมีลักษณะเฉพาะ เช่น เป็นกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือเป็นกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค ซึ่งอาจทำให้มีความชุกของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป (2) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก พบว่า รายได้ของผู้ดูแลหลัก ($p\text{-value} = 0.036$) ผู้ดูแลหลัก ป่วย/ตายาย/ญาติ ($p\text{-value} = 0.001$) จำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้านมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ($p\text{-value} = 0.027$) ความรู้ของผู้ปกครอง ($p\text{-value} = 0.011$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครอง ($p\text{-value} = 0.029$) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก

รายได้ ($p\text{-value} = 0.036$) พบว่าผู้ปกครองที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 30,000 ขึ้นไปเป็นปัจจัยของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท 2.28 เท่า

(95%CI= 1.06-4.93) และรายได้ผู้ปกครองมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาท เป็นปัจจัยของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยกว่า 50,000 บาท 2.48 เท่า(95%CI= 1.45-4.26) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน Liu et al. (33) พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง มักมีโอกาเข้าเรียนในโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กได้เร็วขึ้น ซึ่งอาจทำให้เด็กสัมผัสกับเชื้อโรคได้มากขึ้น ครอบครัวที่มีรายได้สูง มักมีโอกาสเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโรค สภาพแวดล้อมในเมืองที่มีประชากรหนาแน่น อาจเอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่ายขึ้น การศึกษาของพัชรภรณ์ บติรัฐ (38) พบว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงมักให้ลูกเข้าเรียนอนุบาลหรือสถานรับเลี้ยงเด็กตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งเพิ่มโอกาสสัมผัสเชื้อไวรัสที่แพร่ระบาดในสถานที่เหล่านั้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชฎาพร อินตะ (29) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเชียงราย พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดเชียงรายมีอาชีพหลักคือรับจ้างและเกษตรกรรม จึงทำให้รายได้ไม่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการใช้ชีวิตหรือการสัมผัสโรคในชุมชนที่มีเศรษฐกิจสูง เด็กที่มาจากครอบครัวรายได้สูง มักเข้าเรียนในโรงเรียนหรือศูนย์ดูแลเด็กที่มีเด็กจำนวนมาก มีการใช้ของเล่นหรืออุปกรณ์ร่วมกัน ผู้ปกครองที่มีรายได้สูงมักพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมสังคมที่หลากหลาย เช่น สนามเด็กเล่น ห้างสรรพสินค้า ในปี 2567 มีการเปิดกิจการสนามเด็กเล่นในร่มเพิ่มจำนวน 2 แห่ง ซึ่งปัจจุบันสนามเด็กเล่นในร่ม (Cafe' & Playground) เป็นสถานที่ที่ได้รับความนิยมจากครอบครัวที่มีเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลบ้านดู่ เนื่องจากมีพื้นที่สำหรับเด็ก ๆ ได้ทำกิจกรรมและเล่นสนุกสนาน อย่างไรก็ตามก็อาจเป็นสถานที่ที่เด็ก ๆ มีความเสี่ยงในการสัมผัสและแพร่เชื้อโรคมือ เท้า ปากได้เช่นกัน สนามเด็กเล่นในร่มมักมีเด็กจำนวนมากอยู่ในพื้นที่จำกัด ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อโรคเป็นไปได้ง่ายขึ้น การสัมผัสสิ่งของร่วมกัน เด็ก ๆ มักเล่นและสัมผัสสิ่งของร่วมกัน เช่น ของเล่น เครื่องเล่น หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค เด็กเล็กอาจยังไม่เข้าใจเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลเท่าที่ควร ทำให้การล้างมือหรือการป้องกันการแพร่เชื้อโรคทำได้ไม่ดี ทั้งนี้พื้นที่ในเมืองเป็นพื้นที่ที่มีการเดินทางและการติดต่อกับคนนอกพื้นที่มาก อาจทำให้เชื้อแพร่กระจายได้เร็วกว่าชนบท

ผู้ดูแลเด็ก ที่เป็นปู่ย่า/ตายาย/ญาติ ($p\text{-value} = 0.001$) เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก มีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 2.48 เท่า (95%CI= 1.45-4.26) เมื่อเทียบกับผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kua Ja et al. (32) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กเล็กในสิงคโปร์ พบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เด็กที่มีพี่น้องที่เคยติดเชื้อมือเท้าปาก มาก่อน การใช้ของเล่นร่วมกันที่ไม่ได้ล้างหรือฆ่าเชื้อบ่อย ๆ ผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก การศึกษารังนี้พบว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุอาจ

ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขอนามัย เช่น การล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดของเล่น หรือการดูแลเด็กเมื่อมีอาการป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอาจไม่ทันสมัยเท่าผู้ปกครองรุ่นใหม่ ประกอบมีพฤติกรรมตามใจเด็ก ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มตามใจเด็ก เช่น ให้เด็กเล่นของเล่นที่ไม่สะอาดหรือไม่คัดกรองมีการพาเด็กไปสถานที่ที่มีความเสี่ยง เช่น สนามเด็กเล่น หรือที่ชุมชนในช่วงระบาด อาจไม่เข้มงวดในการสอนเด็กเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว เช่น การล้างมือก่อนกินอาหาร ปูยา/ตายาย มักมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็ก เช่น การกอด จูบ หรือ ป้อนอาหาร ซึ่งเพิ่มโอกาสในการรับเชื้อจากเด็กที่อาจมีการติดเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการ ขาดการสังเกตอาการป่วยเบื้องต้น ผู้ดูแลสูงอายุอาจมองข้ามอาการป่วยเบื้องต้นของโรค เช่น ไข้ต่ำ ๆ หรือผื่น ที่เริ่มปรากฏ ทำให้ไม่แยกเด็กออกจากกลุ่มเด็กคนอื่นในเวลาที่เหมาะสม ไม่มีการจัดการพื้นที่และ สิ่งของร่วมกันผู้สูงอายุอาจไม่ได้ทำความสะอาดพื้นที่ที่เด็กใช้เล่นหรือพักผ่อนอย่างสม่ำเสมอ ของเล่น และอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันอาจไม่ได้รับการฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธี ซึ่งความยุ่งยากในการป้องกันการ แพร่กระจาย ในกรณีที่มีเด็กหลายคนอยู่ในบ้านเดียวกัน ญาติหรือผู้สูงอายุที่ดูแลเด็กอาจไม่สามารถ ป้องกันการแพร่เชื้อระหว่างเด็กได้ดีเท่าที่ควร รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งญาติหรือผู้สูงอายุ อาจไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย เช่น โซเชียลมีเดีย หรือแพทย์ เฉพาะทาง

จำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีความสัมพันธ์ต่อการติด เชื้อโรคมือ เท้า ปาก ($p\text{-value} = 0.027$) พบว่าจำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้านมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 คน มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้าน จำนวน 1 คน มากถึง 1.85 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kua Ja et al. (32) ที่ศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบว่า การมีพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก รวมถึงครอบครัวที่มีจำนวนเด็กสองคนหรือมากกว่าที่ อยู่ในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก เนื่องจากการสัมผัสใกล้ชิดระหว่างเด็ก ในวัยต่ำกว่า 6 ปี มักเล่นและสัมผัสใกล้ชิดกัน เช่น การแบ่งของเล่น การกอด หรือสัมผัสใบหน้า ซึ่งทำ ให้เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคแพร่กระจายได้ง่าย หากเด็กคนหนึ่งติดเชื้อ เชื้อสามารถแพร่ไปยังเด็กคน อื่นในบ้านได้อย่างรวดเร็วเด็กในบ้านเดียวกันมักใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ของเล่น ขอนส้อม แก้วน้ำ หรือ อุปกรณ์ที่เด็กถือเล่น ซึ่งอาจเป็นแหล่งสะสมและแพร่กระจายของเชื้อไวรัส ประกอบกับเด็กเล็ก โดยเฉพาะในวัยต่ำกว่า 6 ปี มีระบบภูมิคุ้มกันที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (53) เมื่อมี เด็กหลายคนในบ้าน โอกาสที่เด็กบางคนจะมีภูมิคุ้มกันต่ำและกลายเป็นพาหะนำโรคก็เพิ่มขึ้น การ ดูแลสุขอนามัยที่ซับซ้อนขึ้น การดูแลเด็กหลายคนพร้อมกันในบ้านอาจทำให้การรักษาความสะอาดลด ประสิทธิภาพลง เช่น การล้างมือให้เด็กทุกคน การทำความสะอาดของเล่น หรือการแยกเด็กป่วยออก จากเด็กคนอื่น ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอาจส่งผลต่อการดูแลสุขอนามัยของเด็กแต่ละคน เด็กที่ติด เชื้อโรคมือ เท้า ปาก อาจแพร่กระจายเชื้อได้แม้ยังไม่แสดงอาการ เช่น ในระหว่างการเล่นหรือ

รับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงให้เด็กคนอื่นในบ้าน ในครอบครัวที่มีเด็กหลายคน การแยกเด็กที่ป่วยออกจากเด็กคนอื่นอาจทำได้ยาก เช่น การใช้ห้องแยก หรือจำกัดพื้นที่เล่น

ระดับความรู้ของผู้ปกครอง ($p\text{-value}=0.011$) พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับความรู้สูง มีโอกาสสูงที่จะติดเชื่อโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ในระดับต่ำและปานกลาง 0.20 เท่า (95% CI = 0.06–0.69) สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริรัตน์ ปานโต (43) พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากในระดับสูง ในด้านการป้องกันโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Yogambiga (41) ที่ได้สำรวจความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของกลุ่มผู้ปกครองในประเทศมาเลเซีย พบว่า ร้อยละ 34.4 ผู้ปกครองมีความรู้ดี ผู้ปกครองส่วนใหญ่รู้ว่าการล้างมือและการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นวิธีป้องกันหลัก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริญาพร ชันทะสอน (36) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคมือเท้าปากของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ในภาคเหนือของประเทศไทย การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญ ความรู้ของผู้ปกครอง (OR=2.35, 95% CI=1.47-3.77) กลุ่มควบคุมมีความรู้ระดับสูง (38.5%) การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในผู้ปกครอง การศึกษาในครั้งนี้ได้พบว่าผู้ปกครองส่วนมากมีความรู้ในระดับสูง เนื่องจากผู้ปกครองอาจมีประสบการณ์โดยตรงจากการป่วย การได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และแรงจูงใจในการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคดีกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วย มีการนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มความตระหนักและลดโอกาสการระบาดในอนาคตได้ สรุปผลการศึกษา บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ความรู้ มีความแตกต่างกัน แม้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีความรู้ในระดับสูง แต่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสัมผัสกับกลุ่มคนที่หลากหลาย อาจเพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้น การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง ($p\text{-value} = 0.029$) มีโอกาสที่เด็กจะป่วยจะโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 3.02 เท่า (95%CI=1.12-8.14) เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชญา หอมทอง (54) พบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากในระดับที่ดี มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการป้องกันโรค เช่น การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ และการดูแลสุขอนามัยของเด็ก เนื่องจากการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาหลังจากที่เกิดโรคไปแล้ว พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเปลี่ยนไปอันเนื่องมาจากมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาแล้ว การป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก เป็นประสบการณ์ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของสุขอนามัยและมาตรการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน เพื่อลดโอกาสในการติดเชื่อและ

แพร่กระจายในอนาคต อันเนื่องมาจากเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส นำมาซึ่งมาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิตของคนในสังคม คุณภาพชีวิต สุขภาพจิตตลอดจนคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และการปรับตัวของสังคม ซึ่งกลายเป็นความคุ้นชินใหม่หลังการแพร่ระบาดยุติลง มีการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น การดูแลสุขภาพในยุควิถีใหม่ (New Normal) ของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นจึงทำให้ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขอนามัยของคนเปลี่ยนไป จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในยุควิถีใหม่คือพฤติกรรมของทุกคนในการป้องกันโรคไม่ให้เกิดเชื้อ ดังนั้นการป้องกันการปฏิบัติตัวในที่สาธารณะ การเว้นระยะห่างเมื่อเข้าไปอยู่ที่แออัด จึงเป็นการสร้างวิถีชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการตระหนักในการดูแลสุขภาพโดยการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม

จากการประเมินและสำรวจลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้ง 11 แห่ง พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.64 และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.36 และยังพบว่าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินพบผู้ป่วยโรคมือเท้า ปากต่อเนื่องจากทุกปี จากการประเมินด้านนโยบายพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กไม่ได้รับการอบรมในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่พบบ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 54.5 ไม่มีกิจกรรมการให้ความรู้ เรื่องการป้องกันโรคติดต่อสำหรับเด็ก ร้อยละ 54.5 ไม่มีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ปกครองเรื่องโรคติดต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิตา สอนคำแพง (46) ได้ศึกษาการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เด็กนาน ๆ ครั้ง ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองไม่ได้รับการอบรมเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ไม่ได้จัดกิจกรรมล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ ครูผู้ดูแลเด็กไม่ได้อัตราส่วนครูต่อเด็กเท่ากับ 1 ต่อ 20 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงาน ว่า ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการอบรมในการป้องกันโรคติดต่อ นั้น มีแนวโน้มสูงที่จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้า ปาก ผลการศึกษาสรุปได้ว่ากิจกรรมให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ปกครองปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง เช่น การให้เด็กหยุดเรียนเมื่อมีอาการ หรือการล้างมือบ่อย ๆ การแยกเด็กที่มีอาการจากเด็กที่ไม่แสดงอาการ เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อในบ้านและโรงเรียน การจัดอบรมให้กับครูและผู้ปกครอง จึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้า ปาก และโรคติดต่อต่าง ๆ ในบ้านและสถานศึกษา

การประเมินด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 45.5 พบว่าจำนวนก๊อกล้างมือ 1 จุดต่อเด็ก 10 คน ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสดี ศึกษาความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยแวดล้อมกับการเกิดโรคมือเท้าปากสูง พบตัวแปร ที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดโรคมือเท้าปาก จำนวนอ่างล้างมือในห้องน้ำและการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ Kua Ja et al. (32) พบว่า ศูนย์เด็กเล็กที่มีจำนวนก๊อกน้ำเพียงพอ (1 ก๊อกต่อเด็ก 5 คน) มีอัตราการแพร่เชื้อลดลงถึง 35% เนื่องจากเด็กสามารถล้างมือได้บ่อยขึ้น สรุปผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การล้างมือเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคมือเท้าปาก แต่เมื่อจำนวนก๊อกน้ำไม่เพียงพอ เด็กอาจล้างมือได้ไม่บ่อยเท่าที่ควร หรืออาจไม่ล้างเลย หลังทำกิจกรรมที่เสี่ยง เช่น หลังใช้ห้องน้ำ ก่อนรับประทานอาหาร หลังเล่นของเล่นร่วมกับเด็กคนอื่น หากต้องรอต่อคิวล้างมือเป็นเวลานาน เด็กอาจหลีกเลี่ยงการล้างมือ หรือทำความสะอาดไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เชื้อแพร่กระจายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

5.2 สรุปผลการศึกษา

อัตราความชุกของโรคมือเท้าปาก ในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ ร้อยละ 26.7 นอกจากนี้ ผลการศึกษากลุ่มผู้ปกครองพบว่า ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ผู้ดูแลหลัก รวมถึงระดับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อ แม้ว่าผู้ปกครองที่มีรายได้สูงจะมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น แต่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสัมผัสกับกลุ่มคนที่หลากหลาย อาจเพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้ ผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้ดีมักทำงานที่มีภาระหน้าที่สูง ส่งผลให้มีเวลาในการดูแลบุตรลดลง และจำเป็นต้องฝากบุตรให้ปู่ย่าตายายดูแล

การศึกษากลุ่มเด็ก พบว่า จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้านจำนวน 2 คน หรือมากกว่า 2 คน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโรคมือเท้าปาก ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายภายในครอบครัว เนื่องจากโรคนี้มียุงตัวกลางติดต่อสูงเกือบ ร้อยละ 100 โดยเฉพาะในเด็กเล็กและในช่วงที่มีการระบาด

ความชุกของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตเทศบาลบ้านดู่อยู่ในระดับสูง เด็กเล็กที่อยู่ครอบครัวที่มีรายได้สูง ปู่ย่าตายายเป็นผู้เลี้ยงดู ความรู้ของผู้ปกครอง พฤติกรรมของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก ควรประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปาก ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดทางด้านอคติ การให้ข้อมูลในกลุ่มที่เคยป่วยจะเป็นกลุ่มที่มีการเกิดโรคในช่วงเวลา 1 ปีย้อนหลัง ซึ่งการตอบแบบในส่วน of ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เป็นไป ณ ปัจจุบันไม่ใช่ขณะที่

เกิดโรค ซึ่งอาจจะทำให้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นเนื่องจากมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก มาแล้ว

นอกจากนี้ยังมีผู้ไม่สมัครตอบแบบสอบถามจำนวน 6 คน เนื่องจากมีการสับสนตัวอย่างได้ครบ 396 คน และทำการแจกแบบสอบถามครบ แต่พบว่ามีผู้ที่ไม่สมัครใจที่จะตอบคำถามจำนวน 6 คน จึงเหลือผู้สอบถามจำนวน 389 คน

อีกทั้งเนื่องจากเด็กไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้โดยตรงได้ การตอบแบบสอบถามจึงจะต้องสอบถามจากผู้ปกครองที่ให้การดูแลเด็ก เนื่องจากมีบางส่วนผู้ที่มารับเด็กที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยกับผู้ปกครองที่ดูแลหลักอาจจะเป็นคนละคนที่ได้รับนัดหมายมาตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้แจ้งอย่างละเอียดแล้ว แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ยังพบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ใช่ผู้ปกครอง อันเนื่องมาจากความไม่สะดวกและการเร่งรีบ จึงทำให้ไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ถูกต้อง เช่น ประวัติการกินนมแม่ ประวัติการนอนโรงพยาบาล โรคประจำและยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 สำหรับผู้ปกครอง

5.4.1.1 ผู้ปกครองควรดูแลสุขนิสัยที่ดีของเด็กและอบรมพฤติกรรมการมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี โดยเฉพาะในบริบทของ New Normal เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคมือ เท้า ปาก โดยหมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังกิจกรรมการเล่น โดยเฉพาะก่อนและหลังรับประทานอาหาร และก่อน-หลังใช้ห้องน้ำ

5.4.1.2 การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย รับประทานอาหารที่สะอาด ประสุกใหม่ หลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะร่วมกัน และควรใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

5.4.1.3 ลดความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปยังสถานที่ที่มีความแออัด เช่น ศูนย์การค้า ตลาด และสถานที่สาธารณะที่มีคนหนาแน่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อควรสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หรือมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ

5.4.1.3 การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย หากพบว่าเด็กมีอาการป่วย เช่น มีไข้ ผื่น ตุ่มน้ำในปากมือ และเท้า ควรให้เด็กหยุดเรียนทันที และพาไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

5.4.2 สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก

5.4.2.1 เพิ่มความรู้และสร้างความตระหนัก โดยจัดกิจกรรมอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากแก่ครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคทั้งในสถานศึกษาได้อย่างถูกต้อง

5.4.2.2 ควรมีการตรวจคัดกรองอาการของเด็กทุกวันก่อนเข้าเรียน และหากพบเด็กมีอาการผิดปกติ ควรแจ้งผู้ปกครองให้ทราบโดยเร็ว

5.4.2.3 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขอนามัย ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขอนามัยในชีวิตประจำวัน เช่น การล้างมือที่ถูกต้อง การใช้ภาชนะส่วนตัว

5.4.2.4 การความสะอาดและฆ่าเชื้ออุปกรณ์ของเล่น พื้นผิวสัมผัส และห้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการระบายอากาศภายในห้องเรียนให้เหมาะสมความสะอาดของอาคารและสถานที่ พื้น ผนัง เช็ดทำความสะอาดผนังเป็นประจำ โดยเฉพาะบริเวณที่เด็ก ๆ สัมผัสบ่อย หน้าต่างและประตู เช็ดทำความสะอาดกระจกและกรอบหน้าต่างและประตู ดูแลรักษาความสะอาดบริเวณสนามเด็กเล่น และบริเวณโดยรอบอาคารความสะอาดของอุปกรณ์และเครื่องใช้ ทำความสะอาดของเล่นทุกวัน โดยเฉพาะของเล่นที่เด็ก ๆ สัมผัสบ่อย อาจใช้สบู่อ่อน ๆ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก ทำความสะอาดอ่างล้างมือ โถส้วม และก๊อกน้ำ เป็นประจำ และจัดหาอุปกรณ์ล้างมือที่เพียงพอ เช่น สบู่ หรือเจลล้างมือที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก ทำความสะอาดอุปกรณ์การเรียน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ และอุปกรณ์วาดเขียน เป็นประจำ

5.4.3 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

5.4.3.1 การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่อย่างใกล้ชิด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และวิเคราะห์แนวโน้มการระบาด รายงานสถานการณ์การระบาดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างทันทั่วถึง ค้นหาผู้ป่วย ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน โรงเรียน หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก

5.4.3.2 การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อาการ สาเหตุ วิธีการติดต่อ และการป้องกันโรค ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การบรรยาย การแจกเอกสาร หรือการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ ให้ความรู้แก่โรงเรียนและสถานรับเลี้ยงเด็ก ให้ความรู้แก่ครู อาจารย์ และผู้ดูแลเด็ก เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในโรงเรียนและสถานรับเลี้ยงเด็ก ส่งเสริมสุขอนามัย ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการล้างมืออย่างถูกวิธี และการรักษาสุขอนามัยของสภาพแวดล้อม

5.4.3.3 การป้องกันและควบคุมโรค ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เมื่อพบผู้ป่วย ให้ทำการแยกผู้ป่วยออกจากเด็กปกติ และให้การรักษาที่เหมาะสม ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคในสถานที่ที่ผู้ป่วยเคยอยู่ เช่น โรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็ก หรือบ้าน ส่งเสริมการ

ล้างมือ รณรงค์ให้ประชาชนล้างมืออย่างถูกวิธี โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ และเมื่อมือสกปรก

5.4.3.4 การประสานงานและบูรณาการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน และหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการการทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

5.4.3.5 ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ปรับปรุงแผนงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไป ประเมินและติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยมีสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับเด็ก ๆ

5.4.3.5 สร้าง intervention program สำหรับผู้ปกครองในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

5.4.4 สำหรับผู้นำชุมชน

5.4.4.1 การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ ติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อรับข้อมูลสถานการณ์การระบาด และร่วมกันวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค สนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน โรงเรียน หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก เพื่อให้การรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว

5.4.4.2 ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อาการ สาเหตุ วิธีการติดต่อ และการป้องกันโรค ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การประชุม การจัดกิจกรรมในชุมชน หรือการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อท้องถิ่น

5.4.4.3 สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคในสถานที่ต่าง ๆ และการให้วัคซีนป้องกันโรค ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก เช่น การเป็นอาสาสมัครในการให้ความรู้ หรือการช่วยกันดูแลความสะอาดของสภาพแวดล้อม สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การรณรงค์ให้ล้างมือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ

5.4.5 สำหรับนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.4.5.1 กำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและจัดทำแผนงานที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เช่น การเฝ้าระวัง การให้ความรู้ การป้องกันและควบคุมโรค และการสนับสนุนทรัพยากร

5.4.5.2 จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่ จัดหาทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค สื่อสำหรับการให้ความรู้ และบุคลากรสนับสนุน

5.4.6 สำหรับผู้กำหนดนโยบาย

5.4.5.1 การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันและควบคุมโรคจัดทำ นโยบายการเฝ้าระวังและคัดกรองโรค ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียน และศูนย์ดูแลเด็กเล็ก กำหนดมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในทุกพื้นที่ พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5.4.5.2 การส่งเสริมและสนับสนุนมาตรการป้องกันโรค จัดหา ทรัพยากรและงบประมาณ เพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกันโรค เช่น การแจกอุปกรณ์ทำความสะอาด เจลล้างมือ และอุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สนับสนุนให้มีการจัดทำ คู่มือแนวทางปฏิบัติ สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินมาตรการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4.5.2 การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลสู่ประชาชน ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ โซเชียลมีเดีย และแอปพลิเคชันของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงแนวทางป้องกันและลดการแพร่ระบาด รณรงค์ให้ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก เข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย ผ่านแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข

5.4.5.2 การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรค จัดทำโครงการฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนมี ทักษะที่ดีต่อการป้องกันโรค และปรับพฤติกรรมสุขอนามัย เช่น การล้างมือให้ถูกวิธี การรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพของเด็ก

5.5 ข้อเสนอแนะการศึกษาในครั้งถัดไป

ควรทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในบ้านด้วย เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่การเกิดโรคนั้นไม่ได้เกิดเฉพาะในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และทำการศึกษารวียเชิงคุณภาพ เนื่องจากการจากประเมิน พูดคุย กับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า การบริหารงาน การกำหนดนโยบายในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก มีความแตกต่างกัน

ออกไป ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนนี้ เพื่อให้การศึกษาการเกิดโรคมือ เท้า ปาก เป็นไป
อย่างครอบคลุมรอบด้าน



รายการอ้างอิง

- (1) World Health Organization.(WHO) Hand, foot and mouth disease (HFMD).
[Internet].WHO; 2024 [cited 2025 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/>
- (2) Department of Disease Control M of PH. Department of Disease Control, Ministry of Public Health [Internet]. Department of Disease Control, Ministry of Public Health 2024 [cited 2024 Feb 17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/>
- (3) National Institute of Health D of MSM of PH. Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) [Internet]. 2021. Available from: <https://www.childrenhospital.go.th/>
- (4) Chantharom B. Health and hygiene practices of child caregivers and children in preventing hand, foot and mouth disease in the child development center, Laplae District, Uttaradit Province [Independent study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013[cited 2024 Feb 7]. Available from:
<https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:121529>
- (5) Epidemiology Division D of DCM of PH. Disease Surveillance Report, R.506 [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from:
<https://ddc.moph.go.th/doe/>.
- (6) Disease Surveillance Report (Form 506). Chiang Rai Provincial Public Health Office [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 7]. Available from:
<https://cro.moph.go.th/mophcr/index.php>
- (7) Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for the Prevention and Control of Diseases and Health Hazards for Childcare Providers [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3382220230502042427.pdf>
- (8) Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Child Development Center Disease-Free Assessment Manual [Internet]. 2011 [cited 2025 Feb 20]. Available from:
https://www.dinudom.go.th/datacenter/doc_download/a_260214_144158.pdf

- (9) Infectious Disease Association of Thailand. Infectious Disease Association of Thailand [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://www.pidst.or.th/>
- (10) Pediatric Center, World Medical Hospital. Pediatric Center, World Medical Hospital [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://theworldmedicalhospital.com/our-services/treatment-all-services/advanced-pediatric-center/>
- (11) Cox JA, Hiscox JA, Solomon T, Ooi MH, Ng LFP. Immunopathogenesis and virus-host interactions of enterovirus 71 patients with hand, foot and mouth disease. *Front Microbiol.* 2017;8(NOV). doi:10.3389/fmicb.2017.02249
- (12) Kaseatsuntorn S, Kasatpibal N. Factors predicting intention to screen for hand, foot, and mouth disease among child care attendants in child development centers in the South. *Nurs J (Manila).* 2015;1(1).
- (13) National Institute of Health D of MSM of PH. Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) [Internet]. 2021. Available from: <http://edition.cnn.com/2012/07/09/world/asia/cambodia-children->
- (14) Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for the Prevention and Control of Diseases and Health Hazards for Childcare Providers [Internet]. Vol. 1. Thailand; 2023 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3382220230502042427.pdf>
- (15) Division of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Measures for Child Development Centers to Prevent and Control Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1882220210729084725.pdf>
- (16) Civil Registration Office, Ban Du Subdistrict Municipality. Civil Registration Office, Ban Du Subdistrict Municipality [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://www.bandu.go.th/>

- (17) Chiang Rai Provincial Social Development and Human Security Office. The Charm of Chiang Rai: A Mosaic of Ethnic Diversity [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 14]. Available from: https://www2.mculture.go.th/chiangrai/article_attach/article_fileattach_20161103104554.pdf
- (18) National Institute of Health D of MSM of PH. Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) [Internet]. 2021. Available from: <http://edition.cnn.com/2012/07/09/world/asia/cambodia-children->
- (19) Department of Disease Control. Hand-Foot-Mouth disease [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>
- (20) Department of Children and Youth, Ministry of Social Development and Human Security. National standard for early childhood care, development, and education Thailand [Internet]. 2021 [cited 2024-08-12]; Available from: https://www.dla.go.th/upload/document/type2/2019/3/21360_2_1551673939396.pdf
- (21) Department of Local Administration. Operational standards for early childhood development centers of local administrative organizations [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 7]. Available from: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2017/4/2199_5930.pdf
- (22) Ministry of Education. National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 27]. Available from: <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1791-file.pdf>
- (23) Tumad K. Definition of Guardian [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 7]. Available from: <https://www.slideshare.net/slideshow/1-h-65260276/65260276>
- (24) Panla W. Prevention and control behaviors on hand, foot and mouth disease among parent and caregivers of ethnic children at child development center in mae ka ning sub-district, wiangsa district, nan province. Thammasat University; 2018.

- (25) Communicable Disease Control Division, Bureau of Health Promotion. 5 good strategies for implementing a disease-free educational institution: operational manual for a disease-free educational institution [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 12]; Available from: <https://ddc.moph.go.th>.
- (26) Communicable Disease Control Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for preventing infectious diseases in early childhood centers and kindergarten schools for teachers and caregivers [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3382220230502042427.pdf>
- (27) Siltrakool B. Assessment of community pharmacists' knowledge, attitude and practice regarding non-prescription antimicrobial use and resistance in Thailand [Internet]. 2017 [cited 2024 Oct 26]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/322675323>
- (28) Kundu DK, Sarker S, Khan AY, Samadder M. Beyond Knowledge, Attitude and Practice (KAP): A study on the COVID-19 pandemic situation in Bangladesh. *Soc Sci Rev.* 2022;38(1):33-52. doi:10.3329/ssr.v38i1.56523.
- (29) Inta C. Factors associated with the occurrence of hand, foot and mouth disease in children in the Chiang Rai Child Development Center, Thailand [dissertation]. Chiang Rai: Center of Excellence in Ethnic Health Research, Mae Fah Luang University; 2017.
- (30) Asavaratchanan N. Attitude and behavior on using drinking water vending machines of residents at apartments in Nonthaburi Province [Internet]. Rajapruek College; 2021 [cited 2025 Feb 21]. Available from: https://www.rpu.ac.th/Library_web/doc/RC_RR/2554_Market_Nachaphat.pdf
- (31) Kamnoi O. The attitudes of staff and students of Burapha University in changing the university landscape [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://www.lib.buu.ac.th/st/Math&Stat/2552/Orawan.pdf>

- (32) Kua JA, Pang J. The epidemiological risk factors of hand, foot, mouth disease among children in Singapore: A retrospective case-control study. *PLoS One*. 2020 Aug 1;15(8):e0237746. doi: 10.1371/journal.pone.0237746.
- (33) Liu L, Wang L, Qi C, Zhu Y, Li C, Jia Y, She K, Liu T, Zhang Y, Cui F, et al. Epidemiological characteristics and spatiotemporal analysis of hand-foot-mouth disease from 2010 to 2019 in Zibo city, Shandong, China. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1119. doi: 10.1186/s12889-021-11665-0.
- (34) Nuankerd K. Factors affecting the prevention behavior of hand, foot, and mouth disease among guardians in child development centers, Wangthong District, Phitsanulok Province [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University, Faculty of Public Health; 2020.
- (35) Chaiwut B, Anuwatnonthakate A, Apidechkul T. Factors associated with hand, foot and mouth disease among children in Chiang Rai Province, Northern Thailand: a hospital-based study. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2019;50(2):357.
- (36) Khunthason S, Laor P. Factors influencing the occurrence of hand foot and mouth disease among children in day care centers in northern Thailand. *Siriraj Med J*. 2020;72(2):151-8. doi:10.33192/Smj.2020.20.
- (37) Wangnai N. Relationship between knowledge and attitudes with behaviors of mothers in prevention on hand foot mouth disease of young children in Intertots Trilingual School, Muang District, Chachoengsao Province [dissertation]. Burapha University; 2021.
- (38) Badirat P. Factor affecting health-protective behavior of hand, foot and mouth disease among parents and babysitters of pre-school children at Day-Care Center in Lankrabue District, Kamphaeng Phet Province. Presented at: 6th National and International Conference and Research Presentation; 2018.
- (39) Srijak K, Saengsawang P. Factors associated with the implementation of hand, foot, and mouth disease prevention and control by responsible personnel in private kindergarten schools, Bangkok. *J Public Health Sci*. 2021;41(4).

- (40) Maithongngam K. Factors related to prevention behaviors of hand, foot, and mouth disease among teachers in kindergartens and child development centers, Surat Thani Province. *West Weekly Epidemiol Surveill Rep Thai*. 2023;54(5).
- (41) Rajamoorthy Y, Tin OH, Taib NM, Munusamy S, Wagner AL, Mudatsir M, Khin AA, Anwar S, Sidique SF, Harapan H. Parents' knowledge and awareness towards hand foot mouth disease in Malaysia: A survey in Selangor. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2022;15:101027. doi: 10.1016/j.cegh.2022.101027.
- (42) Pantawong S. Management of child development centers to childcare standards quality of municipalities in Chiang Rai. *J Soc Sci Acad*. 2018;2(9).
- (43) Panto S, Poum A. Knowledge and attitude associated with preventing behavior for Hand, Foot, and Mouth disease by parents of pre-school children in Banmo Tambon, Banmo District, Saraburi Province. *J Health Sci Community Public Health*. 2018;1(2):45-52.
- (44) Chanakun U. Behavior of Teachers for Control and Prevention of Hand Foot Mouth Disease in Childcare Centers Mueang District, Krabi Province. *J Community Health Dev Khon Kaen Univ*. 2015;3(3).
- (45) Topurin C, Na Lampang K, Thongprachum A. Factors related to hand, foot and mouth disease prevention and control behaviors among caregivers in childcare centers, Li District, Lamphun Province. *Lanna Public Health J*. 2020;16(1).
- (46) Sonkongdang W, Phromreungrit K, Soontharanon A. Quality child care center development by participation of related personnel in Pa-aoedonchai Subdistrict, Meung District, Chiang Rai Province. *Nurs J (Manila)*. 2017;44(2).
- (47) Laor P, Apidechkul T, Khunthason S, Keawdoungek V, Sudsandee S, Fakkaew K, et al. Association of environmental factors and high HFMD occurrence in northern Thailand. *BMC Public Health*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12889-020-09905-w.
- (48) Nantalit N. Management of child development centers under Local Government Organization, Rhoeng District, Chiang Rai Province. *Acad J Soc Sci*. 2015;8(3).

- (49) Pantawong S. Management of child development centers to childcare standards quality of municipalities in Chiang Rai. *J Soc Sci Acad.* 2018;2(9).
- (50) Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen, Thailand: Khon Kaen University Printing House; 2021.
- (51) Upala P, Apidechkul T, Suttana W, Kullawong N, Tamornpark R, Inta C. Molecular epidemiology and clinical features of hand, foot and mouth disease in northern Thailand in 2016: A prospective cohort study. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1).
- (52) Chomcheuy C. Prevalence and factors associated with methamphetamine use among Akha and Lahu ethnic youth in Chiang Rai Province [dissertation]. Mae Fah Luang University; 2020.
- (53) MedPark Hospital. Diseases and Treatments [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://www.medparkhospital.com/>
- (54) Homthong S, Maneenin N, Jirapornkul C. Factors related to Hand, Foot, and Mouth Disease prevention behavior among parents of children in day care center, Naimueang Sub-District, Mueang District, Khon Kaen. *KKU J Public Health Res.* 2021;14(1).

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rechuman@mfu.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 49/2024

รหัสโครงการวิจัย: EC 24035-18

ชื่อโครงการวิจัย : ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคมือเท้าและปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวณัททัย รักประชา

สำนักวิชา: วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้สนับสนุนการวิจัย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การรับรอง :

- | | |
|---|--|
| (1) โครงการวิจัย | ฉบับที่ 3 วันที่ 26 มีนาคม 2567 |
| (2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 15 มีนาคม 2567 |
| (3) แบบสอบถาม | ฉบับที่ 2 วันที่ 15 มีนาคม 2567 |
| (4) ข้อมูลประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 |
| (5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม | |
| - นางสาวณัททัย รักประชา | - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรณัย ศรีจันทร์ |
| - อาจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช | |

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การการสาธิตด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 4 เมษายน 2567

วันสิ้นสุดการรับรอง: 3 เมษายน 2568

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง แพทย์หญิง แสงแข ขำนาญวานกิจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ข

ความเที่ยงตรง (VALIDITY)

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
ดังนี้

1. ผศ.ดร.เนตรา สมกำลัง
2. นายธนบดี ฟ้าเจริญ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ระดับกลาง
3. นางจิตราภรณ์ ศิลาชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โดยมีผลคะแนน IOC ภาพรวม ดังนี้

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือกลุ่มผู้ปกครอง เท่ากับ 0.92

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือกลุ่มผู้ดูแลเด็ก เท่ากับ 0.96

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (แบบสอบถาม) โดย
แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ปกครอง

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ

0.93

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลเด็ก

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ค่า IOC เท่ากับ 1

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ปกครอง)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓		✓		2	0.67	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
13		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
14			✓			✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
15			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
18		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
19			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{18.2}{20}$$

$$IOC = 0.90$$

หมายเหตุ

ข้อ 4 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 13 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 15 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 18 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ดูแลเด็ก)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓		✓		2	0.67	ใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
13			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{12.67}{13}$$

$$IOC = 0.97$$

หมายเหตุ

ข้อ 10 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3. แบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓		✓		2	0.67	ใช้ได้
8			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{8.68}{10}$$

$$IOC = 0.87$$

หมายเหตุ

ข้อ 3 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 5 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 7 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 8 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

4. แบบสอบถามข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ปกครอง)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{10}{10}$$

$$IOC = 1$$

5. แบบสอบถามข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ดูแลเด็ก)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{10}{10}$$

$$IOC = 1$$

6. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ปกครอง)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓		✓		2	0.67	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{9.34}{10}$$

$$IOC = 0.93$$

หมายเหตุ

ข้อ 5 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

ข้อ 9 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

7. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม
(ผู้ดูแลเด็ก)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			รวมคะแนน	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	ใช้ได้

แทนค่า

$$IOC = \frac{10}{10}$$

$$IOC = 1$$

ภาคผนวก ค

ความเที่ยงตรง (RELIABILITY)

สรุปผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มผู้ปกครอง

ชุดแบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก	0.782
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก	0.801
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	0.714
ค่าของแบบสอบถามรวมทั้งหมด	0.747

2. กลุ่มผู้ดูแลเด็ก

ชุดแบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก	0.806
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก	0.812
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	0.724
ค่าของแบบสอบถามรวมทั้งหมด	0.781

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

โรคมือเท้าและปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านตุ่ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขสมทบบัณฑิตสาขาการจัดการสุขภาพชายแดน สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่าน ตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ตามความเป็นจริงและตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อจะได้นำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไป โดยคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับส่วนการนำเสนอผลการศึกษา จะเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามทั้งหมด 47 ข้อ

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ส่วนที่ 4 ทศนคติในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทุกท่านในความกรุณาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวณัททัย รักประชา

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขสมทบบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ในข้อที่ต้องการเพียงข้อเดียวหรือกรอกข้อความ/ตัวเลข ลงในช่องว่างที่ระบุไว้

1. อายุของผู้ปกครอง(ระบุจำนวนปีเต็ม).....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพ () โสด () อยู่ด้วยกัน () แยกกันอยู่ () หย่า () หม้าย
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของท่าน.....คน
5. จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี ในบ้าน.....คน
6. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม อื่นๆระบุ.....
7. ปัจจุบันประกอบอาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ค้าขาย () ข้าราชการ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ค้าขาย () ข้าราชการ
() อื่นๆระบุ.....
8. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ.....บาท
9. การศึกษาสูงสุดของผู้ดูแล () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมต้น
() มัธยมปลาย () ปวช./ปวส. ()ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
10. เด็กในครอบครัว ใครคือผู้ดูแลหลัก () พ่อ () แม่ () ปู่ ย่า
() ตา ยาย () ป้า ลุง () น้ำ อา
11. บุตรหลานของท่านอายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง
น้ำหนัก.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร
12. ในรอบปีที่ผ่านมา ลูกหลานของท่านเคยป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก หรือไม่
() เคยเมื่ออายุ.....ปี () ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 14)
13. ถ้าเคยท่านให้การดูแล และปฏิบัติต่อเด็กอย่างไร
() ส่งไปรับการรักษาที่สถานบริการ
() ไม่ไปรับการรักษาที่สถานบริการ แต่รักษาตามอาการที่บ้าน
() ให้เด็กพักการเรียน
() ให้เด็กไปเรียนตามปกติ
ท่านได้มีการแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต.หรือเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น หรือไม่
() ไม่แจ้ง
() แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต
() แจ้งเจ้าหน้าที่ ท้องถิ่น

14. เด็กคนนี้มีโรคประจำตัวหรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุโรค.....

15. เด็กคนนี้มียาที่ต้องรับประทานประจำหรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุ.....

16. เด็กคนนี้เคยป่วยด้วยโรครุนแรง จนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่

() ไม่เคย () เคยโรค.....

17. เด็กคนนี้ได้ดื่มนมแม่นานเท่าไร.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ปกครอง)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ถูกต้อง ให้แทนด้วย ถูก

ไม่ถูกต้อง ให้แทนด้วย ผิด

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก	ถูก	ผิด
1. โรคมือเท้าปากสามารถติดต่อผ่านทางสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระของผู้ป่วย		
2. ในช่วงฤดูฝนเด็กจะป่วยเป็นโรคมือเท้าปากมากกว่าฤดูอื่นๆ		
3. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่านั้น ที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าปากได้		
4. โรคมือเท้าปากสามารถเกิดขึ้นได้กับเด็กในโรงเรียน หรือศูนย์เด็กเล็กเท่านั้น		
5. การล้างมือด้วยสบู่เป็นประจำ จะช่วยให้สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากได้		
6. เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก หากมีไข้ สามารถเรียนได้ตามปกติ		
7. โรคมือเท้าปากไม่มียาที่ใช้รักษาโดยเฉพาะ		
8. แอลกอฮอล์ที่ใช้ล้างแผลสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้		
9. สถานที่ที่แออัดหรือที่สาธารณะ จะทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อมือเท้าปากได้ง่ายขึ้น		
10. เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก หากมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจทำให้สมองอักเสบหรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และเสียชีวิตได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ เกี่ยวกับ โรค มือ เท้า ปาก (ผู้ปกครอง)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่ไม่รุนแรง ไม่มีอันตราย ต่อชีวิต					
2. โรคมือ เท้า ปาก ติดต่oได้ง่าย โดยการสัมผัส ไอจาม ใช้ของร่วมกับผู้ป่วย					
3. เราไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดบ้านเป็นกรณีพิเศษ เมื่อลูกป่วยด้วย โรคมือ เท้า ปาก					
4. เด็กอ่อนและเด็กเล็กมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่					
5. เมื่อลูกป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก ที่มีอาการเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์					
6. การล้างมือด้วยสบู่เป็นประจำไม่สามารถป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก					
7. เมื่อเด็กป่วยโรคมือ เท้า ปาก ไม่จำเป็นต้องหยุดเรียน สามารถไปโรงเรียนได้ตามปกติ					
8. การนำลูกไปฉีดวัคซีนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือ เท้า ปากได้					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
9. การเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ให้ ลูกสามารถป้องกันโรคมือ เท้า ปากได้					
10. เราไม่จำเป็นต้องให้เด็กหยุดเรียนหาก ทราบว่ามียุงในห้องเรียน เดียวกันเป็นโรคมือ เท้า ปาก					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ปกครอง)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง หรือเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือไม่สม่ำเสมอ

ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก		การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1.	ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหาร					
2.	ท่านให้บุตรหลานของท่านล้างมือด้วยสบู่ทุก ครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหาร					
3.	ท่านตรวจสอบสุขภาพบุตรหลานของท่านเบื้องต้น ก่อนและหลังกลับจากสถานศึกษา เช่น อาการไข้ มีตุ่มแผลที่มือและปาก					

พฤติกรรมกำรป้องกันควมคุมโรคมือเท้าปาก		การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
4.	ท่านดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน ให้สะอาดอยู่เสมอ					
5.	ท่านทำความสะอาดของเล่นด้วยน้ำผสมคลอรีนหรือน้ำยาไฮเตอร์เป็นประจำ					
6.	หากบุตรหลานของท่านมีอาการไข้ เจ็บปาก ท่านจะให้หยุดเรียน และแจ้งครูผู้ดูแลให้ทราบ					
7.	ท่านให้บุตรหลานของท่าน แยกใช้สิ่งของส่วนตัว เช่น แก้วน้ำ ช้อน จาน หรือขวดนมร่วมกับผู้อื่น เมื่อมีอาการป่วย					
8.	ท่านหลีกเลี่ยงการพาบุตรหลานของท่านไปสนามเด็กเล่นหรือที่สาธารณะที่มีคนรวมตัวเป็นจำนวนมากเมื่อได้ข่าวว่ามีโรคมือเท้าปากเกิดขึ้นในชุมชน					
9.	ท่านให้บุตรหลานของท่านปิดปาก ปิดจมูก ขณะไอจาม					
10.	หากบุตรหลานของท่านไม่สบาย ท่านสามารถไปรับบุตรหลานของท่านที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อนำไปสถานพยาบาลทันที					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

**ความชุก การดำเนินงานป้องกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด
โรคมือเท้าและปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
ผู้ดูแลเด็ก**

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุข
มหาบัณฑิตสาขาการจัดการสุขภาพชายแดน สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่าน ตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ตามความเป็นจริงและตรงตามความ
คิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อจะได้นำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไป โดยคำตอบของท่านจะ
ถูกเก็บเป็นความลับส่วนการนำเสนอผลการศึกษา จะเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น
แบบสอบถามทั้งหมด 41 ข้อ

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ส่วนที่ 4 ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทุกท่านใน
ความกรุณาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวณัททัย รักประชา

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ในข้อที่ต้องการเพียงข้อเดียวหรือกรอกข้อความ/ตัวเลข ลงในช่องว่างที่ระบุไว้

1. ชื่อสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. อายุ (ระบุจำนวนปีเต็ม).....ปี
4. สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย
5. ท่านมีบุตรหรือไม่ () มี () ไม่มี
6. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
7. การศึกษาสูงสุด () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมต้น
() มัธยมปลาย () ปวช./ปวส. ()ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
8. การอบรมโรคมือ เท้า ปาก () เคย () ไม่เคย
9. ระยะเวลาในการทำงานด้านการดูแลเด็ก.....ปี
เด็กในสถานศึกษา.....คน มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....คน
ไม่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....คน
10. ในปีพ.ศ 2565 และปี พ.ศ. 2566 เด็กในความดูแลของท่านป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปากหรือไม่
() ไม่มี (ข้ามไปข้อ11)
() มี พ.ศ 2565 จำนวนกี่ราย.....ราย
() มี พ.ศ 2566 จำนวนกี่ราย.....ราย
วิธีปฏิบัติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() โทรหาผู้ปกครอง
() ทำความสะอาดห้องเรียน/ของเล่น/เครื่องเล่น
() ส่งไปรับการรักษาที่สถานบริการ
() ให้เด็กมาเรียนได้ตามปกติ และอยู่ปนกับเด็กทั่วไป
() ให้เด็กมาเรียนได้ตามปกติ แต่แยกกันอยู่กับเด็กทั่วไป
() ให้เด็กพักการเรียน

() ปิดสถานศึกษา

() อื่นๆ.....

จากข้อ 10 ท่านได้มีการแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ไม่เคย () เคย แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต

() เคย แจ้งเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

11. แหล่งบริการสุขภาพที่ใกล้ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยคือ () รพ. () รพ.สต () คลินิก
ห่างจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย.....กม.



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม(ผู้ดูแลเด็ก)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ถูกต้อง ให้แทนด้วย ถูก

ไม่ถูกต้อง ให้แทนด้วย ผิด

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก	ถูก	ผิด
1. โรคมือเท้าปากสามารถติดต่อผ่านการสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระของผู้ป่วย		
2. ในช่วงฤดูฝนเด็กจะป่วยเป็นโรคมือเท้าปากมากกว่าฤดูอื่นๆ		
3. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่านั้น ที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคมือเท้าปากได้		
4. โรคมือเท้าปากสามารถเกิดขึ้นได้กับเด็กในโรงเรียน หรือศูนย์เด็กเล็กเท่านั้น		
5. การล้างมือด้วยสบู่เป็นประจำ จะช่วยให้สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากได้		
6. เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก หากมีไข้ สามารถเรียนได้ตามปกติ		
7. โรคมือเท้าปากไม่มียาที่ใช้รักษาโดยเฉพาะ		
8. แอลกอฮอล์ที่ใช้ล้างแผลสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้		
9. สถานที่ที่แออัดหรือที่สาธารณะ จะทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อมือเท้าปากได้ง่ายขึ้น		
10. เด็กที่ป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก หากมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจทำให้สมองอักเสบหรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และเสียชีวิตได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ เกี่ยวกับ โรค มือ เท้า ปาก (ผู้ดูแลเด็ก)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่รุนแรง มีอันตราย ต่อชีวิต					
2. โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อได้ง่ายโดย การสัมผัส ไอจาม ใช้ของร่วมกับ ผู้ป่วย					
3. เราไม่จำเป็นต้องทำความสะอาด สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นกรณี พิเศษ หลังพบว่ามีเด็กป่วยเกิดขึ้น ในสถานที่ดังกล่าว					
4. เด็กอ่อนและเด็กเล็กมีความเสี่ยง ต่อการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่					
5. เมื่อเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ให้ กลับไปรักษาเองที่บ้าน ไม่ จำเป็นต้องไปพบแพทย์					
6. การล้างมือด้วยสบู่เป็นประจำไม่ สามารถป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก					
7. การดูแลความสะอาดทั่วไปและ ของเล่นเด็ก รวมถึงการจัดการ สิ่งแวดล้อมในสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัย ไม่มีผลต่อการแพร่กระจาย ของโรคมือเท้าปาก					
8. ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่ จำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติในการ					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
9.					
10.					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ดูแลเด็ก)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง หรือเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือไม่สม่ำเสมอ

ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก		การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1.	ท่านได้ให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังจากเข้าห้องน้ำและก่อน-หลัง รับประทานอาหาร					

พฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคมือเท้าปาก		การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
2.	ท่านได้ทำความสะอาด ลูกบิด ประตู อ่าง น้ำ อ่างล้างมือ ราวบันได ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ทุกสัปดาห์					
3.	ท่านได้ทำความสะอาดของเล่นเด็กด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อทุกสัปดาห์					
4.	ท่านได้ตรวจคัดกรองเด็กทุกวันก่อนเข้า ห้องเรียน					
5.	เมื่อเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยป่วย ด้วย โรคมือ เท้า ปาก ท่านได้แจ้งข่าวให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบให้ ทราบโดยเร็ว					
6.	เมื่อเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยป่วย ด้วย โรคมือ เท้า ปาก ท่านได้มีการคัด กรองในเด็กอย่างละเอียดทุกคน วันวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์					
7.	ท่านให้บุตรหลานของท่าน แยกใช้สิ่งของ ส่วนตัว เช่น แก้วน้ำ ช้อน จาน หรือขวด นม ร่วมกับผู้อื่น เมื่อมีอาการป่วย					
8.	ท่านมีการแยกของใช้ส่วนตัวของเด็ก เล่น แก้วน้ำ แปรงฟัน ช้อนและผ้าเช็ดตัว					
9.	ท่านให้เด็กใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากและจมูก เมื่อไอหรือจาม					
10.	ท่านได้แจ้งให้ผู้ปกครองทราบถ้าพบว่ามี เด็กป่วยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกครั้ง					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ชื่อสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย.....ตำบลบ้านคู อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย

จำนวนครูและผู้ดูแลเด็ก.....คน รับเลี้ยงเด็ก อายุตั้งแต่..... ปี ถึง..... ปี

จำนวนเด็กทั้งหมด.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

มาใช้บริการจริงเฉลี่ย.....ต่อวัน

ผู้รับการประเมิน

ชื่อ.....ตำแหน่ง

.....โทรศัพท์/มือถือ.....

ผู้ประเมิน

ชื่อ.....ตำแหน่ง

.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์/มือถือ.....วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจง

1. ศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการควรได้รับทราบกำหนดการและคำชี้แจงในการประเมินล่วงหน้า เพื่อเตรียมเอกสาร/หลักฐานที่ใช้ประกอบการประเมิน และทำการปรับปรุงศูนย์เด็กเล็กให้มีความพร้อมในการรับการประเมิน

2. เนื้อหาของแบบประเมิน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ตั้งแต่ข้อ 1 -17 เป็นแบบสอบถามและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก

ส่วนที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 18-35 เป็นแบบสังเกตและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก

3. วิธีการประเมิน : ให้ผู้ประเมินสอบถามโดยใช้คำถามปลายเปิด สังเกต และตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กตามหัวข้อการประเมินที่กำหนดให้ และบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง รวมทั้งระบุเหตุผลที่ไม่ผ่านการประเมินในแต่ละหัวข้อเพื่อให้คำแนะนำแก่ศูนย์เด็กเล็กในการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไขต่อไป

4. เกณฑ์ผ่านการประเมิน

ศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการจะผ่านเกณฑ์ และได้ใบรับรองเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เมื่อได้คะแนนรวมตั้งแต่ 28 คะแนน ขึ้นไป (ร้อยละ 80)

รวมคะแนนที่ได้.....คะแนน

แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามและตรวจสอบ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็ก

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินสอบถามครูและผู้ดูแลเด็กในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานในการดำเนินงาน ตามหัวข้อการประเมินที่กำหนดให้

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1.	ศูนย์เด็กเล็กมีนโยบาย หรือแผนปฏิบัติงาน หรือโครงการประจำปีในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อของศูนย์เด็กเล็ก [] มีนโยบาย/แผนปฏิบัติงาน/โครงการและมีเอกสาร/หลักฐานในการ ดำเนินงาน (1 คะแนน) [] มีนโยบาย/แผนปฏิบัติงาน/โครงการ แต่ไม่มีเอกสาร/หลักฐานใน การดำเนินงาน (0.5 คะแนน) [] ไม่มีนโยบาย/แผนปฏิบัติงาน/โครงการ (0 คะแนน)		
2.	ศูนย์เด็กเล็กมีการประชุมคณะกรรมการหรือคณะทำงานในเรื่อง การดูแลสุขภาพ อนามัยและการพัฒนาสุขภาพของเด็ก [] ประชุมและมีรายงานการประชุม/ภาพกิจกรรม/เอกสารประกอบการ ประชุม (1 คะแนน) [] ประชุมแต่ไม่มีรายงานการประชุม/ภาพกิจกรรม/เอกสารประกอบกา ร ประชุม (0.5 คะแนน) [] ไม่มีการประชุม (0 คะแนน)		
3.	ศูนย์เด็กเล็กมีสัดส่วนครูและผู้ดูแลเด็ก โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คน ต่อเด็ก 20 คน [] ใช่ (1 คะแนน) [] ไม่ใช่ (0 คะแนน) จำนวนเด็กทั้งหมด.....คน จำนวนครูและผู้ดูแลเด็ก.....คน		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
	คิดเป็นสัดส่วน.....		
4.	ครูและผู้ดูแลเด็กทุกคนได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือตรวจภาพรังสีปอด อย่างน้อยทุก 1-2 ปี [] มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี/ใบรับรองแพทย์/ผลการตรวจภาพรังสีปอดครบทุกคน (1 คะแนน) [] ไม่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี/ใบรับรองแพทย์/ผลการตรวจภาพรังสีปอด หรือมีไม่ครบทุกคน (0 คะแนน)		
5.	ครูและผู้ดูแลเด็กทุกคนได้รับการอบรมใน เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ที่พบบ่อยในศูนย์เด็กเล็ก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง [] มีใบรับรองการอบรม/เอกสารการจัดอบรม ครบทุกคน (1 คะแนน) [] มีใบรับรองการอบรม/เอกสารการจัดอบรม อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวน ครูและผู้ดูแลเด็ก แต่ไม่ครบทุกคน (0.5 คะแนน) [] มีใบรับรองการอบรม/เอกสารการจัดอบรม น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวน ครูและผู้ดูแลเด็ก (0 คะแนน)		
6.	ถ้าท่านป่วยเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจเช่นโรคหวัดแต่จำเป็นต้องมาปฏิบัติงาน ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร [] ใส่หน้ากากอนามัย ตลอดเวลาการปฏิบัติงาน และล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล ทุกครั้งหลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ก่อนและหลังดูแลเด็ก (1 คะแนน) [] ไม่ได้ทำ หรือ ทำไม่ครบทั้งสองอย่าง (0 คะแนน)		
7.	ถ้าท่านป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง แต่จำเป็นต้องมาปฏิบัติงานท่านคิดว่า จะปฏิบัติตนอย่างไร [] ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย (1 คะแนน)		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
	☐ ไม่ได้ทำ หรือ ไม่ได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง (0 คะแนน)		
8.	ศูนย์เด็กเล็กมีตารางกิจกรรมให้ความรู้ เรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำหรับเด็ก อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ☐ มี (1 คะแนน) ☐ ไม่มี (0 คะแนน)		
9.	มีกิจกรรมให้เด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกวันและเด็กสามารถล้างมือได้ อย่างถูกต้อง ให้ครูและผู้ดูแลเด็กคัดเลือกเด็ก จำนวน 5 คน ล้างมือให้ดู ☐ ล้างมือถูกต้องทุกค (1 คะแนน) ☐ ล้างมือไม่ถูกต้อง.....คน (0 คะแนน) (เกณฑ์ขั้นต่ำที่ผ่านการประเมิน คือ ล้างบริเวณฝ่ามือ หลังมือ นิ้วหัวแม่มือ และเหนือ ข้อมือเล็กน้อย)		
10.	ครูและผู้ดูแลเด็กจัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพประจำตัวเด็ก ทุกคน ภายในศูนย์ โดยแฟ้มประวัติสุขภาพ ประกอบด้วย - แบบบันทึกประวัติการได้รับวัคซีน - แบบบันทึกปัญหาสุขภาพและการดูแลเบื้องต้นของเด็ก ☐ มี (1 คะแนน) ☐ ไม่มีแบบบันทึก/มีไม่ครบทั้งสองแบบ (0 คะแนน)		
11.	ครูและผู้ดูแลเด็กบันทึกอาการป่วยของเด็กในแบบคัดกรองอาการป่วย รายห้องเรียน ทุกคน ทุกวัน ☐ บันทึกทุกวัน (1 คะแนน) ☐ ไม่บันทึก/บันทึกเป็นบางวัน (0 คะแนน)		
12.	หากมีเด็กป่วยเกิดขึ้นระหว่างอยู่ในศูนย์เด็กเล็กท่านมีแนวทางการแยกเด็กป่วย อย่างไร ☐ แยกนอนทุกครั้งโดยใช้ห้องแยก /กรณีไม่มีห้องแยก ใช้ม่านหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วน และห่างจากเด็กอื่น อย่างน้อย 1 เมตร (1 คะแนน)		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
	☐ ไม่แยกนอน /แยกไม่ถูกต้อง(0 คะแนน)		
13.	เด็กทุกคนมีบันทึกการได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรค กำหนด โดย สุ่มแบบบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของเด็ก - จำนวนเด็ก < 50 คน สุ่ม 10 คน - จำนวนเด็ก 50-100 คน สุ่ม 20 คน - จำนวนเด็ก > 100 คน สุ่ม 30 คน ☐ มีการบันทึกได้รับวัคซีนครบถ้วนทุกคน มากกว่าร้อยละ 90 (1 คะแนน) ☐ มีการบันทึก ร้อยละ 80-90 (0.5 คะแนน) ☐ ไม่มีการประวัติการได้รับวัคซีนของเด็ก หรือ บันทึกน้อยกว่า ร้อยละ 80 (0 คะแนน)		
14.	ครูและผู้ดูแลเด็กจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ปกครองเรื่องโรคติดต่อที่พบบ่อย ในเด็ก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยประสานเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข ☐ มีเอกสารการจัดกิจกรรม/หนังสือขอเชิญวิทยากร/แผนกิจกรรม/ภาพถ่าย กิจกรรม (1 คะแนน) ☐ ไม่มีหลักฐานการจัดกิจกรรม (0 คะแนน)		
15.	ครูและผู้ดูแลเด็กมีการตรวจสอบคุณภาพนมก่อนให้เด็กดื่มหรือไม่อย่างไร ☐ มีการตรวจสอบนมโดยสุ่มเทใส่แก้ว สังเกตสี ตะกอน ฟอง กลิ่น และรสชาติ เปลี่ยนไป (1 คะแนน) ☐ มีการตรวจสอบนม โดยวิธีอื่นๆ (0.5 คะแนน) ☐ ไม่มีการตรวจสอบ (0 คะแนน)		
16.	ครูและผู้ดูแลเด็กจัดให้มีแก้วน้ำดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคน และจัดเก็บแก้วน้ำใน ที่สะอาด ไม่ปะปนกับของผู้อื่น และสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
17.	ครูและผู้ดูแลเด็กทำความสะอาดแก้วน้ำดื่มส่วนตัวของเด็ก ทุกวัน หรือ กรณีจัดให้มีแก้วน้ำส่วนรวม เฉพาะคน เฉพาะครั้ง ควรทำความสะอาด ทุกครั้งหลังใช้ [] ใช่ (1 คะแนน) [] ไม่ใช่ (0 คะแนน)		

ส่วนที่ 2 สังเกตและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินสังเกตและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก ตามหัวข้อการประเมินที่กำหนดให้

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
18	เครื่องนอนสะอาด ไม่มีคราบ ไม่มีกลิ่นเหม็น [] ใช่ (1 คะแนน) [] ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
19	สังเกตความสะอาดของเล่นเด็กทุกประเภท [] สะอาดทุกประเภท (1 คะแนน) [] ไม่สะอาดบางประเภท (0 คะแนน) เกณฑ์การประเมิน 1. ของเล่นประเภทไม้หรือพลาสติก ต้องแห้ง ไม่มีรา 2. ของเล่นประเภทกระดาษ ต้องไม่มีฝุ่น แห้ง ไม่มีคราบสกปรก 3. ของเล่นประเภทผ้า ตุ๊กตา ต้องสะอาด แห้ง ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น		
20	ศูนย์เด็กเล็กจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วนตามกิจกรรม ได้แก่ ส่วนการเรียนรู้ สถานที่ประกอบอาหาร/รับประทานอาหาร ห้องนอน และห้องส้วมแยกจากกัน [] เป็นสัดส่วน (1 คะแนน) [] ไม่เป็นสัดส่วน (0 คะแนน)		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
21	ศูนย์เด็กเล็กมีพื้นที่ใช้สอย ในห้องนอน หรือห้องกิจกรรม โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 2 ตารางเมตร ต่อเด็ก 1 คน (ประเมินจากห้องที่มีพื้นที่แออัดที่สุด) พื้นที่.....ตารางเมตร จำนวนเด็ก.....คน คิดเป็น ตารางเมตร/เด็ก 1 คน ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
22	สภาพแวดล้อมภายนอกของศูนย์เด็กเล็กสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีขยะ เกื่อนกลาด ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน ยุง และสัตว์นำโรค ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
23	พื้น ผนัง และบริเวณภายในอาคาร แห่ง สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
24	ห้องน้ำ ห้องส้วม แห่ง สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น และมีอากาศ ถ่ายเทสะดวก ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
25	อ่างล้างมือ/สถานที่ล้างมือ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
26	ห้องน้ำ ห้องส้วม แยกจากกัน ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
27	จำนวนโถส้วมถ่ายอุจจาระ โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 โถ ต่อเด็ก 10-12 คน ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
28	จำนวนก๊อกล้างมือ โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 จุดต่อเด็ก 10 คน จำนวนก๊อกล้างมือ.....จุด จำนวนเด็ก.....คน		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
	เฉลี่ย.....จุดต่อเด็ก 10 คน ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
29	น้ำดื่ม ต้องมีคุณลักษณะดังนี้ • คุณภาพของน้ำดื่ม : น้ำดื่มต้องใส สะอาด น้ำไม่มีตะกอน ตะไคร่น้ำ ต้องเป็น น้ำดื่มสุก หรือ น้ำที่ผ่านระบบปรับปรุงคุณภาพแล้ว เช่น น้ำกรอง ที่มีการบำรุง รักษาเครื่องกรองน้ำตามคำแนะนำของผลิตภัณฑ์นั้นๆ หรือ น้ำบรรจุขวด ที่ได้รับอนุญาตจาก อย. • ภาชนะบรรจุน้ำ ต้องสะอาดมีฝาปิดและก๊อกน้ำ หรือทางเทริน้ำเปิดปิดได้ ไม่มีคราบสกปรก/ตะไคร่น้ำ และภาชนะบรรจุน้ำดื่มและแก้วน้ำดื่ม อยู่สูงจาก พื้นมากกว่า 60 ซม. ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
30	น้ำดื่มมีปริมาณไม่น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร/คน/วัน ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
31	น้ำที่ใช้ ต้องสะอาดไม่มีกลิ่น ตะกอน แหล่งน้ำอาจมาจากน้ำประปา หรือ น้ำบาดาล หรือ น้ำที่สะอาดปลอดภัย ภาชนะกักเก็บน้ำต้องสะอาด มีฝาปิดมิดชิด ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
32	น้ำใช้มีปริมาณเพียงพอ - กรณีน้ำใช้มาจากระบบประปา ต้องมีน้ำไหลตลอดเวลา - กรณีน้ำใช้มาจากถังเก็บน้ำ ควรมีปริมาณโดยเฉลี่ยประมาณ 20 ลิตรต่อคนต่อวัน ☐ ใช่ (1 คะแนน) ☐ ไม่ใช่ (0 คะแนน)		

ที่	หัวข้อการประเมิน	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
33	ศูนย์เด็กเล็กจัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นครบถ้วน ดังนี้ 1. ตู้เก็บยา/กล่องเก็บยา/ที่เก็บยาสะดวกต่อการหยิบใช้ อยู่ในที่ปลอดภัย (ควร อยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 1.5 เมตร หากอยู่ติดพื้นควรมีกุญแจล็อกป้องกันไม่ให้เด็ก หยิบจับได้ง่าย) [] มี (0.25 คะแนน) [] ไม่มี (0 คะแนน) 2. มียาพาราเซตามอล และน้ำเกลือแร่ (ORS) ที่ไม่หมดอายุ [] มี (0.25 คะแนน) [] ไม่มี (0 คะแนน) 3. มีชุดทำแผล (สำลี ผ้ากอต พลาสเตอร์ปิดแผล น้ำยาทำความสะอาดแผล) [] มี (0.25 คะแนน) [] ไม่มี (0 คะแนน) 4. มีอุปกรณ์วัดไข้ [] มี (0.25 คะแนน) [] ไม่มี (0 คะแนน)		
34	ศูนย์เด็กเล็กจัดให้มีอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคครบถ้วน ดังนี้ 1. หน้ากากอนามัย และ 2. สบู่/แอลกอฮอล์เจล และ 3. ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้าเฉพาะเด็กแต่ละคน (โดยจัดเก็บในที่สะอาดไม่แออัด ไม่ปนเปื้อน และซักทำความสะอาดทุกวัน) [] ใช่ (1 คะแนน) [] ไม่ใช่ (0 คะแนน)		
35	มีอุปกรณ์และสื่อต่างๆ ที่ใช้ประกอบการสอน เรื่องการป้องกันควบคุมโรคในศูนย์ เด็กเล็ก [] ใช่ (1 คะแนน) [] ไม่ใช่ (0 คะแนน)		

ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ

ณัททัย รักประชา

ประวัติการศึกษา

2553

ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ประวัติการทำงาน

2565-ปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เทศบาลตำบลบ้านดู่ จังหวัดเชียงราย

2564-2565

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เทศบาลนครเชียงราย จังหวัดเชียงราย

2563-2565

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2559-2563

นักวิชาการสาธารณสุข
โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

