

การศึกษานำร่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

A Pilot Study of the Development of the Health Behavior Model for the
Prevention of Hand, Foot and Mouth Disease among Children and
Caregivers in Child Development Center, Sadao District, Songkhla Province

สรารวุธ อัมพร^{1*} เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์² และ ธนิษฐา ดิษสุวรรณ³

Sarawut Amporn^{1*} Penmat Sukhonthachit² and Thanittha Ditsuwarn³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษานำร่องรูปแบบพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 65 คน และผู้ดูแลเด็ก 15 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนตุลาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน ด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA เมื่อนำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กมาทดสอบประสิทธิผลพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก 1 และ 3 เดือน มีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก เหล่านี้จะสามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในบริบทของพื้นที่ได้ รวมถึงเป็นแนวทางเชิงรุกในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ โรคมือเท้าปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

² โปรแกรมวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

³ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

* Corresponding author e-mail: sarawutpadang@gmail.com

Abstract

This action research aimed to conduct a pilot study and to examine the efficiency of the health behavior model among children and caregivers for the prevention of hand, foot and mouth disease in the child development center in Sadao district, Songkhla province. This study included 65 children and 15 caregivers and conducted from July 2017 to October 2017. The instrument used was a health behavior observation forms for children and caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics and one-way repeated measures ANOVA and presented as the percentage, mean and standard deviation by comparing the health behaviors of children and caregivers before and after one and three-month implementation of the health behavior model. When subjecting the health behaviors model in children and caregivers to examine the effectiveness, it was found that the mean score of the model statistically significant increased after one and three months of the study with significance level of $\alpha=0.05$. However, the knowledge and the involvement of parents and caregivers for disease prevention, including the environment of the center should be further explored. These factors, taken together, could help to reduce the spread of hand, foot and mouth disease in the area and be a proactive approach for the prevention and control of this disease in other child development centers.

Keywords: health behaviors, hand foot and mouth disease, child development center

บทนำ

ประเทศไทยได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากที่เกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัสทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2541 หลังพบการระบาดใหญ่ของโรคที่ประเทศมาเลเซีย โดยสำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้ทำการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งระยะแรกเป็นการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ใน 14 โรงพยาบาลและขยายเป็นการเฝ้าระวังทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา และจากข้อมูลการเฝ้าระวังปี พ.ศ. 2556–2560 ประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากจำนวน 32,019 50,281 64,317 79,910 และ 64,918 ราย ตามลำดับ อายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับคือ 1 ปี (ร้อยละ 25.63) 2 ปี (ร้อยละ 23.81) และ 3 ปี (ร้อยละ 18.21) ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา รายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจากพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง รวม 2,020 ราย โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ สตูล ตรัง และสงขลา ตามลำดับ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, 2561)

สถานการณ์โรคมือเท้าปากของจังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2556-2560 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 748 692 817 758 และ 920 ราย ตามลำดับ และพื้นที่อำเภอสะเดาในปี พ.ศ. 2556-2560 พบผู้ป่วย จำนวน 25 46 87 89 และ 95 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 14.05 37.27 70.49 72.11 และ 75.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการพบผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นทุกปีในระยะห้าปีย้อนหลังมานี้ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2561) โดยการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำให้ต้องมีการหยุดการเรียนการสอนจำนวน 6 แห่ง จากทั้งหมด 24 แห่ง และจากการลงสำรวจข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ต้องปิดเรียนเพราะการระบาดของโรคทั้ง 6 แห่ง ในปี 2560 พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ยังดำเนินการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากไม่ถูกต้องครบถ้วนตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เด็กไม่ล้างมือก่อนและหลังการเข้าห้องน้ำ มีการดูอมของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่น ๆ เป็นต้น เหล่านี้ทำให้เกิดการระบาดของโรคขึ้นทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนำไปแพร่เชื้อต่อในชุมชนที่เด็กเหล่านั้นอาศัยอยู่ อีกทั้งการระบาดของโรคยังเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองฝากเลี้ยงไว้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำให้เด็กต้องหยุดเรียน บิดามารดาอาจต้องลางานเพื่อดูแลบุตร หรือในหลายๆ ครั้งต้องมีการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อทำความสะอาดและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครอง ตลอดจนผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าโรคมือเท้าปากนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จากการลงสำรวจข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ พบว่าปัญหาหลักที่ทำให้การควบคุมการติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรคือเด็กและผู้ดูแลเด็กยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันโรคมือเท้าปาก เช่น เด็กมีการดูอมของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่น ๆ การล้างมือไม่ถูกวิธี และจากการศึกษาของ พัทธภรณ์ (2554) และบุญเลิศ (2557) พบว่าผู้ดูแลเด็กทั้งหมดไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน เหล่านี้อาจก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินการป้องกันเชิงรุกมีเฉพาะรูปแบบการคัดกรองโรคมือเท้าปากโดยครูพี่เลี้ยงเท่านั้น (บงกช และคณะ, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเด็กผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เข้ามามีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection) อันจะยังผลให้เกิดความยั่งยืนและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปาก ตลอดจนสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากและเป็นต้นแบบให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นๆ ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2560 ถึง ตุลาคม 2560 ซึ่งเป็นช่วงเดือนที่พบการระบาดของโรคมือเท้าปากใน 3 ปีย้อนหลัง เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา มี 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน โดยมีการประชุมร่วมกับผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อคืนข้อมูลการระบาดของโรคมือเท้าปากใน 3 ปีย้อนหลัง และเพื่อรับทราบความต้องการความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก จากนั้นร่วมกันวางแผนและระดมความคิดร่วมกันในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก เพื่อป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ เด็กและผู้ดูแลเด็กปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ที่ถูกต้องตามที่ได้ออกแบบไว้ร่วมกัน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ห้องน้ำห้องส้วม ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย และด้านการดูแลเด็ก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อสังเกตพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่วางไว้โดยไม่มีการแจ้งให้เด็กและผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทราบล่วงหน้า คณะผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่เด็กและผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ ผู้วิจัยคืนข้อมูลผลการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก สรุปผลการดำเนินการร่วมกับผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สะท้อนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก เพื่อปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นเด็กและผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลาปีการศึกษา 2560

1.1 ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 15 คน โดยเลือกเป็นกลุ่มประชากรทั้งหมด 15 คน

1.2 เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 323 คน ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ของมหาวิทยาลัย Heinrich-Heine-Universität เลือกรูปแบบการวิเคราะห์แบบ F-test ANOVA repeated measures โดยกำหนด α เท่ากับ 0.05 (ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95) และกำหนดอำนาจของการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 0.95 (power of test 95%) (Faul *et al.*, 2007) จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 15 (Lemeshow *et al.*, 1990) ได้จำนวน 7 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนประมาณ 50 คน (ได้กลุ่มตัวอย่างยีนดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการครั้งนี้จำนวน 65 คน)

1.2.1 คัดเลือกเด็กโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากห้องเรียนตั้งแต่ระดับเตรียมอนุบาล จนถึงระดับอนุบาล 3 ทั้งหมด 13 ห้อง ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยเลือกเด็กนักเรียนเลขที่ 1 5 10 15 และ 20 ของแต่ละห้องเรียน

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก โดยคณะผู้วิจัยจำนวน 5 คน ทำการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคมือเท้าปากจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ หลังการใช้ห้องน้ำห้องส้วม จำนวน 2 ข้อ การรักษาความสะอาด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 2 ข้อ ด้านการดูแลเด็ก จำนวน 6 ข้อ

โดยหากสังเกตว่าทำได้ 1 คะแนน หากสังเกตว่าไม่ทำ จะไม่ได้คะแนนในข้อนั้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย 5 คน โดยมีการชี้แจงรายละเอียดการสังเกตให้กับ คณะผู้วิจัย และมีคู่มือการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ทำการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพก่อนดำเนินการพัฒนา 1 ครั้ง ในเดือนกรกฎาคม 2560 เปรียบเทียบกับหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในเดือนสิงหาคม และเดือนตุลาคม 2560 โดยไม่มีการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบล่วงหน้าถึง วันและเวลาในการลงสังเกตข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 ผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (content validity) จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2 นำแบบสอบถามจากการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของคำถามแต่ละข้อได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้หมายเลขรับรอง EH 2017-002 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2560

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็กโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำมาแปลผลคะแนนจัดเป็น 3 ระดับ (วิเชียร, 2538) ได้แก่

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{1 - 0}{3} = 0.33$$

แปลผลคะแนนได้ดังต่อไปนี้

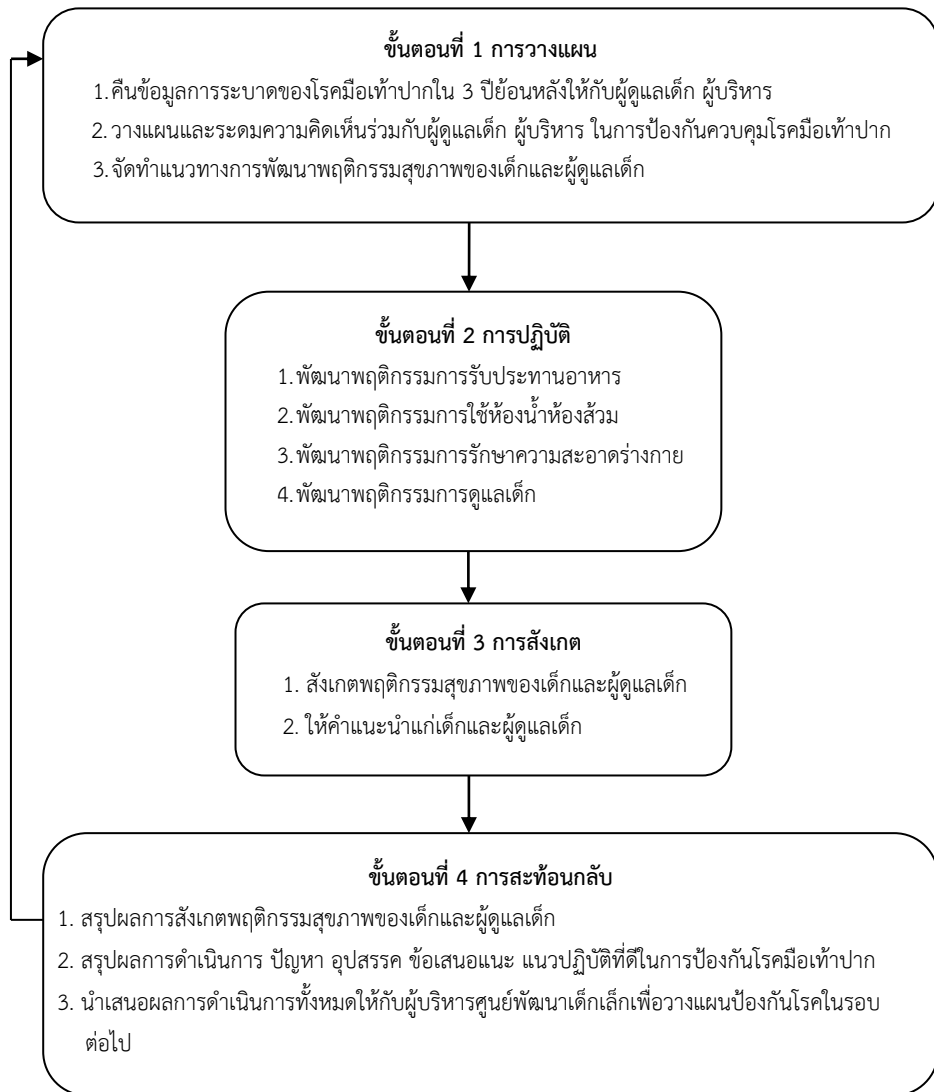
มีพฤติกรรมระดับดี	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.00 คะแนน
มีพฤติกรรมระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0.34 - 0.66 คะแนน
มีพฤติกรรมระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.33 คะแนน

วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กโดยสถิติอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ One-way repeated measures ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 โดยมีการตรวจสอบข้อสมมติเบื้องต้นดังนี้ การกระจายข้อมูลของตัวแปรตามคือคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน พบว่ามีการกระจายแบบโค้งปกติและมีผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมของเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็น compound symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงใช้ค่า sphericity assumed

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

ผลการดำเนินการศึกษานำร่องรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนกลับ ส่งผลให้เด็กและผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปาก

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็ก

เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.16 และมีอายุระหว่าง 2-3 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.70

ผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยมีเด็กต่ำกว่า 5 ปี ในการดูแล 24 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.00 อายุของผู้ดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.30 ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า

สถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็กมากที่สุดคือ คู่/สมรส คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน (n=65)

พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา 1 เดือน			หลังพัฒนา 3 เดือน		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ
2. ใช้ช้อนในการรับประทาน	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
3. ไม่หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปาก	0.46	0.50	ปานกลาง	0.81	0.39	ดี	0.83	0.37	ดี
4. ไม่กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่นๆ	0.93	0.24	ดี	0.98	0.12	ดี	0.98	0.12	ดี
5. ล้างมือด้วยสบู่หลังใช้ห้องน้ำ	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ
6. ราดน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย	0.41	0.49	ปานกลาง	0.86	0.34	ดี	0.83	0.37	ดี
7. ล้างมือด้วยสบู่หลังการเล่น	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ
8. ไม่ดู ดม ของเล่น ร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ	0.46	0.50	ปานกลาง	0.81	0.39	ดี	0.87	0.33	ดี
9. ไม่ใช้แก้วน้ำร่วมกับคนอื่น	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
10. ไม่ใช้ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
11. ไม่ใช้แปรงสีฟันร่วมกับคนอื่น	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
12. ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ	0.66	0.47	ปานกลาง	0.93	0.24	ดี	1	0	ดี
13. ไม่เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก	0.36	0.48	ปานกลาง	0.86	0.34	ดี	0.83	0.37	ดี
รวม	0.56	0.22	ปานกลาง	0.71	0.14	ดี	0.77	0.13	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนและหลังพัฒนา 1 และ 3 เดือน พบว่าเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ ไม่หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปาก ไม่กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่นๆ ราดน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย ไม่ดูดมของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ ไม่เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ไม่ดีขึ้น ได้แก่ การไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำห้องส้วม และหลังการเล่นของเล่น

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน ด้วย One-way repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	degree of freedom	sum of squares	mean square	F	p-value
ช่วงเวลา	2	160.74	80.37	92.47	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	128	111.25	0.86		

หมายเหตุ : degree of freedom หมายถึง ระดับแห่งความเป็นอิสระ
 sum of squares หมายถึง ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
 mean square หมายถึง สวนเบี่ยงเบนกำลังสองเฉลี่ย

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (p-value < 0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน (n=15)

พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ดูแลเด็ก	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา 1 เดือน			หลังพัฒนา 3 เดือน		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลัง เข้าห้องน้ำห้องส้วม	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ
2. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลัง การรับประทานอาหาร	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ	0	0	ต่ำ
3. ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็ก	0.93	0.25	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
4. ล้างมือก่อนและหลังเตรียม อาหารให้เด็ก	0.53	0.51	ปานกลาง	1	0	ดี	1	0	ดี
5. ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
6. ปิดปาก จมูก ขณะไอจาม ทุกครั้ง	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
7. มีแยกเด็กป่วย ออกจาก เด็กปกติ	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
8. ทำความสะอาดของใช้ ส่วนตัวเด็กอย่างน้อยอาทิตย์ ละครั้ง	1	0	ดี	1	0	ดี	1	0	ดี
รวม	0.68	0.09	ดี	0.75	0	ดี	0.75	0	ดี

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังพัฒนา 1 และ 3 เดือน พบว่าผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้แก่ ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็ก ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้ดูแลเด็กที่ไม่ดีขึ้น ได้แก่ การไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน ด้วย One-way repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	degree of freedom	sum of squares	mean square	F	p-value
ช่วงเวลา	2	2.84	1.42	16.00	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	28	2.48	0.08		

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่ไม่ดีขึ้นโดยอยู่ในระดับต่ำหลังการพัฒนา ได้แก่ เด็กล้างมือด้วยน้ำเปล่าโดยไม่ใช้สบู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ (บุญเลิศ, 2557) เนื่องจากผู้ดูแลเด็กยังไม่นำการซื้อสบู่ล้างมือเข้าแผนการจัดซื้อของเทศบาลในปีงบประมาณที่ผ่านมา ซึ่งการล้างมือด้วยน้ำเปล่าไม่สามารถลดเชื้อโรคที่ติดมากับมือได้ทั้งหมด การล้างมือที่ไม่ถูกต้องสามารถทำให้เกิดการติดและแพร่เชื้อโรคได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สันติพงษ์, 2549) และเด็กยังมีการอมดูดของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคมือเท้าปาก ซึ่งจะต้องมีการให้ความรู้แก่เด็กในเรื่องพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ดูแลเด็ก 1 และ 3 เดือน ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูกน้ำลาย อุจจาระเด็ก ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก โดยผู้ดูแลเด็กมีการล้างมือแต่ไม่ถูกต้องตามการล้างมือ 7 ขั้นตอน (พัชรภรณ์, 2554; บุญเลิศ, 2557) แต่หลังจากได้รับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือได้อย่างถูกต้อง ก่อนหลังรับประทานอาหารเข้าห้องน้ำห้องส้วม หลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็ก ก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก ในส่วนพฤติกรรมล้างมือของผู้ดูแลเด็กนั้นอยู่ในระดับต่ำโดยใช้แค่ น้ำธรรมดาไม่มีการใช้สบู่เช่นเดียวกับเด็ก ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำแนะนำว่าการล้างมือด้วยน้ำธรรมดาส่งผลเพียงลดคราบสกปรกของฝุ่นละอองเท่านั้น แต่เชื้อโรคยังมีเหมือนเดิม การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่ถูกวิธีจะช่วยลดปริมาณเชื้อโรคที่มือได้ดีที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการล้างมือให้ถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่สำหรับผู้ดูแลเด็ก เพื่อลดการติดต่อและแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากเพื่อเป็นต้นแบบให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นๆ โดยมีข้อจำกัดการวิจัยได้แก่ ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเป็นการประเมินระยะสั้นไม่สามารถบอก

ผลลัพธ์ได้ว่าสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลงได้มากน้อยเพียงใด

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานำร่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) การสะท้อนกลับ (reflection) เพื่อให้ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้ร่วมรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีต ร่วมกันวางแผน จัดทำแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหา ในทุกขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเด็ก 1 และ 3 เดือน เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่การไม่หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปาก ไม่กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่นๆ ใช้น้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย ไม่ดูดนมของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ ตัดเล็บมือให้สั้น และสะอาดอยู่เสมอ ไม่เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ดีขึ้นโดยอยู่ในระดับต่ำได้แก่ เด็กทุกคนล้างมือด้วยน้ำเปล่าโดยไม่ใช้สบู่ และเด็กยังมีการอม ดูดของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ดูแลเด็ก 1 และ 3 เดือน ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูกน้ำลาย อุจจาระเด็ก ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก ผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือได้อย่างถูกวิธี ก่อนหลังรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำห้องส้วม หลังสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็ก ก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ควรจัดหางบประมาณเพื่อสนับสนุนสบู่ล้างมือให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆด้วย
2. ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เช่น ความรู้ของผู้ปกครองในเรื่องโรคมือเท้าปาก สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก มาตราการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก เป็นต้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นควบคู่ไปกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานำร่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปาก สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความอนุเคราะห์ให้ความร่วมมือจากนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ผู้อำนวยการกองการศึกษา ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองนักเรียนชั้นเตรียมอนุบาลจนถึงอนุบาล 3 ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าปากและการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัทบอร์นทูบีพับลิชชิงจำกัด.
- บงกช เขียวชาญยนต์ ปรีชา หนูพอง และสุณีย์ เหมพัฒน์. (2553). รูปแบบการป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมืองในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดตรัง. *วารสารควบคุมโรค*, 36(2), 129-135.
- บุญเลิศ จันทรหอม. (2557). *การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขภาพอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัชรภรณ์ ไพศขมาส. (2554). *การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปาก อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สันติพงษ์ กัณหาวาริ. (2549). *พฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. (2561). *สถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญของเขตสุขภาพ ที่ 12*. สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2561, จาก: http://info.sasuk12.com/archives/ceo12/july60/3_3.pdf.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2561). *สถานการณ์โรคมือเท้าปาก 2560*. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2561, จาก: http://www.skho.moph.go.th/skho/news_skho.php?newsid=2076&pid=&txt_search=&Page=1.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. and Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Lemeshow, S., David, W.K., Lwanga, J. and Kaggwa, S. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: Chichester Wiley.