

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมือ เท้า และปาก (hand foot and mouth disease) เกิดจากการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) เชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด คือ Coxsackie A16 รองลงมา คือ Enterovirus 71 ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2549 โรคมือ เท้า และปาก ระบาดในประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ มาเลเซีย ใต้หวัน สิงคโปร์ และบรูไนดารุสซาลาม มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 2,000 ถึง 100,000 กว่าราย และอัตราผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีตายร้อยละ 0.04-1.90 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ปี ค.ศ. 2008 ประเทศจีนมีรายงานผู้ป่วย 60,000 กว่าราย อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.21 ส่วนปี พ.ศ. 2555 เกิดการระบาดในประเทศกัมพูชา มีรายงานผู้ป่วย 59 ราย เสียชีวิต 52 ราย อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 88.13 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2545-2549 มีรายงานผู้ป่วยปีละ 769-4,646 ราย อัตราป่วย 1.23-7.24 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.08-0.20 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 มีรายงานผู้ป่วยปีละ 6,823-16,846 ราย อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.03-0.04 (ทวิวงศ์ ตันตราชีวิต, 2555) สำหรับปี พ.ศ. 2555 พบว่าสถานการณ์โรคมือ เท้า และปาก สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึงสามเท่า (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ข) และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2556 รายงานผู้ป่วยจำนวน 44,350 ราย กลุ่มอายุที่พบสูงสุด 0-4 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 1018.63 ต่อประชากรแสนคน รายงานผู้เสียชีวิต 3 ราย อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.01 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าสถานการณ์และแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปากในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และมักเกิดในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โดยพบการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คิดเป็นร้อยละ 47.05 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การติดเชื้อในเด็กวัยดังกล่าวจึงก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง

การติดเชื้อโรคมือ เท้า และปาก ในเด็กก่อนวัยเรียน มีผลกระทบทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ปกครอง และสถานรับเลี้ยงเด็ก การติดเชื้อส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กซ้าลง (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก; Dewey, & Mayers, 2011) เด็กที่ติดเชื้อ Enterovirus 71 มักมีอาการรุนแรงส่งผลให้เด็กมีพยาธิสภาพที่สมอง เกิดอัมพาต และยังเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก; Ooi, Phoon, Ishak, & Chan, 2002; Ryu et al., 2010; Tu et al., 2007) การศึกษาในประเทศจีนในปี ค.ศ. 2008 มีการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ส่งผลให้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล มีอาการขั้นรุนแรงร้อยละ 5.8 และอัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.36 (Zhang et al., 2010) อาการแทรกซ้อนอย่างอื่น ได้แก่ น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน มีเลือดออกในปอด กล้ามเนื้อหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2011; S.C, Chen, Chang, Yan, Cheng, & K.-T, Chen, 2007) ส่วนการศึกษาในประเทศไต้หวัน ระหว่างปี ค.ศ. 1998 ถึงปี ค.ศ. 2005 พบอัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 16 (Chen et al., 2007) นอกจากนี้จะมีผลกระทบต่อตัวเด็กแล้วยังส่งผลให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กติดเชื้อจากเด็กป่วยที่ได้รับเชื้อมาจากสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012; Chouillet, Maguire, & Kurtz, 1992; Goh, Doraisingham, Tan, Lim, & Chew, 1982; Herman, 1988) และการป่วยของเด็กยังทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก ทำให้ขาดรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก; Miller, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคมือ เท้า และปาก เป็นโรคที่ทำให้เกิดการระบาดได้บ่อยในสถานดูแลเด็กเล็ก หรือในโรงเรียนอนุบาล ทำให้มีการปิดสถานบริการดังกล่าวเพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันโรค ไม่ให้เกิดการระบาดแพร่กระจายวงกว้างออกไป (Ooi et al., 2002; Ryu et al., 2010) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าสถานการณ์โรคมือ เท้า และปาก มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มและความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น เช่น พิการหรือเสียชีวิต เป็นต้น โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งปัจจุบันเด็กกลุ่มนี้มักจะถูกนำไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (child development center)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (child development center) เป็นสถานที่เตรียมความพร้อมของเด็กก่อนเข้าโรงเรียน จึงเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก และจากการอยู่รวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดการระบาดของโรคได้ง่ายและรวดเร็ว เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีการสัมผัสใกล้ชิดกัน การใช้ของเล่นและอุปกรณ์ของใช้ร่วมกัน (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548; Alum, Rubino, & Ijaz, 2010) ประกอบกับระบบภูมิคุ้มกันยังเจริญไม่สมบูรณ์และยังไม่สามารถปฏิบัติด้านสุขอนามัยด้วยตนเองหรือยังปฏิบัติได้ไม่ดี เด็กก่อนวัยเรียนจึงสามารถรับเชื้อได้ง่าย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคหลายชนิด (Arabaci, 2009) โดยพบว่าเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความเสี่ยงต่อการติด

เชื้อ 2-3 ครั้งต่อปี (Nesti, & Golgbaum, 2007) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า และปาก สูงกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่บ้านถึง 1.8-2.1 เท่า (Chang et al., 2002; Ruan et al., 2011) เมื่อเจ็บป่วย จะแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กอื่นได้ง่าย (Apisarnthanaruk, Kitphati, Pongsuwann, Tacharoenmueng, & Mundy, 2005; Ooi et al., 2002)

การแพร่กระจายเชื้อโรคมือ เท้า และปาก เกิดจากการกระจายเชื้อออกมากับอุจจาระหรือ ละอองน้ำมูก น้ำลายของเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้ รวมทั้งติดต่อทางน้ำและอาหาร (Apisarnthanaruk et al., 2005; CDC, 2012) จะสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ดังการศึกษาในประเทศสิงคโปร์พบว่า การแพร่กระจายเชื้อโรคมือ เท้า และปาก ในสถานเลี้ยงเด็กเล็กเกิดจากการอยู่ร่วมกันในห้องเรียน การใช้ของเล่นและอุปกรณ์การเรียนร่วมกัน (Ooi et al., 2002) เช่นเดียวกับ การระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในทางตอนเหนือของประเทศสเปนในปี ค.ศ. 2011 พบเด็กป่วยในศูนย์ เด็กเล็กจำนวน 12 ราย หลังจากนั้นก็มีเด็กป่วยเพิ่มอีกจำนวน 13 รายจากการสัมผัสกับเด็กกลุ่มดังกล่าว และเด็กป่วยกลุ่มนี้ยังทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปยังเด็กในชุมชนอีก 74 ราย (CDC, 2013) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในสถานเลี้ยงเด็ก กลางวันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ทำให้เด็กจำนวน 12 ราย เกิดการติดเชื้อจากเด็กป่วย รายแรกเนื่องจากการใช้อุปกรณ์ของเล่นด้วยกัน (Apisarnthanaruk et al., 2005) ซึ่งมีการศึกษา ที่พบว่าเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกิดการสัมผัสเชื้อโรคจากเด็กคนหนึ่งสู่เด็กอีกคนหนึ่งโดยตรง ร้อยละ 55 เมื่อเปรียบเทียบกับ การสัมผัสโดยทางอ้อมซึ่งพบเพียงร้อยละ 12 (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสอบสวนการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ของสำนักกระบวนวิชา พบว่าการมีเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อเด็กป่วยเล่นคลุกคลีกับเด็ก อื่นๆ ทำให้มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรค (สำนักกระบวนวิชา ควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 2551)

การแพร่กระจายเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ โดยสำนักโรคติดต่อ ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) กำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนี้ 1) การคัดกรองและแยกเด็กป่วย 2) การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อ 3) เสริมสร้างให้เด็ก มีสุขภาพดี และ 4) เสริมสร้างพฤติกรรมอนามัย ซึ่งการคัดกรองเป็นวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การคัดกรองที่ดีจะสามารถแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ตั้งแต่พบ เด็กป่วยรายแรก และการคัดกรองค้นหาเด็กป่วยหรือมีอาการในระยะเริ่มแรกยังช่วยให้เด็กได้รับการ วินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น สามารถลดการใช้ ทรัพยากรเพื่อการรักษา (ไพบุลย์ โล่สุนทร, 2552; สิลม แจ่มอุลิตร์ตัน, 2554) การคัดกรองยังเป็น มาตรการการเฝ้าระวังโรคที่เป็น การปฏิบัติที่ใช้ต้นทุนน้อย แต่สามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแล

รักษาพยาบาลได้มาก (บงกช เชี่ยวชาญยนต์, 2552) จะเห็นได้ว่าหากมีการคัดกรองดังกล่าว จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ และยังช่วยให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรค

การคัดกรองเด็กก่อนเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นบทบาทโดยตรงของครูพี่เลี้ยง ครูพี่เลี้ยงสามารถคัดกรองเด็กก่อนเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ โดยสังเกตความผิดปกติของเด็กแต่ละคนในทุกตอนเช้าของทุกวันก่อนรับเด็กเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กว่ามีไข้ ไอ มีน้ำมูก หรือมีแผลในปาก มีจุดผื่นแดงตามตัวหรือไม่ การซักถามผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพเด็กขณะอยู่บ้าน และบันทึกสุขภาพเด็กทุกคน ทุกวัน (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งหากครูพี่เลี้ยงสามารถคัดกรองเด็กได้ดังกล่าว จะสามารถค้นหาเด็กป่วยได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อไป ดังผลการศึกษาการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในศูนย์ศึกษาเด็กเล็กโดยมีการประเมินสุขภาพเด็กทุกเช้าก่อนเข้าสู่ศูนย์ศึกษาเด็กเล็กพบว่าหลังจากดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงร้อยละ 36.1 (วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร, สมจิต เกียรติวัฒนาเจริญ, จิราภรณ์ สายพรหมมา, สุธิศา ล่ามช้าง และ อุษณีย์ จินตะเวช, 2541) สอดคล้องกับอีกการศึกษาพบว่า การคัดกรองเด็กเบื้องต้น รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกอาการป่วยและแบบประเมินกิจกรรม หลังดำเนินโครงการ 1 ปี สามารถลดการป่วยของเด็กได้ประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง จากจำนวนเด็กป่วย 9 รายต่อเดือน พบเพียง 5.5 รายต่อเดือน (บงกช เชี่ยวชาญยนต์, ปรีชา หนูฟอง, สุนีย์ เหมพัฒน์ และ ศรัณย์วิทย์ ขุนหมวก, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า การควบคุมและการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า และปาก โดยมีวิธีการคัดกรองร่วมด้วยทำให้สามารถลดการระบาดของโรคได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2550 พบว่าปี พ.ศ. 2551 สามารถลดเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า และปาก ได้ร้อยละ 86.34 (ทัศนีย์ พาณิชย์กุล และคณะ, 2553) จากข้อมูลของทัศนีย์ระบุถึงการคัดกรองสามารถช่วยลดการติดเชื้อได้

การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก เป็นสิ่งที่ครูพี่เลี้ยงควรตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากเด็กมักจะมาเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงก่อนเข้าชั้นเรียน ซึ่งในช่วงเวลานี้เด็กมักจะเล่นกัน ดังนั้นหากไม่มีการคัดกรองตั้งแต่เบื้องต้นอาจมีเด็กป่วยแพร่กระจายเชื้อไปสู่เด็กรายอื่นได้ (จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ, 2555) การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า โดยทั่วไปในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรค ครูพี่เลี้ยงมักไม่ปฏิบัติตามการคัดกรองเด็ก ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติไม่ครบถ้วน ดังการศึกษาพบว่าครูพี่เลี้ยงสองจังหวัดในภาคใต้มีการคัดกรองเด็กร้อยละ 41-60 (ณิชกานต์ ไชยชนะ, 2548; รวีวรรณ คำเงิน และ กิจติยา รัตนมณี, 2550) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามในรายด้านจากการศึกษาอื่นพบว่าการปฏิบัติของครูพี่เลี้ยงในด้านการคัดกรองเด็กอยู่ในระดับปานกลาง (กชกร เป็นแผ่นดิน, 2552; โสภา

ไชยแก้ว, 2552; วลัยลักษณ์ ชันทา, 2542) การศึกษาการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นบางครั้ง ซึ่งหนึ่งในกิจกรรมที่ถูกละเลย คือ ไม่คัดกรองหรือแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ (รุ่งกาญจน์ ออมสิน และ ปรีกษ์มล รัชชนกุล, 2553) ส่วนการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงของพัชรภรณ์ โปสาขมาศ (2554) พบว่ามีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพียงบางแห่งเท่านั้นที่คัดกรองเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และไม่ได้ทำการคัดกรองเด็กป่วยทุกครั้งแม้กระทั่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคในพื้นที่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดการคัดกรองร้อยละ 100 แต่ผลการสำรวจพบว่าครูพี่เลี้ยงคัดกรองเด็กได้ร้อยละ 90.9 (จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ, 2555) กรณีมีเด็กป่วยที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองปะปนอยู่อาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์โดยการสัมภาษณ์จากหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ กนกวรรณ จิตมานะ (ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 9 กันยายน 2555) กล่าวว่าครูพี่เลี้ยงจะทำการคัดกรองเด็กทุกวันหากมีหัวหน้าอยู่ประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ในกรณีหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่อยู่มักไม่ปฏิบัติ โดยครูพี่เลี้ยงให้เหตุผลว่าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าวเนื่องจากเด็กมาถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเวลาใกล้เคียงกัน ทำให้ครูพี่เลี้ยงไม่สามารถปฏิบัติได้ทันเวลา และจำนวนเด็กต่อครูพี่เลี้ยงมากกว่ามาตรฐานที่กำหนด ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีอุบัติการณ์ โรคมือ เท้า และปาก ในพื้นที่ ทำให้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญจึงละเลยในการปฏิบัติ อวยพร ใจห้าว (ติดต่อเป็นการส่วนตัว, 26 พฤศจิกายน 2555)

การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของครูพี่เลี้ยง ดังที่กล่าวว่าครูพี่เลี้ยงจะคัดกรองเด็กทุกวันหากมีหัวหน้าอยู่ประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นหมายถึงครูพี่เลี้ยงรับรู้ว่ามีหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องการให้ตนเองคัดกรองเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจปฏิบัติของครูพี่เลี้ยงซึ่งหากครูพี่เลี้ยงตระหนักถึงความสำคัญโดยประเมินคุณค่าของการคัดกรอง หรือรับรู้ว่าการคัดกรองเด็กเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ไม่ยากและใช้เวลาอันน้อยเนื่องจากเด็กสามารถทำท่าทางให้ตรวจได้อย่างรวดเร็ว (จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล และคณะ, 2555) ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้ครูพี่เลี้ยงมีความตั้งใจและปฏิบัติการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากได้ แต่เนื่องจากโรคมือ เท้า และปาก ซึ่งไม่ได้มีอุบัติการณ์ตลอดเวลาจึงเป็นการยากที่จะศึกษาการปฏิบัติของครูพี่เลี้ยงในการคัดกรอง ประกอบกับที่ผ่านมามีการศึกษาพบว่าถ้าบุคคลมีความตั้งใจจะสามารถทำนุไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์

ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจ (intention) เป็นสภาวะของจิตที่บุคคลใส่ใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากกว่าสิ่งอื่นๆ โดยมีผลต่อการตอบสนองต่อสิ่งนั้น หรือเป็นการแสดงถึงเจตจำนงที่มุ่งมั่นใส่ใจต่อสิ่งนั้นๆ เป็น

ความคิดในการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งบ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา เมื่อมีการวัดความตั้งใจที่เหมาะสมจะสามารถพยากรณ์ไปถึงพฤติกรรมได้ (Ajzen, & Fishbein, 1980) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior [TPB]) โดยเอจเซน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอจเซนและพิตบายน์ โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนนั้นอธิบายว่าพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบของความพยายามของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม โดยความตั้งใจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ซึ่งความตั้งใจของบุคคลเกิดจากปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ทักษะคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) เป็นการประเมินจากความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ 2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนเอง มีความคิดว่าตนควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และ 3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าเป็นการง่ายหรือยากที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้

การนำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ดังเช่น การศึกษาในประเทศไทย พนารัตน์ สมบูรณ์ (2544) ศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ทักษะคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจและความตั้งใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .01$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจของกลุ่มสมรสนหญิงตั้งครรภ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 9.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.12) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน แต่เมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า ทักษะคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.28, p < .01$) ในขณะที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .49$ และ $.34$ ตามลำดับ, $p < .01$) (เบญจพร พงศ์อำไพ, 2552) ส่วนการศึกษาปัจจัยทำนายด้านการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนของเอมิตา ชุมทอง (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกัน

ทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้ร้อยละ 49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การศึกษาในต่างประเทศ ดังการศึกษาของอาร์มีเตจ (Armitage, 2005) ศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 ราย โดยลำดับแรกเมื่อการวิเคราะห์หัตถดอยพหู ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 49 ($p < 0.05$) การวิเคราะห์หัตถดอยพหูในลำดับต่อมาพบว่า ความตั้งใจและการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 22 ($p < 0.01$) ส่วนวองก์และมุลแลน (Wong, & Mullan, 2009) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าของนักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยในประเทศออสเตรเลีย เมื่อการวิเคราะห์หัตถดอยพหูเพื่อดูอำนาจการทำนายของทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม พบว่าสามารถทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 53.1 ($p < 0.001$) แต่เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรรายด้านพบว่าไม่มีเพียงทัศนคติต่อพฤติกรรมเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เดียวกันพบว่า การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าได้

การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบเพียงแต่การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคมือ เท้า และปาก เท่านั้น (Ang et al., 2009; Ljubin-Sternak, Slavic-Vrzic, Vilibic-cavlek, Aleraj, & Gjenero-Margan, 2011; Tu et al., 2005; Zhang et al., 2010) ถ้าหากได้รับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจความรู้และการปฏิบัติของครูพี่เลี้ยง (กชกร เป็นแผ่น, 2552; พัชราภรณ์ ไพสาขมาศ, 2554; โสภา ไชยแก้ว, 2552; อำพัน ไชยงำเมือง, 2552) ประกอบกับข้อมูลที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโรคมือ เท้า และปาก เป็นโรคที่พบและเกิดการระบาดได้บ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่ครบขั้นตอนเกี่ยวกับการคัดกรองของครูพี่เลี้ยงได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ผลการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการปฏิบัติในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อันจะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

1.2.2 เพื่อศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ เป็นอย่างไร

1.3.2 ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ เป็นอย่างไร

1.3.3 ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ เป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ โดยมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความพยายามในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) ซึ่งประกอบด้วย

1) ทักษะติดต่อพฤติกรรมต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลการปฏิบัติและการประเมินคุณค่าของครูพี่เลี้ยงที่มีต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ประเมินโดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก และแบบสอบถามการประเมินคุณค่าเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรม

2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังและแรงจูงใจของ เพื่อนครูพี่เลี้ยง หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบล และผู้ปกครองเด็ก ประเมินโดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง และแบบสอบถามแรงจูงใจคล้ายคลึงตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรม

3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง ความรู้ตื้นลึกนึกคิดของครูพี่เลี้ยงต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ประเมินโดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก และแบบสอบถามการรับรู้อำนาจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5.2 การคัดกรอง หมายถึง การปฏิบัติของครูพี่เลี้ยงเพื่อค้นหาเด็กที่สงสัยเป็นโรคมือ เท้า และปาก ได้แก่ การตรวจดูแผลในปาก ผื่นตุ่มที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าเด็ก เมื่อแรกรับเด็กทุกคนเข้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกครั้ง หากพบเด็กมีแผลในปากหรือผื่นจะให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย

1.5.3 ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง การแสดงเจตนาของครูพี่เลี้ยงต่อความพยายามในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ตามแนวปฏิบัติของสำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ประเมินโดยแบบสอบถามความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5.4 ครูพี่เลี้ยง หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อระวังปัญหาสุขภาพ ดูแลจิตสภาพแวดล้อมให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้รับการอบรมและประเมินความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.5.5 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการรับเลี้ยงเด็กเล็กอายุ 2-5 ปี ในสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ ขนาดศูนย์รับเด็กจำนวน 40-100 คน