

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดูเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 โรคมือ เท้า และปาก (hand foot and mouth disease)
  - 2.1.1 ความหมายของโรคมือ เท้า และปาก
  - 2.1.2 สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคมือ เท้า และปาก
  - 2.1.3 การติดต่อ และการแพร่กระจายเชื้อของโรคมือ เท้า และปาก
- 2.2 สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า และปาก
  - 2.2.1 สถานการณ์ของโรคมือ เท้า และปาก
  - 2.2.2 ผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า และปาก
- 2.3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - 2.3.1 ความหมายศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - 2.3.2 บทบาทครูพี่เลี้ยง
  - 2.3.3 แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - 2.3.4 การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
- 2.5 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง
  - 2.5.1 ความหมายความตั้งใจ
  - 2.5.2 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง
- 2.6 กรอบแนวคิด

## 2.1 โรคมือ เท้า ปาก (hand foot and mouth disease)

### 2.1.1 ความหมายของโรคมือ เท้า และปาก

โรคมือ เท้า และปาก (hand foot mouth disease; HFMD) หมายถึง กลุ่มอาการหนึ่งที่พบบ่อยในเด็กทารกและเด็กเล็ก โดยจะมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ต่อมามีอาการเจ็บปาก กลืนน้ำลายไม่ได้ มีตุ่มแดงอักเสบที่บริเวณลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม ต่อมาจะมีตุ่มนูนแดงเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า และอาจพบตุ่มที่หัวเข่า หรือก้น ได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Apisarnthanaruk et al., 2005; Thomas, 2009)

### 2.1.2 สาเหตุอาการ และอาการแสดงของโรคมือ เท้า และปาก

โรคมือ เท้า และปาก เกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ที่สามารถเจริญเติบโตได้ในลำไส้ ซึ่งมีหลายชนิด ที่พบบ่อย คือ Coxsackie A16 รองลงมา คือ Enterovirus 71 เป็นไวรัสที่มีขนาดเล็กชนิด RNA อยู่ในแฟมิลี Picornavirus ชนิดไม่มีเปลือกหุ้ม (simple virus capsid, singlestrand, non-enveloped RNA) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 20-30 นาโนเมตร ทนทานต่อสภาวะที่เป็นกรดและมีตัวจับเฉพาะ (specific receptors) ที่ผิวของลำไส้ (enterocyte) เอนเทอโรไวรัสพบเฉพาะในมนุษย์เท่านั้น แบ่งได้เป็น 5 กลุ่มย่อย คือ ไวรัสโปลิโอ (Polioviruses) ไวรัสคอกแซกกีเอ (Coxsackieviruses A) ไวรัสคอกแซกกีบี (Coxsackieviruses B) ไวรัสเอกโค (Echoviruses) และเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) คุณสมบัติของเชื้อเอนเทอโรไวรัส ก่อนข้างทนทาน ทนต่อภาวะกรด อีเทอร์ แอลกอฮอล์ และสารดีออกซีโคเลต (deoxycholate) โดยปกติจะมีชีวิตอยู่ในอุณหภูมิตั้งแต่หลายวัน การทำลายเชื้อโดยแสงอุลตราไวโอเล็ต การต้มที่อุณหภูมิ 50-60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที หรือทำลายเชื้อด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ (sodium hypochlorite) และถูกทำลายด้วยวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Thomas, 2009)

หลังได้รับเชื้อ 3-5 วัน จะเริ่มแสดงอาการด้วยการมีไข้ต่ำๆ หรือไข้ร่วมกับผื่น (exanthematous fever) เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ต่อมาอีก 1-2 วันจะมีจุดหรือตุ่มแดงอักเสบที่ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม หลังจากนั้นจะเกิดผื่นนูนสีแดงเล็ก (มักไม่คัน) ที่ฝ่ามือ นิ้วมือ (มักอยู่ที่ด้านข้างของนิ้ว) ฝ่าเท้า (มักอยู่ที่สันเท้า) และอาจพบบริเวณหัวเข่า ข้อศอก หรือก้นได้ ตุ่มนี้จะกลายเป็นตุ่มพองใส (macula-papular vesicle) บริเวณรอบๆ มีการอักเสบและแดง ในปากจะพบเป็นตุ่มแดงที่ลิ้น ซึ่งต่อมาจะแตกออกเป็นแผลหลุมตื้นๆ (ulcer) อาการจะทุเลาและหายเป็นปกติภายใน 7-10 วัน (CDC, 2012; Frydenberg, & Star, 2003) โดยทั่วไปโรคมือ เท้า และปาก เป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรง แต่ในเด็กบางรายมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (aseptic meningitis) สมอง

อักเสบ (encephalitis) อัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก (acute-flaccid paralysis) กล้ามเนื้อหัวใจ อักเสบ (myopericarditis) หรือน้ำท่วมปอด ซึ่งจะรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ส่วนใหญ่ที่มีอาการรุนแรงเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Chen, Chang, Wang, Cheng, & Yang, 2012)

### 2.1.3 การติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อของโรคมือ เท้า และปาก

โรคมือ เท้า และปาก เกิดจากเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายทางปากโดยตรง ซึ่งเชื่อกันว่าติดต่อกับมือ หรือภาชนะที่ใช้ร่วมกัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ หรือของเล่นที่ปนเปื้อนน้ำลาย น้ำมูก หรือน้ำจากตุ่มพอง แผลในปาก (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551; CDC, 2012; Ooi et al., 2002) หรืออุจจาระของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสอยู่ (fecal-oral route) มักพบการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสในเด็ก เนื่องจากยังไม่มีภูมิคุ้มกัน เชื้อจะผ่านเข้าไปที่เยื่อของคอหอยและลงไปลำไส้ โดยเชื้อไวรัสจะขยายเพิ่มจำนวนที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอหอยรวมทั้งทอนซิลและเนื้อเยื่อของระบบน้ำเหลืองบริเวณลำไส้ เชื้อไวรัสที่อยู่ในลำไส้จะถูกขับออกมาทั้งอุจจาระเป็นระยะๆ ติดต่อกับได้ตลอดระยะที่พบเชื้อในอุจจาระซึ่งอาจพบเชื้อได้นาน 6-8 สัปดาห์ (Ang et al., 2009; Frydenberg, & Star, 2003) การติดต่อกับเกิดขึ้นได้ง่ายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วย ซึ่งมีเชื้อไวรัสออกมาเป็นจำนวนมาก ส่วนการติดต่อทางน้ำหรืออาหารมีโอกาสเกิดได้น้อย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Chen et al., 2012)

โรคมือ เท้า และปาก เกิดได้ตลอดปี อาจพบผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงฤดูฝนและช่วงที่อากาศเย็นและชื้น ในเขตหนาวพบมากในช่วงฤดูร้อนและต้นฤดูใบไม้ร่วง การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า โรคมือ เท้า และปาก มักจะเกิดการระบาดในช่วงต่อฤดูร้อนเข้าสู่ฤดูฝน (Ooi et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับอีกการศึกษาพบว่าการระบาดของโรคนี้มีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิที่มากกว่า 32 องศาเซลเซียส และปริมาณน้ำฝนที่มากกว่า 75 มิลลิเมตร (Hamaguchi et al., 2008; Hii, Rocklov, & Ng, 2011; Ma, Chan, Cheng, Wong, & Chuang, 2010) การแพร่กระจายเชื้อเกิดได้ค่อนข้างง่ายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วย จากการไอ จามรดใส่กัน หรือการใช้ภาชนะในการรับประทานอาหาร เช่น ช้อน หรือแก้วน้ำดื่มร่วมกัน เป็นต้น (Chang et al., 2002; Ruan et al., 2011) ดังรายงานผลการสอบสวนการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์เด็กเล็กแห่งหนึ่งในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีเด็กจำนวน 18 รายติดเชื้อจากแหล่งโรคร่วมกันจากการใช้สนามเด็กเล่น (อาวุธ บุตรดาวงค์, สุพรรณ แพ้วัง, ฐิติพร ส่งสังข์ และ ชันยชนก เสือโต, 2554)

## 2.2 สถานการณ์และผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า และปาก

### 2.2.1 สถานการณ์ของโรคมือ เท้า และปาก

โรคมือ เท้า และปาก พบมีการระบาดเป็นครั้งคราว หรือเป็นการระบาดอย่างกว้างขวางในทุกภูมิภาคทั่วโลก มีรายงานการระบาดครั้งแรกในปี ค.ศ. 1969 ในเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา (Batirbaygil, & Altay, 1988; Lin, Twu, Ho, Chang, & Lee, 2003) การศึกษาในประเทศมาเลเซีย ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายนปี ค.ศ. 1997 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก จำนวน 2,628 ราย (Chan et al., 2000) ส่วนการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ช่วงระยะเวลา 7 ปี พบว่าในปี ค.ศ. 2007 มีการระบาดของโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่า จากจำนวนผู้ป่วย 167 ราย เป็นจำนวน 1,723 ราย (Ang et al., 2009) นอกจากนั้นศูนย์เฝ้าระวังโรคติดเชื้อในประเทศญี่ปุ่นได้รับรายงานจากโรงพยาบาลเด็กและจากคลินิกจำนวน 3,000 แห่ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายนปี ค.ศ. 2011 มีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 709 ราย และนับเป็นโรคติดต่ออันดับที่ 5 ของประเทศ (Fujimoto et al., 2012) ปี ค.ศ. 2012 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในประเทศกัมพูชาเกิดโรคมือ เท้า และปาก ทำให้มีเด็กป่วยจำนวน 78 ราย ได้รับการยืนยันโรคจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 61 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 54 ราย เด็กที่ป่วยส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 3 ปี (WHO, 2012) ซึ่งสาเหตุของเชื้อก่อโรค เกิดจากสายพันธุ์ที่แตกต่างกัน แต่ที่พบบ่อยคือ Coxsackievirus A16 และรองลงมาคือ Enterovirus 71 (McMinn, Stratov, Nagarajan, & Davis, 2001; Thao et al., 2010) เช่น ในประเทศสิงคโปร์ปี ค.ศ. 2001, 2005 และ 2007 และในประเทศฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2008 เชื้อก่อโรคเป็น Coxsackievirus A16 (CA16) (Ang et al., 2009; Osterback et al., 2009) ส่วนในประเทศไต้หวันปี ค.ศ. 1998 ประเทศออสเตรเลียปี ค.ศ. 1999 ประเทศเนเธอร์แลนด์ปี ค.ศ. 1963-2008 และประเทศสิงคโปร์ปี ค.ศ. 2006 พบว่าเชื้อก่อโรคเป็น Enterovirus 71 (Ang et al., 2009; Chang et al., 2002; McMinn et al., 2001; Sanden, Koopmans, Uslu, & Avoort, 2009)

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก เป็นครั้งแรก หลังจากนั้นพบผู้ป่วยประปราย จนกระทั่งในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 รายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก จำนวน 3,961-16,846 ราย อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.03-0.20 (ทวิวงศ์ ตันตราชีวิต, 2555) และจากสำนักระบาดวิทยา รายงานว่าสถานการณ์โรคมือ เท้า และปาก ในปี พ.ศ. 2555 ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคมถึงวันที่ 9 เดือนกรกฎาคม รายงานผู้ป่วย 12,521 ราย เด็กวัย 2 ปี เสียชีวิต 1 ราย อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.01 และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554) เป็นสามเท่าในทุกสัปดาห์ เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภาคใต้

อัตราป่วย 29.93 และ 23.04 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จังหวัดที่มีรายงานการเกิดโรคสูงที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ พะเยา อัตราป่วย 103.67 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภูเก็ต (70.85) เชียงราย (67.79) สุราษฎร์ธานี (61.35) และระยอง (51.63) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่าอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 0.72 ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราป่วย 281.79 และ 23.37 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากกรมการแพทย์ ได้รับตัวอย่างส่งตรวจจาก 61 จังหวัด จำนวน 362 ราย (637 ตัวอย่าง) ให้ผลบวกต่อ Enterovirus 71 ร้อยละ 1.93 ให้ผลบวกต่อ Enterovirus 71 และ Coxsackie A16 ร้อยละ 3.13 ให้ผลบวกต่อ Enterovirus 71, Coxsackie A16 และ Coxsackie A10 ร้อยละ 0.28 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

สถานการณ์โรคมือ เท้า และปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังมีการศึกษาในต่างประเทศ ปี ค.ศ. 1991 ในทางตอนใต้ของแม่น้ำเทมส์ประเทศอังกฤษมีรายงานเด็กป่วยประมาณ 170,000 ราย (Chouillet et al., 1992) ส่วนปี ค.ศ. 2008 เกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในประเทศฟินแลนด์ มีรายงานเด็กป่วยจำนวน 43 ราย (Osterback et al., 2009) นอกจากนี้ปี ค.ศ. 2011 ในเมืองเบรกกานา ประเทศโครเอเชียมีรายงานเด็กป่วยจำนวน 11 ราย (Ljubin-Sternak et al., 2011) ในปีเดียวกันเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในทางตอนเหนือของประเทศสเปน มีรายงานเด็กป่วยในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 25 ราย (CDC, 2013) และการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบการระบาดของโรคมือ เท้า และปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและในโรงเรียนอนุบาลอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจาก 167 รายในปี ค.ศ. 2001 และ 539 รายในปี ค.ศ. 2002 ส่วนในปี ค.ศ. 2007 เพิ่มขึ้นเป็น 1,700 กว่าราย (Ang et al., 2009) ซึ่งอาจหมายถึงว่าสภาวะสังคมในปัจจุบันที่ผู้ปกครองเด็กต้องออกทำงานนอกบ้านทำให้เด็กกลุ่มก่อนวัยเรียนถูกนำไปฝากเลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงทำให้มีสถานบริการสำหรับดูแลเด็กเล็กเพิ่มจำนวนมากขึ้น ประกอบกับเด็กช่วงวัยนี้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงทำให้เกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไปสู่เด็กอื่นได้ง่ายและรวดเร็ว ส่วนสถานการณ์โรคมือ เท้า และปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในประเทศไทย จากบันทึกการเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยาระหว่างปี พ.ศ. 2545-2550 พบว่าเกิดการระบาดในหลายจังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปราชินบุรี ชัยนาท ลำพูน ลำปาง น่าน พิษณุโลก สกลนคร ขอนแก่น สระแก้ว และพัทลุง โดยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2-41 ราย ต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ส่วน พ.ศ. 2555 เกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในหลายพื้นที่ ทั้งในภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา และเชียงราย ภาคตะวันออกที่ระยอง ส่วนในภาคใต้ที่ ภูเก็ต และสุราษฎร์ธานี (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) และ

รายงานล่าสุดจากสำนักโรคระบาดวิทยา สถานการณ์และแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2556 รายงานผู้ป่วย 44,350 ราย กลุ่มอายุที่พบสูงสุด 0-4 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 1018.63 ต่อประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.01 ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุระหว่าง 1-5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยยังพบว่าโรคนี้นี้มีการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงสุดถึงร้อยละ 47.05 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

## 2.2.2 ผลกระทบของการเกิดโรคมือ เท้า และปาก

การเกิดโรคมือ เท้า และปากในเด็กส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อเด็ก ครอบครัว และสถานบริการเลี้ยงเด็ก หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้

การติดเชื้อมีผลกระทบต่อเด็กโดยตรง ทำให้เด็กเกิดความไม่สบาย ความเจ็บปวด และอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ณิกานต์ ไชยชนะ, 2548; รวีวรรณ คำเงิน และ กิจติยา รัตนมณี, 2550; ศรีสุดา เอกถันารัตน์ และ ศรีวัฒนา ปานดี, 2552) และยังส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้เติบโตและพัฒนาการของเด็ก (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555 g; Dewey, & Mayers, 2011) โรคมือ เท้า และปากยังส่งผลกระทบต่อเด็กป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับเชื้อจากสายพันธุ์ Enterovirus 71 จะทำให้มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น เยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบ ความดันโลหิตสูง และมีอาการชักจากไข้สูง ความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (CDC, 2008; Chen et al., 2007; Ma et al., 2010; McMinn et al., 2001) และจากการศึกษาของแซนและคณะและอีกสองการศึกษาพบว่าโรคนี้นำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ น้ำท่วมปอดในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 4 ปี ร้อยละ 80 (Chan et al., 2000; Chen et al., 2007; Jiang et al., 2003) ซึ่งการติดเชื้อในเด็กบางครั้งมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (จุฑารัตน์ มีสุขโข, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ และ นพวรรณ รัตนดำรงอักษร, 2546; ณิกานต์ ไชยชนะ, 2548; Chen et al., 2007; Ma et al., 2010; Tu et al., 2007) จากการศึกษาของลินและคณะ (Lin et al., 2003) พบว่าโรคนี้นำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เช่น ประเทศบัลแกเรียในปี ค.ศ. 1975 มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 44 ราย ประเทศมาเลเซียในปี ค.ศ. 1997 ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน มีผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ร้อยละ 33.80 ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.50 มีภาวะแทรกซ้อน และอัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 1.40 ในประเทศอังกาปีปี ค.ศ. 1978 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 45 ราย ประเทศไต้หวันในช่วงระยะเวลา 4 ปีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ถึงปี ค.ศ. 2001 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 129 ราย ส่วนในประเทศสิงคโปร์ปี ค.ศ. 2001 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ทำให้เด็กเสียชีวิตจากโรคนี้นี้จำนวน 3 ราย (Ang et al., 2009)

การติดเชื้อมีผลกระทบต่อครอบครัวเด็ก ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กป่วยทำให้สูญเสียรายได้ (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548; พรพิมล แก้วกมล, 2551; ศรีสุดา เอกฉัตรรัตน์ และ ศรีวัฒนา ปานดี, 2552) เกิดภาวะเครียด และวิตกกังวลเนื่องจากการไม่สบายของเด็ก และบางครั้งเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากตัวเด็กไปสู่ผู้ปกครองหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้าน (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548; รวีวรรณ คำเงิน และ กิจติยา รัตนมณี, 2550; วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2543; อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2547; CDC, 2012; Hamaguchi et al., 2008; Ma et al., 2010) และหากเป็นการติดเชื้อของมารดาที่กำลังตั้งครรภ์จะเกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้ทารกพิการหรือมีปัญหาด้านพัฒนาการตามมาภายหลังได้ (Thomas, 2009)

การติดเชื้อมีผลกระทบต่อสถานบริการเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากตัวเด็กไปสู่เด็กอื่นๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ดูแลเด็ก (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548; รวีวรรณ คำเงิน และ กิจติยา รัตนมณี, 2550; Chang et al., 2002; Ruan et al., 2010) ดังที่พบมีการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในสถานเลี้ยงเด็กในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (Apisamthananuruk et al., 2005) และเมื่อเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ทำให้ต้องปิดบริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Ooi et al., 2002) ทำให้ผู้ปกครองเด็กบางรายนำเด็กไปฝากเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใกล้เคียงเป็นเหตุให้เกิดการระบาดกระจายไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ มากขึ้น (ศรีสุดา เอกฉัตรรัตน์ และ ศรีวัฒนา ปานดี, 2552) และเมื่อเกิดการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงตามมา (จุฑารัตน์ มีสุขโข และคณะ, 2546; บงกช เชี่ยวชาญยนต์, 2552) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อประเทศชาติ รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการสอบสวนการระบาดเพื่อควบคุมโรคและการรักษาโรคมามากขึ้น (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2548)

สรุป โรคมือ เท้า และปาก สาเหตุเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ติดต่อกับการสัมผัสกับเชื้อที่ปนเปื้อนออกมากับอุจจาระและสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย โดยเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายทางปากอาจทั้งโดยตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยจะมีไข้ต่ำๆ ต่อมาจะมีจุดหรือตุ่มแดงอักเสบที่ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม หลังจากนั้นจะเกิดผื่นนูนสีแดงเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) ซึ่งในยุคปัจจุบันเด็กกลุ่มอายุนี้นักจะถูกนำไปเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงเป็นที่รวมของเด็กจำนวนมาก มีการเล่นด้วยกัน ใช้อุปกรณ์ร่วมกัน สัมผัสกัน เมื่อมีเด็กคนใดคนหนึ่งป่วย ก็จะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ การติดเชื้อของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นครูที่เลี้ยงจึงควรปฏิบัติตาม

แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเป็นการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อันจะส่งให้เกิดผลกระทบดังกล่าว

## 2.3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

### 2.3.1 ความหมายศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดูจัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ให้เด็กเล็กอายุระหว่าง 2-5 ปี มีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)

### 2.3.2 บทบาทครูพี่เลี้ยง

ครูพี่เลี้ยง หมายถึง ครูผู้ดูแลเด็ก หรือผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก เป็นบุคลากรที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคัดเลือกและแต่งตั้งจากผู้ที่มีความสมบัติตามหลักเกณฑ์เพื่อปฏิบัติหน้าที่หลัก หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก ในการอบรมเลี้ยงดูจัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ให้เด็กเล็กมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา (มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)

บทบาทหน้าที่ของครูพี่เลี้ยงเด็กในการป้องกันควบคุมโรค

หลักการทั่วไปในการป้องกันการติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ การตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการสัมผัสและการใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2547) ครูพี่เลี้ยงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากเด็กคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ ซึ่งสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดบทบาทครูพี่เลี้ยง ดังนี้

#### 1) บทบาทหน้าที่ของครูพี่เลี้ยงเด็กเมื่อเด็กมีสุขภาพดี

##### 1.1) ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

1.1.1) เด็กทุกคนต้องได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.1.2) รับประทานอาหารครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ และปริมาณเพียงพอ

เหมาะสมตามวัย

1.1.3) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและเหมาะสมตามวัย



ถูกต้อง

1.1.4) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายรวมทั้งสอนเรื่องการล้างมือที่

1.1.5) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

1.2) ส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กเพื่อป้องกันควบคุมโรค

1.2.1) ตรวจคัดกรองเด็กก่อนเข้าเรียน

1.2.2) ไม่ใช่ของใช้ร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน

1.2.3) ใช้ผ้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากและจมูกทุกครั้งเวลาไอจาม

1.2.4) ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังการขับถ่าย และการ

เล่น

1.2.5) รับประทานอาหารสุกใหม่

1.3) จัดกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย

สิ่งแวดล้อม

1.3.1) จัดกิจกรรมการล้างมือ การใช้น้ำกากอนามัย

1.3.2) จัดกิจกรรมการแยกสิ่งของสกปรกออกจากสิ่งของเครื่องใช้ที่

สะอาด

1.3.3) จัดกิจกรรมทำความสะอาดของเล่น เครื่องใช้ส่วนตัว โต๊ะ เก้าอี้

พื้น และผนังห้องต่างๆ

1.3.4) จัดกิจกรรมเล่านิทานการแสดงการละเล่นเรื่องการส่งเสริม

สุขภาพและการป้องกันโรค เช่น สุขบัญญัติ 10 ประการ เป็นต้น

1.4) จัดสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ

1.4.1) การบริหารจัดการของผู้บริหาร

1.4.2) สถานที่ไม่แออัด

1.4.3) อากาศถ่ายเทได้สะดวก

1.4.4) แสงแดดส่องถึง

1.4.5) ของเล่น ของใช้สะอาด

2) บทบาทหน้าที่ของครูพี่เลี้ยงเด็กเมื่อเด็กป่วย

2.1) ส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กเพื่อป้องกันควบคุมโรค

2.1.1) ไม่ใช่ของใช้ร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน

2.1.2) ใช้ผ้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากและจมูกทุกครั้งเวลาไอจาม

2.1.3) ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังการขับถ่าย และการ  
เล่น

2.1.4) รับประทานอาหารสุกใหม่

2.2) ควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.2.1) ตรวจคัดกรองเด็กป่วย

2.2.2) แยกเด็กป่วยไม่ให้เชื้อแพร่กระจาย และให้การดูแลเบื้องต้น

2.2.3) หากมีอาการน้อยสามารถดูแลที่บ้านได้

2.2.4) หากมีอาการมากควรส่งต่อไปสถานบริการสาธารณสุข

3) ดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม

3.1) เช็ดตัว ให้ยาลดไข้แก้ปวด

3.2) ดูแลทำความสะอาดร่างกาย บาดแผล

3.3) ให้ดื่มน้ำเกลือแร่โออาร์เอส

3.4) ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปได้ว่าครูที่เลี้ยงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อที่สามารถพบได้บ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคนั้นเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กเพื่อป้องกันควบคุมโรค จัดกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของเด็ก และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ ส่วนบทบาทหน้าที่ของครูที่เลี้ยงเมื่อเด็กป่วยนั้นเน้นเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กเพื่อควบคุมป้องกันโรค การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม หากครูที่เลี้ยงสามารถปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวนี้ได้ ก็จะสามารถควบคุมป้องกันโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เป็นอย่างดี

2.3.3 แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การกำหนดแนวทางการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีองค์การและหลายการศึกษาได้ให้คำแนะนำแนวปฏิบัติ เช่น การแจ้งให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรค การสอบสวนการระบาด และการปิดบริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดกระจายเป็นวงกว้างออกไป เป็นต้น (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก) นอกจากนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ การสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการป้องกันควบคุมโรค

โดย เน้นเรื่องการล้างมือก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมหรือสัมผัสสิ่งต่างๆ การทำความสะอาด  
สิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (สำนักโรคพิษวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555ก;  
Hii et al., 2011; Ruan et al., 2010; Thomas, 2009; WHO, 2011) ดังตัวอย่างการป้องกันและควบคุม  
การระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในประเทศสิงคโปร์ (Health Promotion Board [HPB], 2008)  
กำหนดแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก โดย

- 1) จัดตั้งจุดคัดกรอง บริเวณใกล้ทางเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือทางเข้าห้องเรียน  
และคัดกรองเมื่อเด็กมาถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และลงบันทึกรายงานหลังการตรวจร่างกาย
- 2) คัดกรองเด็กทีละคนตามลำดับ ไม่ปล่อยให้เด็กสัมผัสกันหรืออยู่รวมกัน
- 3) ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทั้งก่อนและหลังตรวจคัดกรองเด็กแต่ละคน โดยเฉพาะ  
เมื่อสัมผัสกับตัวเด็ก (อาจใช้น้ำยาล้างมือกรณีอ่างล้างมืออยู่ไกล)
- 4) ห้ามใช้พลาสติกสวมปรอทวัดไข้ซ้ำ (1 คน 1 ครั้ง เท่านั้น)
- 5) ให้ผู้ปกครองช่วยเหลือในการตรวจคัดกรอง เช่น ถอดรองเท้า ถุงเท้า เป็นต้น  
และหากสงสัยว่าจะเป็นโรคมือเท้าปากให้แจ้งผู้ปกครองทันที
- 6) ล้างมือด้วยสบู่และน้ำที่ไหลออกจากก๊อกน้ำ ไม่ล้างในอ่างหรือกะละมัง  
กรณีพบเด็กที่สงสัยว่าป่วยจากโรคมือ เท้า ปาก ต้องแยกเด็กที่สงสัยว่าจะป่วยออกจาก  
เด็กคนอื่นๆ อาจจะให้อยู่ในห้องเด็กป่วยหรือห้องแยก ติดต่อผู้ปกครอง ผู้ดูแล ให้พาเด็กไปพบ  
แพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและควรทำความสะอาดบริเวณที่เลี้ยงเด็ก รวมถึงของเล่นที่คาดว่าเด็ก  
สัมผัสหากได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคมือเท้าปากจริงให้ขอความร่วมมือจาก  
ผู้ปกครองเพื่อให้เด็กพักผ่อนอยู่บ้านและหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเด็กคนอื่นๆ จนกระทั่งอาการหาย  
เป็นปกติ คือ ไม่มีไข้ และตุ่มบริเวณมือเท้าแห้งทั้งหมดแล้ว และแนะนำให้ผู้ปกครอง ครูหรือพี่เลี้ยง  
เด็กไม่ให้เจาะตุ่มน้ำให้แตกเพราะเป็นวิธีการที่ทำให้แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและเร็วขึ้น

สำหรับประเทศไทย สำนักโรคพิษวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
(2555ก) ได้กำหนดมาตรการในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า และปาก โดยมุ่งเน้นที่  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานรับเลี้ยงเด็ก กำหนดแนวทางปฏิบัติให้กับครูพี่เลี้ยง ดังนี้

แนวทางการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค ภูมิสงฆ์ติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส  
(Enterovirus) ที่มีอาการรุนแรง และการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- 1) แจ้งให้ทราบสถานการณ์ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก และให้ความรู้เบื้องต้น  
เกี่ยวกับโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค
- 2) การตรวจคัดกรองเด็กทุกวันเพื่อให้สามารถค้นหาเด็กป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดย  
แยกเป็น 3 กรณี

2.1) กรณีที่ไม่มีภาวะระบาดในอำเภอที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เน้นการดูแลในปากเป็นหลัก โดยอาจมีหรือไม่มีตุ่มน้ำที่มือหรือเท้าก็ได้ หากพบแผลในปากมีหลายแผลให้แยกเด็กออกจากคนอื่นๆ ทั้งนี้ในกรณีที่พบเป็นรายแรกของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรนำไปพบแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยว่าน่าจะเป็นโรคแผลในคอหอยหรือโรคมือเท้าปาก หรือไม่

2.2) ในกรณีที่มีการระบาดในอำเภอที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือเริ่มพบว่ามีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้เพิ่มความไวในการคัดกรองโดยแยกเด็กตั้งแต่เริ่มพบว่ามีไข้สูงให้ผู้ปกครองมารับกลับบ้านและนำไปพบแพทย์ และสังเกตอาการอีก 1-2 วันว่าเด็กเริ่มมีแผลในปากหรือตุ่มน้ำตามมือและเท้าหรือไม่

2.3) ในช่วงที่มีการระบาดในอำเภอหรือเริ่มมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หากพบว่ามีเด็กหยุดเรียนโดยไม่ทราบสาเหตุ ครูประจำชั้นควรโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียน

3) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นห้อง และพื้นผิวอื่นๆ ที่เด็กสัมผัสได้บ่อย สนามเด็กเล่น ห้องน้ำ หรือห้องสุขา ของใช้อื่นๆ โดยล้างด้วยน้ำและสบู่แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอรีน (น้ำยาฟอกขาว) ทิ้งไว้ 10 นาที ก่อนล้างด้วยน้ำสะอาด ส่วนอุปกรณ์ที่มีการนำเข้าปาก เช่น อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร และแก้วน้ำ ของเล่นเด็กในห้องเรียน อุปกรณ์การสอนต่างๆ ให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกแล้วนำไปตากแดดหรือเช็ดให้แห้ง

3.1) ในกรณีที่ยังไม่พบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก

3.2) หากพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรเพิ่มความถี่เป็นทุกวันที่มีเด็กมาเรียนจนกว่าการระบาดในอำเภอจะสงบและไม่พบผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อย 1 เดือน

3.3) สำหรับอุปกรณ์ที่ไม่สามารถล้างด้วยน้ำ เช่น หนังสือนิทานให้นำมาตากแดดเป็นประจำเพื่อฆ่าเชื้อ หรืองดให้เด็กมีกิจกรรมที่ต้องสัมผัสสิ่งของดังกล่าวในกรณีที่ไม่สามารถตากแดดได้

3.4) จัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะรวมทั้งการกำจัดอุจจาระให้ถูกต้องและล้างมือบ่อยๆ ทั้งเด็กและครู หรือผู้ดูแลเด็ก โดยล้างมือด้วยน้ำและสบู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังทำความสะอาดให้เด็กที่เข้าห้องน้ำ หลังเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็ก หรือสัมผัสกับสิ่งกีดหลัง เช่น น้ำมูก น้ำลาย

3.5) แยกของใช้เด็กแต่ละคนไม่ให้ปะปนกัน เช่น แปรงสีฟัน แก้วน้ำ ช้อนอาหาร ผ้าเช็ดมือ เช็ดปาก

3.6) เปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องได้ทั่วถึง

3.7) ในกรณีที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีสระว่ายน้ำต้องดูแลให้มีความเข้มข้นของคลอรีนในน้ำอย่างน้อย 1 มิลลิกรัมต่อลิตร

4) ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน และขอให้ผู้ปกครองช่วยตรวจดูว่าเด็กมีอาการที่น่าสงสัยหรือไม่หากพบว่ามีอาการเข้าได้ เช่น มีแผลในปากหลายแผลและเจ็บมาก ทำให้ไม่ค่อยรับประทานอาหารให้แจ้งแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อไป

5) ขอความร่วมมือจากผู้ปกครอง หากพบบุตรหลานมีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปาก หรือแผลในคอหอยขอให้เด็กหยุดเรียนจนกว่าจะครบ 7 วัน นับจากวันเริ่มมีอาการถึงแม้ว่าเด็กอาจมีอาการดีขึ้นก่อนครบ 7 วัน เนื่องจากในช่วงสัปดาห์แรกเป็นระยะที่มีการแพร่เชื้อออกมามากที่สุดโดยที่ในระหว่างนั้นพยายามแยกเด็กที่มีอาการออกจากเด็กคนอื่นๆ ทั้งเพื่อนบ้านและพี่น้องที่อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่มีน้องเล็กๆ อายุ 1-2 ปี หรือน้อยกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดอาการรุนแรงและในกรณีที่เกิดการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาจต้องมีการปิดห้องหรือปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แล้วแต่สถานการณ์

6) ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลเด็กที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยจากโรคมือเท้าปาก หรือแผลในคอหอย โดยให้ครูประจำชั้นรายงานรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยมายังผู้รับผิดชอบคนดังกล่าว โดยเร็วเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่โดยต้องมีชื่อ-สกุล ห้องเรียน และที่อยู่ปัจจุบันของเด็ก เพื่อให้ผู้รับผิดชอบหลักฯ แจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกวันทีพบผู้ป่วยรายใหม่

7) ถ้าพบผู้ป่วยในห้องเรียนเดียวกันมากกว่า 2 คนภายใน 1 สัปดาห์ อาจพิจารณาปิดห้องเรียน แต่ถ้ามีผู้ป่วยมากกว่า 1 ห้อง อาจปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันทำการ เพื่อทำความสะอาดพื้นผิวต่างๆ ที่เด็กป่วยสัมผัส และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการควบคุมโรค

การปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดังกล่าว ถือเป็นแนวปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเอง และยังเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นนอกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ด้วย

#### 2.3.4 การคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1) ความหมายของการคัดกรอง

1.1) การคัดกรอง หมายถึง การค้นหาและแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อตั้งแต่ระยะต้นๆ ของการเจ็บป่วย เป็นการตัดวงจรการแพร่เชื้อโรค สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และทันเวลา ทำให้สามารถลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนของโรค ป้องกันการเกิดภาวะพิการและเสียชีวิตได้ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1.2) การคัดกรองโรค หมายถึง การค้นหาโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ในระยะแรกๆ ที่ยังไม่ปรากฏให้เห็น โดยการตรวจโรคทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการทดสอบอื่นๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีสิ่งผิดปกติในร่างกายได้ (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2552)

การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง กระบวนการค้นหาผู้ป่วยที่เป็น โรคมือ เท้า และปาก หรือผู้ที่สงสัยจะติดเชื้อ โรคมือ เท้า และปาก โดยการซักประวัติสุขภาพเด็กจากผู้ปกครอง การตรวจร่างกายเด็ก และใช้แบบบันทึกในการค้นหา เพื่อแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่ไม่ป่วย เพื่อให้การรักษาที่รวดเร็ว เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โรคมือ เท้า และปาก ไปสู่ผู้อื่น

## 2) การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การคัดกรองเด็กก่อนเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นบทบาทโดยตรงของครูพี่เลี้ยงที่สามารถปฏิบัติได้ โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดแบบฟอร์มการคัดกรองเด็ก และกำหนดนิยาม โรคมือ เท้า และปาก ไว้ดังนี้ คือ มีอาการไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ร่วมกับมีจุดหรือตุ่มแดงอักเสบที่ลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม หรือพบตุ่มหรือผื่นนูนหรือตุ่มพองใส บริเวณรอบๆ อักเสบและแดงที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ซึ่งหลังการตรวจร่างกายหรือการซักประวัติการป่วยจากผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงจะต้องลงบันทึกภาวะสุขภาพของเด็กทุกคนในแบบฟอร์มที่กำหนดโดยครูพี่เลี้ยงเด็กต้องปฏิบัติ ดังนี้

2.1) ตรวจร่างกายเด็กทุกคน ทุกวันตอนเช้าก่อนรับเด็กจากผู้ปกครองเข้าไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วย วัดอุณหภูมิ สังเกตจุดหรือตุ่มแดงอักเสบที่ลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม หรือตุ่มนูนหรือตุ่มพองใส บริเวณรอบๆ อักเสบและแดงที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า

2.2) การซักถามผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพเด็กขณะอยู่บ้าน ได้แก่ การซักถามเกี่ยวกับ การมีแผลในปากหลายแผลและเจ็บมากทำให้ไม่ค่อยรับประทานอาหาร อาการผิดปกติของเด็ก เช่น มีไข้หรือไม่ เป็นต้น

2.3) การบันทึกสุขภาพเด็กประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย

2.3.1) ชื่อ-สกุลเด็ก อายุ

2.3.2) โรคที่พบ : หัวัด = C มือ เท้า ปาก = H อุจจาระร่วง = D

- 2.3.3) การแยกเด็กป่วย : ไม่มีการแยกนอน แยกเล่น = 0 แยกนอน = 1  
แยกเล่น = 2
- 2.3.4) ไม่มาเรียนให้ทำเครื่องหมาย X กรณีป่วยให้ใส่สัญลักษณ์โรค/  
ระบุโรค
- 2.3.5) กรณีเด็กได้รับยามาจากบ้าน ให้เขียนวงกลมล้อมรอบสัญลักษณ์  
โรค
- 2.3.6) กรณีมีคนที่บ้านป่วยด้วยโรคเดียวกันก่อนเด็กป่วย ให้ทำ  
เครื่องหมาย \*

#### 2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behaviour)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behaviour [TPB]) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยา สังคมที่สร้างขึ้นโดยเอจเซนซึ่งมีการพัฒนาดังแต่ปี ค.ศ. 1985 ถึง ค.ศ. 2006 เป็นการขยายขอบเขต จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action [TRA]) ที่สร้างขึ้น โดยพิตบายน์ และเอจเซน ในปี ค.ศ. 1975 และเอจเซนและพิตบายน์ในปี ค.ศ. 1980 (Ajzen, 1991) โดยมีพื้นฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมเป็นหลักสำคัญ และให้ความสำคัญกับบรรทัดฐานทาง สังคมซึ่งเกิดจากบุคคลที่ผู้กระทำให้ความสำคัญ (significant others) ที่มีต่อความตั้งใจในการ กระทำ (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2553) บุคคลจึงจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับ ความตั้งใจที่มีอยู่ ในส่วนของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีที่เพิ่มการรับรู้ความสามารถใน การควบคุมในการแสดงพฤติกรรม (perceived behavioral control) ซึ่งเป็นตัวกำหนดความตั้งใจใน การแสดงพฤติกรรมและการกระทำที่เกิดขึ้นจริง ความตั้งใจกระทำ (behavioral intention) มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออก โดยความตั้งใจเกิดขึ้นก่อนการกระทำ ความสัมพันธ์ ระหว่างความตั้งใจและพฤติกรรมที่จะมีขึ้นจะเกี่ยวข้องกันอย่างมากเมื่อมีความสอดคล้องกับ เป้าหมายการกระทำ บริบท และเวลาที่เหมาะสม (Conner & Armitage, 1998) โครงสร้างพื้นฐาน ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) นั้นอธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิด จากความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจจะประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัด ฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการประเมินจากความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นว่าเป็นไปในทางบวกหรือ ลบ โดยเป็นผลที่มาจากปัจจัย 2 ประการ คือ

1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (behavioral beliefs of consequences) ถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก (positive outcome) ก็จะมีทัศนคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้นก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (intention) ที่จะแสดงพฤติกรรม ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลกรรมทางลบที่ไม่พึงประสงค์ (negative outcome) ก็จะมีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น

1.2 การประเมินคุณค่าของการกระทำ (outcome evaluation) ถ้าบุคคลประเมินความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วให้ผลในทางบวกและประเมินได้ว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง บุคคลจะมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมนั้น

ทัศนคติต่อพฤติกรรม เป็นความเป็นไปได้ระหว่างผลคุณค่าของความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำกับการประเมินคุณค่าของการกระทำรวมกัน

2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม เป็นการประเมินของบุคคลว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนเองมีความคิดว่าตนเองควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น โดยเป็นผลที่มาจากปัจจัย 2 ประการ คือ

2.1 ความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (salient referents) คาดหวังให้กระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าต้องการให้ตนเองกระทำพฤติกรรมนั้น (Conner & Armitage, 1998) ซึ่งกลุ่มอ้างอิงเด่นชัดจะให้น้ำหนักในการทำนายเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมากกว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอ้างอิงที่ไม่สำคัญ ทั้งนี้กลุ่มอ้างอิงจะเป็นใครก็ขึ้นอยู่กับประชากรที่ศึกษา

2.2 แรงจูงใจคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (motivation to comply with the referent) เป็นแรงจูงใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่ตนเองรับรู้ว่าคุณค่าหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองคาดหวังให้กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญจะขึ้นอยู่กับประเด็นเรื่องหรือประเภทของพฤติกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มอ้างอิงนั้น

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นความเป็นไปได้ระหว่างผลคุณค่าของความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิงกับแรงจูงใจคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงรวมกัน

3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าเป็นการง่ายหรือยากที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้เหมาะสม โดยเป็นผลที่มาจากปัจจัย 2 ประการ คือ

3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (control beliefs) ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในการควบคุมพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตน



มีความสามารถ มีความรู้ ความชำนาญ หรือมีเวลา และมีโอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นในสถานการณ์นั้นได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ

3.2 การรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุม (perceived power of the control factor) เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลในการประเมินความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้เกิดผลดังตั้งใจ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เป็นความเป็นไปได้ระหว่างผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับการรับรู้อำนาจของปัจจัยควบคุมรวมกัน

แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกล่าวว่า หากต้องการทราบทัศนคติต่อพฤติกรรมบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของบุคคลต่อการกระทำต้องประเมินจากความเชื่อเด่นชัด (salient beliefs) ของบุคคลต่อสิ่งนั้น เพราะความเชื่อเด่นชัดจะมาจากจิตของบุคคลที่มีลักษณะเป็นตัวกำหนดที่แน่นอน โดยได้มาจากคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของการกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991) จากนั้นนำความเชื่อเด่นชัดที่มีความถี่สูงเพื่อนำไปสร้างมาตรวัดตัวแปรทั้งสามต่อไป

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบุคคลจะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมในทางบวก และเชื่อว่าบุคคลที่สำคัญต่อตนเองต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้นก็ตาม แต่หากบุคคลเชื่อว่าตนขาดทรัพยากรหรือขาดโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลก็จะขาดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Poliakoff & Webb, 2007) เพราะฉะนั้นการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับความตั้งใจ โดยไม่ต้องมีทัศนคติต่อพฤติกรรมหรือบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการที่บุคคลมีการรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรมตรงกับความจริงที่มีอยู่หรือมีความสามารถควบคุมพฤติกรรมได้จริงอาจจะสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านความตั้งใจ (Ajzen, 2002; Johnston et al., 2004)

เอจเซน ได้สังเคราะห์งานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 ถึงปี ค.ศ. 1991 จำนวน 16 เรื่อง เพื่อแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทั้ง 3 ปัจจัย โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจอยู่ระหว่าง 0.43 ถึง 0.94 ค่าเฉลี่ย 0.71 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับมาก และในทุกการศึกษาเมื่อเพิ่มตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมยิ่งเพิ่มการทำนายความตั้งใจต่อพฤติกรรมได้สูงขึ้นจาก 0.20 ถึง 0.78 ค่าเฉลี่ย 0.51 อย่างมีนัยสำคัญ (Ajzen, 1991) ส่วนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเฮ็กเกอร์ แซ์ทชิสอารานดิส และ บิดเดิล เพื่อศึกษาการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทำนายการออกกำลังกายพบว่าความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = 0.51$ ) ทัศนคติต่อพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจ ( $\beta = 0.40$ ;  $p < 0.01$ ) และ ( $\beta = 0.33$ ;  $p < 0.01$  ตามลำดับ) (Hagger,

Chatzisarantis, & Biddle, 2002) นอกจากนี้การสังเคราะห์งานวิจัยของกอดิน บีแลงเกอร์ กราเวล แอ็กเชิล และ กริมชอว์ พบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและพฤติกรรมการปฏิบัติได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $r = 0.59$  และ  $r = 0.31$ ,  $p < 0.001$  ตามลำดับ) (Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008)

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน ได้ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ ดังนี้

การศึกษาในประเทศไทย ดังเช่น ฟ่องศรี เรือนเครือ (2546) ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการใช้สอร์โมนทดแทนของอาจารย์สตรีระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของกรมตประจำเดือน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้สอร์โมนทดแทนได้ร้อยละ 69 โดยที่บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีน้ำหนักในการทำนายความตั้งใจในการใช้สอร์โมนทดแทนมากกว่าเจตคติ ส่วนปริญญา จงไพจิตรสกุล (2546) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.65) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.41) การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44) และมีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.94) ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในระดับต่ำ ( $r = 0.16$ ) ระดับปานกลาง ( $r = 0.40$ ) และระดับปานกลาง ( $r = 0.63$ ) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดได้ร้อยละ 43 ( $R^2 = .43$ ,  $p < .05$ ) นอกจากนี้จิราพร วงศ์ใหญ่ (2551) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์พบว่ามีเพียงบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 84.89 ( $p < .001$ ) อีกหนึ่งการศึกษาของศรีสกุล ศรีสกุล (2554) พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 28.10 ( $R^2 = .281$ ,  $p < .01$ )

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่น อาร์มิเตจศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 ราย โดยลำดับแรกเมื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจ

ได้ร้อยละ 49 ( $p < 0.05$ ) การวิเคราะห์ถดถอยพหุในลำดับต่อมาพบว่า ความตั้งใจ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 22 ( $p < 0.01$ ) (Armitage, 2005) ส่วนองค์และมุลแดนประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าของนักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยในประเทศออสเตรเลีย เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุเพื่อคุณาณาการทำนายของทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พบว่าสามารถทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 53.10 ( $R^2 = 0.531$ ,  $p < 0.001$ ) แต่เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรรายด้านพบว่ามียิ่งทัศนคติต่อพฤติกรรมเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เดียวกันพบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าได้ (Wong & Mullan, 2009) นอกจากนั้นการศึกษาของเบิร์กฮาลเตอร์และคณะศึกษาความตั้งใจต่อการเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน ซึ่งประกอบด้วยเกย์ รักร่วมเพศ และเลสเบียน พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความแปรปรวนต่อความตั้งใจร้อยละ 33.9 อย่างมีนัยสำคัญ (Burkhalter et al., 2009)

การศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบหลักของโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีน้ำหนักความสำคัญแตกต่างกันไปตามแต่ละพฤติกรรม บางการศึกษาพบว่าเพียงทัศนคติอย่างเดียวก็มีผลต่อความตั้งใจได้ในระดับปานกลาง (Burkhalter et al., 2009) บางการศึกษาพบว่าเพียงบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอย่างเดียวก็มีผลต่อความตั้งใจ (จิราพร วงศ์ใหญ่, 2551; Edwards et al., 2007) บางการศึกษาพบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมอย่างเดียวก็มีผลต่อความตั้งใจ (Johnston et al., 2004) ส่วนการศึกษาของวรรณภา กาวีละ (2544) พบว่าทั้งทัศนคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อความตั้งใจ นอกจากนั้นการศึกษาของเอมิตา ชุนทอง (2550) พบว่าทั้งทัศนคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจ และการศึกษาของเดวิสและคณะ (Davis et al., 2002) พบว่าทั้งทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมรวมกันมีผลต่อความตั้งใจ ดังนั้น ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในพฤติกรรม โดยอาจขึ้นอยู่กับประเภทของพฤติกรรม ในบางพฤติกรรมโครงสร้างของทฤษฎีตามแผนก็ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้เสมอไป โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องต่อการทำนายพฤติกรรม เช่น ประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเพียงพอที่จะยืนยันได้ว่าการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนนั้นถ้าบุคคลมีทัศนคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ได้มากเท่าไร บุคคลนั้นก็จะมี ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น และเมื่อมีความตั้งใจที่หนักแน่นก็จะนำไปสู่การ

กระทำพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุคคลมีระดับความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ และทักษะ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ทรัพยากร และเวลา บุคคลนั้นก็จะมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งในแต่ละพฤติกรรมจะมีน้ำหนักของ แต่ละปัจจัยต่างกัน ไป ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเพื่อจะได้ วางแผนแก้ไข หรือสนับสนุนแนวทางการแก้ปัญหาได้ตรงจุด

## 2.5 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง

### 2.5.1 ความตั้งใจ

1) ความหมายของคำว่า “ตั้งใจ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2519 หมายถึง จงใจ คิดจะทำ ทำโดยเจตนา

2) ความหมายของคำว่า “ตั้งใจ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง เอาใจจด ใจจ่อ

ความตั้งใจ หมายถึง ความมุ่งหวังอย่างแรงกล้าของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมหนึ่ง โดยความมุ่งหวังนั้นได้รับอิทธิพลมาจากทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้การควบคุม พฤติกรรม (perceived behavioral control) (Ajzen, & Fishbein, 1980)

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าความตั้งใจ หมายถึง ความเอาใจจดจ่อ ความมุ่งหวัง ของบุคคลหรือการมีเจตนาของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

### 2.5.2 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง

เอจเซน (Ajzen, 1991) ได้อธิบายทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนว่าบุคคลจะกระทำ พฤติกรรมใด พฤติกรรมนั้นจะสำเร็จได้เกิดจากความตั้งใจของบุคคล ความตั้งใจจึงเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมของบุคคล ดังเช่น เอกสารงานวิจัยของกิวส์และคณะ (Giles, McClenahan, Cairns, & Mallet, 2004) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อทำนายความตั้งใจในการบริจาค โลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 100 รายในเมืองอัลสเตอร์ ไคล์เรนน์ วัต โดย ใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การ ควบคุมพฤติกรรมมีความแปรปรวนต่อความตั้งใจร้อยละ 73 ( $p < 0.01$ ) ส่วนอาร์มีเตจ (Armitage, 2005) ศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 ราย โดยลำดับแรกเมื่อการ วิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 49 ( $p < 0.05$ ) การวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ในลำดับต่อมาพบว่า ความตั้งใจ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ร้อยละ 22 ( $p < 0.01$ )

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาเป็นกรอบในการวิจัยเพื่อ ค้นหาและอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง ซึ่ง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง ประกอบด้วย

1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก

ทักษะคิดต่อพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลการปฏิบัติและการประเมินคุณค่าของครูพี่เลี้ยงที่มีต่อการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก ว่าเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบ ซึ่งอาจจะเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบก็ได้ เช่น การศึกษาของเบิร์กฮาลเตอร์ และคณะพบว่า การที่บุคคลเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ สุขภาพของตนเองดีขึ้น ก็จะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (Burkhalter et al., 2009) หรือถ้าผู้ป่วยเบาหวานเชื่อว่าการควบคุมอาหาร ได้ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ จะได้ไม่ต้องถูกตัดแขนขา ก็จะมีสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการควบคุมอาหาร (Omondi et al., 2010) จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาจึงสามารถอ้างอิงได้ว่าหากครูพี่เลี้ยงมีทักษะคิดต่อ พฤติกรรมในทิศทางบวกก็มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก แต่ถ้ามี ทักษะคิดต่อพฤติกรรมไปในทิศทางลบก็มีแนวโน้มที่จะขาดความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก

2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังและแรงจูงใจของเพื่อนครูพี่เลี้ยง หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล และผู้ปกครองเด็ก ว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้ครูพี่เลี้ยงคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก เช่น มีการศึกษาพบว่าหากนักศึกษามีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ได้แก่ ผู้ปกครอง มีความคาดหวังให้ตนเองเรียนจบตามหลักสูตร ก็จะทำให้นักศึกษามีความตั้งใจในการกระทำนั้น (Davis, Ajzen, Saunders, & Williams, 2002) หรือการศึกษาของเบิร์กฮาลเตอร์ และคณะพบว่า ความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ได้แก่ ผู้ปกครอง มีความคาดหวังให้เลิก บุหรี่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ( $r = .36, p < .01$ ) และ ( $r = .31, p < .01$ ) ตามลำดับ (Burkhalter et al., 2009) จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาจึงสามารถอ้างอิงได้ว่าหากครู พี่เลี้ยงเชื่อว่าเพื่อนครูพี่เลี้ยง หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล หรือ ผู้ปกครองเด็กต้องการให้ตนเองคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก ก็จะเกิดแรงกดดันให้ต้องทำตาม และ

ถ้ามีการประเมินแล้วว่าการทำตามความต้องการของบุคคลดังกล่าวนั้นแล้วก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองด้วยก็จะเกิดความตั้งใจที่จะคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ตามที่บุคคลเหล่านั้นต้องการ

3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของครูที่เลี้ยงต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ว่าเป็นการยากหรือง่าย อาจจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติการคัดกรองความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น เช่น จากการศึกษาพบว่าหากบุคคลมีความเชื่อว่าเขาสามารถเลิกบุหรี่ได้เขาก็จะมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ (D. Johnston, M. Johnston, & Kinmonth, 2004) หรือหากบุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นเรื่องง่ายในการเลิกบุหรี่เขาก็จะมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ (Burkhalter et al., 2009) จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาจึงสามารถอ้างอิงได้ว่า หากครูที่เลี้ยงเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก และประเมินว่าคุณมีความสามารถควบคุมอุปสรรคที่ตนเองมีอยู่ได้ ก็จะเกิดความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจึงน่าจะเป็นข้อมูลสนับสนุนที่จะทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

## 2.6 กรอบแนวคิด

โรคมือ เท้า และปาก เป็นโรคที่พบสูงสุดในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เกิดการระบาดได้ง่าย โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และก่อให้เกิดอาการรุนแรง แต่อย่างไรก็ตามโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่สามารถควบคุมและป้องกันได้หากครูที่เลี้ยงมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ได้อย่างจริงจัง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดทฤษฎีตามแผนอธิบายว่า ความตั้งใจเกิดขึ้นจากปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก (attitude toward behavior) ซึ่งเป็นความเชื่อของครูที่เลี้ยงเกี่ยวกับผลการคัดกรองและการประเมินคุณค่าในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ว่าเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก 2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norms) เป็นความเชื่อของครูที่เลี้ยงเกี่ยวกับความคาดหวังร่วมกับแรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญต่อตนเอง ได้แก่ เพื่อนครูที่เลี้ยง หัวหน้าศูนย์

พัฒนาเด็กเล็ก นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และผู้ปกครองเด็กในการคัดกรองโรคมือ เท้า และ ปาก ว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้ครูที่เลี้ยงคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก และ 3) การรับรู้การ ควบคุมพฤติกรรมของครูที่เลี้ยงต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก (perceived behavioral control) เป็นความรู้สึกของครูที่เลี้ยงต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ว่าเป็นการยากหรือง่าย ซึ่งแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เมื่อครูที่เลี้ยงมีทัศนคติพฤติกรรมที่ดีต่อการคัดกรอง มีความเชื่อเกี่ยวกับ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนได้ในระดับสูง ก็จะมีความตั้งใจ ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก เพิ่มขึ้นตามไปด้วย