

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่ากับ 150 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สำหรับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 129 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง |
| ส่วนที่ 3 | ข้อมูลที่สนคิดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง |
| ส่วนที่ 4 | อำนาจในการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นครูพี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 129 คน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นครูพี่เลี้ยง จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนที่รับผิดชอบต่อคน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก มีคู่มือความรู้เรื่องโรคมือ เท้า และปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ปฏิบัติงานเคยเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก และวิธีดำเนินการเมื่อเกิดการระบาด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นครูที่เลี้ยง จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนที่รับผิดชอบต่อคน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก มีคู่มือความรู้เรื่องโรคมือ เท้า และปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ปฏิบัติงานเคยเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก และวิธีดำเนินการเมื่อเกิดการระบาด (n = 129)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	12	9.30
31-40 ปี	75	58.14
41-50 ปี	31	24.03
51-60 ปี	11	8.53
\bar{X} = 38.69, S.D. = 7.35, Range = 22-55		
เพศ		
หญิง	125	96.90
ชาย	4	3.10
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	3.10
อนุปริญญา	4	3.10
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	111	86.05
สูงกว่าปริญญาตรี	10	7.75
ระยะเวลาของการเป็นครูที่เลี้ยง		
< 5 ปี	23	17.83
5-10 ปี	51	39.53
11-15 ปี	24	18.60
16-20 ปี	26	20.16
> 20 ปี	5	3.88
\bar{X} = 10.50, S.D. = 6.10, Range = 1-27		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนที่รับผิดชอบต่อคน		
< 15คน	4	3.10
15-20 คน	65	50.39
21-25 คน	50	38.76
> 25คน	10	7.75
$\bar{X} = 20.04$, S.D. = 3.95, Range = 10-28		
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก		
เคย	76	58.91
ไม่เคย	53	41.09
แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก*		
มี	129	100.00
เอกสาร/แผ่นพับ	121	93.80
โทรทัศน์	99	76.74
คู่มือ	88	68.22
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คำแนะนำ)	55	42.64
อินเทอร์เน็ต	3	2.33
มีคู่มือความรู้เรื่องโรคมือ เท้า และปาก		
มี	121	93.80
ไม่มี	8	6.20
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ท่านปฏิบัติงาน		
เคยเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก		
เคย	78	60.47
ไม่เคย	51	39.53

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีดำเนินการเมื่อเกิดการระบาด (n = 78)*		
ทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	69	
88.46 ทำความสะอาดของเล่น		65
83.33 ปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก		62
79.49		
ให้คำแนะนำผู้ปกครอง	19	
24.36		
แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	25	
32.05		
แยกเด็ก	20	
25.64		
คัดกรอง	5	
6.41		
แยกของเล่น	4	
5.13		

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 58.14 (\bar{X} = 38.69, S.D. = 7.35) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.90 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.05 ระยะเวลาการเป็นครูพี่เลี้ยง อยู่ในช่วงระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 39.53 (\bar{X} = 10.50, S.D. = 6.10) จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนที่ครูพี่เลี้ยง รับผิดชอบต่อคนอยู่ในช่วงระหว่าง 15-20 คน ร้อยละ 50.39 (\bar{X} = 20.04, S.D. = 3.95) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก ร้อยละ 58.91 แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก ส่วนใหญ่เป็นความรู้จากเอกสารแผ่นพับ ร้อยละ 93.80 รองลงมา คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 76.74 มีคู่มือความรู้เรื่องโรคมือ เท้า และปาก ร้อยละ 93.80 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเคยเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ร้อยละ 60.47 ส่วนวิธีดำเนินการเมื่อเกิดการระบาด คือ การทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รองลงมา คือ การทำความสะอาดของเล่นเด็ก คิดเป็นร้อยละ 88.46 และ 88.33 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	ระดับ	
	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก	4 (3.10)	125 (96.90)

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับมาก ร้อยละ 96.90 และ 3.10 ตามลำดับ

ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ วิเคราะห์โดยศึกษา ค่ามัชฌมฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่ามัชฌมฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	ค่ามัชฌมฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก	3.50	3.46	0.29	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่ามัชฌมฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.50, 3.46 และ 0.29 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยมีการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง ผลการศึกษาเป็นดังนี้

3.1 การศึกษาระดับทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	ระดับ			
	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	0 (0.00)	4 (3.10)	86 (66.67)	39 (30.23)
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	1 (0.78)	6 (4.65)	93 (72.09)	29 (22.48)
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	0 (0.00)	8 (6.20)	102 (79.07)	19 (14.73)

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.67 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับน้อย ร้อยละ 30.23 และ 3.10 ตามลำดับ มีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.09 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.48, 4.65 และ 0.78 ตามลำดับ และมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.07 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.73 และ 6.20 ตามลำดับ

3.2 การศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี วิเคราะห์โดยศึกษา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	11.18	1.59	มาก
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	10.95	1.89	มาก
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	10.47	1.61	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้มีทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.18, 10.95 และ 10.47 ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.59, 1.89 และ 1.61 ตามลำดับ

3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และระดับของความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงงูใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	ระดับ			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง	0 (0.00)	1 (0.78)	60 (46.51)	68 (52.71)
การประเมินคุณค่าของการคัดกรอง	0 (0.00)	0 (0.00)	53 (41.09)	76 (58.91)
ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง	0 (0.00)	0 (0.00)	53 (41.09)	76 (58.91)
แรงงูใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง	0 (0.00)	2 (1.55)	61 (47.29)	66 (51.16)
ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม	0 (0.00)	0 (0.00)	81 (62.79)	48 (37.21)
การรับรู้อำนาจในการคัดกรอง	0 (0.00)	0 (0.00)	76 (58.91)	53 (41.09)

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับของความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับมาก และระดับน้อย ร้อยละ 52.71, 46.51 และ 0.78 ตามลำดับ มีการประเมินคุณค่าของการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับมาก ร้อยละ 58.91 และ 41.09 ตามลำดับ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับมาก ร้อยละ 58.91 และ 41.09 ตามลำดับ มีแรงงูใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงระดับมากที่สุด ระดับมาก และระดับน้อย ร้อยละ 51.16, 47.29 และ 1.55 ตามลำดับ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก และระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.79 และ 37.21 ตามลำดับ และการรับรู้อำนาจในการคัดกรองอยู่ในระดับมาก และระดับมากที่สุด ร้อยละ 58.9 และ 41.09 ตามลำดับ

3.4 ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงงูใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจใน

การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยศึกษา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับขององค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง	3.31	0.29	มากที่สุด
การประเมินคุณค่าของการคัดกรอง	3.36	0.36	มากที่สุด
ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง	3.32	0.32	มากที่สุด
แรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.27	0.33	มากที่สุด
ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม	3.20	0.26	มาก
การรับรู้อำนาจในการคัดกรอง	3.24	0.31	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้มีความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.31, 3.36, 3.32 และ 3.27 ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.29, 0.36, 0.32 และ 0.33 ตามลำดับ แต่มีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมตลอดจนการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.20 และ 3.24 ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 และ 0.31 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 อำนาจในการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยจำแนกตามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็น 2 ตอน ผลการศึกษามีดังนี้

ตอนที่ 4.1 การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง โดยจำแนกตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์การทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ (R^2) จำแนกตามองค์ประกอบหลัก

ตัวแปร	R	R^2	adjusted R^2	F**
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.450	.203	.196	32.255
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	.481	.232	.219	18.989
p-value < .001				

จากตารางที่ 8 เมื่อวิเคราะห์ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ได้ ร้อยละ 23.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยตัวแรกที่ทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ โดยมีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 20.3 และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยตัวที่สองที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 23.2

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบหลัก

ตัวแปร	B	Std. Error	β	t	p-value
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.381	.114	.324	3.340	<.001
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	.213	.098	.212	2.183	<.05

a = 1.528 SE_{est} = ± .314
R = .481; R² = .232; F = 18.989; p-value <.001

จากตารางที่ 9 พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .481 และสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงได้ร้อยละ 23.2 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ± .314

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนาย พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองสามารถทำนายการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) เป็น .381 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เป็น .324 ลำดับถัดมาเป็นปัจจัยด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) เป็น .213 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เป็น .212

ตอนที่ 4.2 การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง โดยจำแนกตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์การทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ (R^2) จำแนกตามองค์ประกอบย่อย

ตัวแปร F**	R	R^2	adjusted R^2
การรับรู้อำนาจในการคัดกรอง	.419	.175	.169
27.006			
แรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง	.469	.220	.208
17.760			

p-value < .001

จากตารางที่ 10 พบว่าการรับรู้อำนาจในการคัดกรองและแรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ได้ ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงเป็นปัจจัยตัวแรกที่ทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง โดยมีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 17.5 และแรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยตัวที่สองที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาขององค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบย่อย

ตัวแปร	B	Std. Error	β	t	p-value
การรับรู้อำนาจในการคัดกรอง	.142	.047	.282	3.007	<.01
แรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง	.120	.045	.252	2.683	<.01

$$a = 2.864; SE_{est} = \pm .144$$

$$R = .469; R^2 = .220; F = 17.760; p\text{-value} < .001$$

จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อำนาจในการคัดกรองและปัจจัยด้านแรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .469 และสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงได้ร้อยละ 22 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ $\pm .144$

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนาย พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อำนาจในการคัดกรองสามารถทำนายการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) เป็น .142 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เป็น .282 ลำดับถัดมาเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) เป็น .120 และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เป็น .252

4.2 การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

4.2.1 ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

จากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับมาก ร้อยละ 96.90 และ 3.10 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) โดยมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3) ซึ่งใกล้เคียงกับทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีระดับความตั้งใจในการคัดกรองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าการศึกษาในระดับดีนั้นจะมีส่วนให้บุคคลมีความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีได้ (Albarracin, Kumkale, & Johnson, 2004; Ibrahim, Rampal, & Zain, 2012) และการศึกษาที่ดีอาจทำให้มีการรับรู้อำนาจในการปฏิบัติ

(Kraft, Rise, Sutton, Roysamb, 2005) เมื่อเกิดทัศนคติที่ดีและมีการรับรู้อำนาจในการปฏิบัติจึงอาจมีผลต่อความตั้งใจในการคัดกรองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชิอูที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาในระดับดีส่งผลให้เกิดความรู้ความสามารถคิดวิเคราะห์และมีการรับรู้อำนาจต่อความตั้งใจในการใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0003$) (Chiou, 1998) สอดคล้องกับจำนวนเด็กในความรับผิดชอบต่อบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบเด็กน้อยกว่า 15 คน จะมีระดับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบเด็กมากกว่า 20 คน ซึ่งการที่รับผิดชอบจำนวนเด็กที่น้อยกว่านั้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลามากขึ้นเป็นการเพิ่มโอกาสที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อำนาจจึงทำให้เกิดความตั้งใจในการคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของบุคคลที่มีผลต่อความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจพบว่า บุคคลที่มีโอกาสมากกว่าส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับหากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมอาจมีผลทำให้ความตั้งใจลดลง (Sheeran, Trafimow, Finlay, & Norman, 2002) หรือระดับความตั้งใจในครั้งนี้อาจเกิดจากประสบการณ์ที่สถานที่ตนเองปฏิบัติงานเคยเกิดการระบาดโรคมือ เท้า และปาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความตั้งใจที่คัดกรองโรคมือ เท้า และปากในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้การมีประสบการณ์การปฏิบัติอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อำนาจ (Armatpundit, Sota, & Fukuda, 2010) เมื่อมีการรับรู้อำนาจจึงส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการคัดกรองได้ และความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่างอาจเนื่องมาจากสำนักโรคติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดนโยบายศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ซึ่งนโยบายดังกล่าวอาจเป็นแรงผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุดได้ นอกจากนี้ความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดจากทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยพบความสอดคล้องของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับมากที่สุดจะมีความตั้งใจในระดับมากที่สุดตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาความตั้งใจเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจพบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bursey, & Craig, 2000)

ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (1991) ที่ว่าความตั้งใจของบุคคลขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก หลังจากประเมินแล้วว่า การคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ให้ผลทางบวก และมีความ

เชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนเองเห็นด้วยว่าตนควรคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

4.2.2 ทักษะคิดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดต่อพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.67 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับน้อย ร้อยละ 30.23 และ 3.10 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะคิดต่อพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรองโรคและการประเมินคุณค่าของการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 7) อธิบายได้ดังนี้

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องจากโรคมือ เท้า และปาก เป็นโรคที่ติดต่อดีง่าย เมื่อเกิดการติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง และมีเด็กป่วยเสียชีวิต อีกทั้งเกิดการระบาดได้บ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นประโยชน์ของการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ดังผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่ออย่างยิ่งว่าการคัดกรองโรคเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 53.5 (ตารางที่ จ 1 ภาคผนวก จ) และเชื่อว่าการคัดกรองโรคสามารถค้นหาเด็กป่วยได้อย่างรวดเร็วป้องกันความรุนแรงของโรค ยังทำให้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเด็กป่วยได้ ร้อยละ 63.6, 63.6 และ 63.6 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 1 ภาคผนวก จ) อีกทั้งเป็นการปฏิบัติการป้องกันการระบาดของโรคที่ใช้ต้นทุนน้อย สามารถแยกเด็กป่วยได้ตั้งแต่เริ่มแรก นอกจากนั้นยังเป็นการป้องกันการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ร้อยละ 58.1, 55.8 และ 51.1 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 1 ภาคผนวก จ) โดยสอดคล้องกับที่สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการระบาดของโรค โดยเน้นความสำคัญที่การคัดกรองโรคซึ่งปฏิบัติโดยครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความเชื่อที่ต่างออกไป คือ เชื่อว่าการคัดกรองโรคในช่วงที่ไม่มีมีการระบาดของโรคทำให้เสียเวลา ร้อยละ 65.9 (ตารางที่ จ 1 ภาคผนวก จ) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาโดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าตนมีประโยชน์ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก จึงมีทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณค่าของการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าหากตนคัดกรองโรคมือ เท้า และปากแล้วจะนำมาซึ่งคุณค่าทางบวก ดังจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความเห็นด้วยในระดับมากที่สุดว่า ถ้าตนปฏิบัติการคัดกรองโรคเป็นการป้องกันการระบาดของโรคดีกว่าการดำเนินการแก้ไขหลังเกิดโรคระบาด สามารถช่วยป้องกันครูพี่เลี้ยงและเด็กคนอื่นๆ ไม่ให้ติดเชื้อจากเด็กป่วย ช่วยค้นหาเด็กป่วยให้ได้รับการรักษาตั้งแต่เบื้องต้น และการคัดกรองโรคยังเป็นการช่วยแยกเด็กป่วยป้องกันเด็กคนอื่นไม่ให้ป่วย ร้อยละ 56.6, 51.2, 50.4 และ 48.1 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 2 ภาคผนวก จ) กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับมากกว่าการคัดกรองโรคเป็นการป้องกันการระบาดของโรคที่ใช้ต้นทุนน้อยกว่าการดำเนินการควบคุมโรคหลังเกิดการระบาด ช่วยลดความรุนแรงของโรค และมีประโยชน์ต่อการป้องกันโรคได้ ร้อยละ 60.5, 59.7 และ 48.8 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 2 ภาคผนวก จ) ผลการศึกษาคั้งนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นต่างออกไปในระดับมากกว่าการคัดกรองโรคมีประโยชน์เฉพาะในช่วงการระบาดของโรคเท่านั้น ร้อยละ 50.4 (ตารางที่ จ 1 ภาคผนวก จ) แต่โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณค่าในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ในทางบวก ซึ่งการประเมินคุณค่าในทางบวกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นอาจสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

การศึกษาคั้งนี้ทัศนคติต่อพฤติกรรมที่ดีในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากของกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.05 (ตารางที่ 1) ซึ่งการศึกษาในระดับดินั้นจะมีส่วนให้บุคคลมีความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีได้ (Albarracin, Kumkale, & Johnson, 2004; Ibrahim, Rampal, & Zain, 2012) อีกประการหนึ่ง ทัศนคติต่อพฤติกรรมที่ดีของกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 80 (ตารางที่ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี การที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างอาจจะเกิดทัศนคติที่ดีจากการที่ตนเคยมีประสบการณ์มาก่อน (Ander, & Berg, 2005; Borton, Holt, & Painter, 2012; Krosnick, & Petty, 1993) และการที่กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆ ได้แก่ วุฒิการศึกษา ซึ่งรวมถึงประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลเด็ก (มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, 2554) เหล่านี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ซึ่งการมีประสบการณ์ทำให้เกิดทักษะที่ดีอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในทางบวกต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

นอกจากนี้ทัศนคติต่อพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่างยังอาจเกิดจากการรับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เนื่องจากในยุคปัจจุบันมีความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลในด้านต่างๆ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก เอกสารแผ่นพับ โทรทัศน์ ร้อยละ 93.8 และ 76.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ดังนั้นทัศนคติต่อพฤติกรรมที่ดีในครั้งนี้อาจเกิดจากการเรียนรู้จากการรับข่าวสารต่างๆ ดังที่กล่าวมา ซึ่งการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใด จะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น และการเกิดความรู้ความเข้าใจนี้มีผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อเรื่องดังกล่าว (Fabrigar, Petty, Smith, & Crites, 2006; Ibrahim et al, 2012; Krosnick, & Petty, 1993)

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมาก เมื่ออธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (1991) อธิบายได้ว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก และการประเมินคุณค่าของการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ให้ผลทางบวก กลุ่มตัวอย่างก็จะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมที่ดีในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.09 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.48, 4.65 และ 0.78 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยมีค่าเฉลี่ยบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 7) อธิบายได้ดังนี้

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับมากที่สุดนั้น กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่อว่าคุณครูพี่เลี้ยงที่มีความสำคัญต่อตน ได้แก่ เพื่อนครูพี่เลี้ยง หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และผู้ปกครองเด็ก ต้องการให้ตนเองคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ซึ่งจากผลการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงเป็นรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเพื่อนครูพี่เลี้ยงต้องการให้ตนเองคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก แม้ว่าจะมีเวลาจำกัด เด็กไม่ให้ความร่วมมือ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรค และแม้ว่าจะไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค ร้อยละ 66.7, 59.7, 58.9 และ 57.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3 ภาคผนวก จ) เชื่ออย่างยิ่งว่าหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องการให้ครูพี่เลี้ยงคัดกรองโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ร้อยละ

48.8 (ตารางที่ จ 3 ภาคผนวก จ) อีกทั้งเชื่อว่าหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องการให้ตนเองคัดกรองโรคแม้ว่าจะไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค หรือแม้เด็กไม่ให้ความร่วมมือ และแม้ว่าจะมีเวลาจำกัด ร้อยละ 63.6, 61.2 และ 55 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 3 ภาคผนวก จ) เชื่อว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบลต้องการให้ตนเองคัดกรองโรคแม้ว่าเด็กไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค มีเวลาจำกัด และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ร้อยละ 66.7, 62.0, 56.6 และ 54.2 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 3 ภาคผนวก จ) นอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ปกครองเด็กต้องการให้ครูที่เลี้ยงคัดกรองโรคแม้ว่าเด็กไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค มีเวลาจำกัด และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ร้อยละ 65.9, 64.3, 61.2 และ 58.9 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 3 ภาคผนวก จ)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีแรงจูงใจคล้อยตามหรือปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การได้รับการยอมรับจากเพื่อนครูที่เลี้ยงเมื่อตนเองปฏิบัติกรคัดกรองโรค แม้ว่าจะไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค เด็กไม่ให้ความร่วมมือ มีเวลาจำกัด และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ร้อยละ 62.8, 62, 61.2 และ 61.2 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 4 ภาคผนวก จ) การได้รับความพึงพอใจจากหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเมื่อตนเองปฏิบัติกรคัดกรองโรค แม้ว่าจะมีเวลาจำกัด เด็กไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ร้อยละ 66.7, 62.8, 62.0 และ 55.8 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 4 ภาคผนวก จ) แรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างยังอาจเกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกรคัดกรองโรค แม้ว่าจะเด็กไม่ให้ความร่วมมือ แม้ว่าจะไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค และแม้ว่าจะมีเวลาจำกัด ร้อยละ 65.9, 65.9, 59.6 และ 58.9 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 4 ภาคผนวก จ) การได้รับการชื่นชมจากผู้ปกครองเด็กเมื่อตนปฏิบัติกรคัดกรองโรค แม้ว่าจะมีเวลาจำกัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค แม้ว่าเด็กไม่ให้ความร่วมมือ และแม้ว่าจะไม่ใช่ช่วงการระบาดของโรค ร้อยละ 69.0, 68.2, 67.4 และ 64.3 ตามลำดับ (ตารางที่ จ 4 ภาคผนวก จ) ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นแรงจูงใจในระดับมากที่สุดให้กลุ่มตัวอย่างคล้อยตามหรือปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการคัดกรองที่มีความสำคัญต่อตนเอง เช่น การได้รับการยอมรับจากเพื่อนครูที่เลี้ยง ได้รับความพึงพอใจจากหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการสนับสนุนจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบล และได้รับการชื่นชมจากผู้ปกครองเด็ก เมื่อตนเองปฏิบัติกรคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก เมื่ออธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (1991) อธิบายได้ว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนดโดยความเชื่อ

เกี่ยวกับความคาดหวังและแรงจูงใจที่บุคคลจะคล้อยตามบุคคลต่างๆ ในกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนเองต่อความตั้งใจมีพฤติกรรม ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนเองต้องการให้ตนเองคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก กลุ่มตัวอย่างก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าควรให้ตนเองคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.07 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.73 และ 6.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5) ซึ่งสอดคล้องกับเมื่อวิเคราะห์ตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมและมีการรับรู้อำนาจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก อยู่ในระดับมากเช่นกัน (ตารางที่ 7) อธิบายได้ดังนี้

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับมากนั้น กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีประโยชน์หรือโอกาสที่เอื้อต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ซึ่งจากผลการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าสามารถคัดกรองโรคได้แม้มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ต้องใช้เวลา และหากได้รับความช่วยเหลือจากผู้ปกครองเด็ก ร้อยละ 71.3, 66.7 และ 62.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 5 ภาคผนวก จ) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความเชื่อว่าจะสามารถคัดกรองโรคได้แม้ว่าจะเป็นช่วงที่ไม่ใช่การระบาดของโรค หรือมีเวลาจำกัด และในช่วงเวลาเร่งรีบ ร้อยละ 58.1, 58.1 และ 57.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 5 ภาคผนวก จ) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติการคัดกรองโรค โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าไม่สามารถคัดกรองโรคได้หากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ หรือเพราะมีภาระงานมาก ร้อยละ 62.8 และ 55.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 5 ภาคผนวก จ)

การรับรู้อำนาจซึ่งเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากนั้น พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับมากเช่นกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะคัดกรองโรคมือ เท้า และปากได้แม้ว่าจะมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ดังเช่น ผลการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อำนาจของตนเองในระดับมากว่าตนสามารถคัดกรองโรคได้แม้มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก มีภาระงานมาก เด็กไม่ให้ความร่วมมือ และถ้าได้รับความช่วยเหลือจากผู้ปกครอง ร้อยละ 73.6, 69.8, 65.1 และ 65.1 ตามลำดับ หรือแม้ว่าในช่วงเวลาเร่งรีบ มีเวลาจำกัด และจะทำให้เสียเวลา แต่กลุ่มตัวอย่างก็สามารถคัดกรองโรคได้ ร้อยละ

64.3, 61.2 และ 61.2 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะคัดกรองโรคมือ เท้า และปากได้ ร้อยละ 44.2 แม้ว่าจะเป็นช่วงไม่มีการระบาดของโรคก็ตาม (ตารางที่ 6 ภาคผนวก จ)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในด้านการคัดกรองโรคอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.05 ซึ่งระดับการศึกษานั้นอาจทำให้มีการรับรู้อำนาจในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (Kraft, Rise, Sutton, & Roysamb, 2005) หรืออาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 82.17 (ตารางที่ 1) จึงอาจมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นจากประสบการณ์ที่เคยมี การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (Armartpundit, Sota, & Fukuda, 2010; Barua, 2013) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.91 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคมือ เท้า และปาก จากการอบรมและเอกสารแผ่นพับ และทางโทรทัศน์ ร้อยละ 93.80 และ 76.74 ตามลำดับ จึงอาจมีผลให้มีความมั่นใจที่จะคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีผลการศึกษาที่พบว่า การได้รับการอบรมจะทำให้ได้รับความรู้ และเกิดทักษะเพิ่มขึ้น (Armartpundit et al., 2010) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อำนาจในการปฏิบัติคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก มากยิ่งขึ้น อีกทั้งโรคมือ เท้า และปาก ยังเป็นโรคติดเชื้อที่อาจมีการแพร่ระบาดจากเด็กสู่ครูที่เลี้ยง กลุ่มตัวอย่างอาจเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเหล่านี้จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับมาก เมื่ออธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (1991) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากโรคมือ เท้า และปากนั้น เป็นโรคที่เกิดกับเด็กก่อนวัยเรียน และเกิดการระบาดได้บ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเมื่อเกิดการระบาดในแต่ละครั้งก็จะเป็นข่าว มีการสอบสวนการระบาด ทำให้สื่อต่างๆ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยเหล่านี้จึงมีผลต่อการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในขั้นที่ 1 พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นตัว

ทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในสมการ สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปากของครูที่เลี้ยงได้ร้อยละ 20.3 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .450 ($p < .001$) ในขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .481 ($p < .001$) (ตารางที่ 8)

ดังนั้น ตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปากของครูที่เลี้ยงเมื่อวิเคราะห์ตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ได้ ร้อยละ 23.2 ($p < .001$) (ตารางที่ 9) โดยพบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงได้ดีที่สุด รองลงมา คือ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง สำหรับทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปากของครูที่เลี้ยงได้

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่าของการคัดกรอง ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการคัดกรอง ในขั้นที่ 1 พบว่าการรับรู้อำนาจในการคัดกรองเป็นตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในสมการ สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงได้ ร้อยละ 17.5 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .419 ($p < .001$) ในขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือ แรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .469 ($p < .01$) (ตารางที่ 10)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงเมื่อวิเคราะห์ตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ การรับรู้อำนาจในการคัดกรอง และแรงจูงใจล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ได้ ร้อยละ 22 ($p < .001$) (ตารางที่ 11) โดยพบว่า การรับรู้อำนาจในการคัดกรองเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงได้ดีที่สุด รองลงมา คือ แรงจูงใจล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิง สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง การประเมินคุณค่าของการคัดกรอง ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมนั้น ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

ผลการศึกษาดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์โดยจำแนกตามองค์ประกอบย่อยของทฤษฎีมีความสอดคล้องกับการจำแนกตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซนกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยจะขึ้นกับองค์ประกอบหลัก คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991) แต่น้ำหนักความสำคัญขององค์ประกอบหลักทั้งสามอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลหรือแต่ละกลุ่ม โดยที่บางกลุ่มอาจมีปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพล บางกลุ่มอาจมีสองปัจจัย หรืออาจมีทั้งสามปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจ เช่น ทักษะคิดต่อพฤติกรรมบางพฤติกรรมอาจมีน้ำหนักของความสำคัญต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ดังการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าของนักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัย ในประเทศออสเตรเลีย เมื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุเพื่อดูอำนาจการทำนายของทักษะคิดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พบว่ามีเพียงทักษะคิดต่อพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 01$) (Wong, & Mullan, 2009) ในทางตรงกันข้ามอาจพบว่าบางพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอาจมีน้ำหนักของความสำคัญต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่าทักษะคิดต่อพฤติกรรม ดังการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์พบว่ามีเพียงบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 84.89 ($p < .001$) (จิราพร วงศ์ใหญ่, 2551) คล้ายกับการศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการใช้การผูกยึดผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .01$) และจากการวิเคราะห์ตัวแบบการถดถอยโลจิสติกพบว่าปัจจัยด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความตั้งใจในการใช้การผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ ร้อยละ 68.95 (สุรัช สุนันตา, 2545)

การที่บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยง ทั้งนี้อาจเนื่องจากครูที่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นบุคคลในพื้นที่ จึงเป็นที่รู้จักคุ้นเคยกัน ในชุมชน จึงอาจทำให้ครูที่เลี้ยงประเมินว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองคาดหวังให้กระทำ พฤติกรรมนั้น ซึ่งการที่ครูที่เลี้ยงประเมินว่าหากตนคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก แล้วจะนำมาซึ่งการ ขอมรับจากเพื่อนครูที่เลี้ยง ได้รับความพึงพอใจจากหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการสนับสนุน จากนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นหัวหน้างานตามสายการบังคับบัญชา อันอาจมีผลต่อ การพิจารณาความดีความชอบ และได้รับการชื่นชมจากผู้ปกครองเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลในชุมชนเดียวกัน บุคคลเหล่านี้จึงอาจส่งผลให้ครูที่เลี้ยงคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงดังกล่าว จึงมีความตั้งใจในการคัดกรอง โรคมือ เท้า และปากได้

ส่วนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก สามารถ ทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงได้อีกตัวแปรหนึ่งนั้น อาจเนื่องจาก ครูที่เลี้ยงร้อยละ 58.9 ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับ โรคมือ เท้า และปาก นอกจากนี้ครูที่เลี้ยงยัง ได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคมือ เท้า และปาก จากสื่อต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ และโทรทัศน์ ร้อยละ 93.8 และ 76.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) จึงอาจทำให้มีความมั่นใจที่จะสามารถคัดกรองโรค ส่งผลให้ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก

การศึกษานี้คล้ายกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกได้ ร้อยละ 28.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 281, p < .001$) (ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงราย ผล การศึกษาพบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนาย ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ได้ร้อยละ 31.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มัลลิกา มาตระกูล, สุรินทร์ กลัมพากร และ อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2012) และเช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจของครู ในการสอนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในบอสวานา ทวีปอาฟริกา กลุ่มตัวอย่าง 144 คน พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ร่วมกันทำนายความตั้งใจของครู ในการสอนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยพบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การ ควบคุมพฤติกรรมมีความแปรปรวนต่อความตั้งใจร้อยละ 23 และ 51 ตามลำดับ (Marandu, Shine, & Joseph, 2011)

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาปัจจัยทำนายด้านการปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความตั้งใจได้ (เอมิตา ชุมทอง, 2550) และเช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในประเทศนอร์เวย์และในประเทศสเปนที่พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความตั้งใจได้เช่นกัน (Rise, & Ommundsen, 2011) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของชายสูงอายุในสถานพยาบาลในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน ซึ่งพบว่ามีเพียงแต่ทัศนคติต่อพฤติกรรมเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจการออกกำลังกายได้ แต่บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่สามารถทำนายความตั้งใจการออกกำลังกายได้ (Ghahremani, & Niknami, 2012) เช่นเดียวกับการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศแคนาดา พบว่ามีเพียงแต่ทัศนคติต่อพฤติกรรมเท่านั้นที่สามารถทำนายความตั้งใจการออกกำลังกายได้ แต่บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่สามารถทำนายความตั้งใจการออกกำลังกายได้เช่นกัน (Brickell, Chatzisarantis & Pretty, 2005)

การศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้มีอำนาจในการทำนายได้ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในประเทศนอร์เวย์และในประเทศสเปนที่พบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาได้ ร้อยละ 22 ($p < .05$) (Rise, & Ommundsen, 2011) และยิ่งใกล้เคียงกับการศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจสูบบุหรี่ ได้ร้อยละ 23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งอิทธิพลในการทำนายอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และ รุจา ภูไพบูลย์, 2556)

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าอำนาจในการทำนายความตั้งใจอยู่ในระดับสูง เช่น การศึกษาเชิงสำรวจระยะยาวเกี่ยวกับการตัดสินใจของนักเรียนต่อความตั้งใจเรียนให้จบหลักสูตรในระดับมัธยมปลายตามเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนอายุ 14-17 ปี จำนวน 166 คน พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งมีอำนาจในการทำนายความตั้งใจได้ถึง ร้อยละ 71 (Davis et al., 2002) ส่วนอีกหนึ่งการศึกษาเป็นการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อทำนายความตั้งใจในการบริจาคโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 100 รายในเมืองอัลสเตอร์ ไคล์เรนน์ วัตต์โดยใช้

แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายความตั้งใจได้ ร้อยละ 73 ซึ่งมีอำนาจในการทำนายอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Giles, McClenahan, Cairns, & Mallet, 2004)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ร้อยละ 23.2 ซึ่งอำนาจการทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก ของครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้ครั้งนี้เป็นไปตามที่เอจเซน (Ajzen, 1991) กล่าวว่าการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายความตั้งใจได้มากกว่าร้อยละ 20

การศึกษาครั้งนี้พบว่าทักษะคิดต่อพฤติกรรม ถึงแม้จะมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5) แต่ก็ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากของกลุ่มตัวอย่างได้นั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการคัดกรองในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคเป็นการทำให้เสียเวลา หรือประเมินคุณค่าว่าการคัดกรองโรคมีประโยชน์เฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคเท่านั้นจึงเป็นผลให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคัดกรองโรคมือ เท้า และปาก