

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ต่อการรับรู้ และพฤติกรรมกำบังโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

นาฏอนงค์ แผงพงษ์, พย.ม.^{1*} สุวรรณมา จันทรประเสริฐ, ส.ด.² สมสมัย รัตนกริธากุล, ส.ด.³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อการรับรู้และพฤติกรรมกำบังโรคมือ เท้า ปากในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีอายุ 21-59 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ คู่มือปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรค และเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-Square, Fisher's exact test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก ($M = 4.36, SD = 0.46$; $M = 4.50, SD = 0.38$ ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์ ระดับมากที่สุด ($M = 4.63, SD = 0.31$) การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.42, SD = 1.34$) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคเป็นประจำ ($M = 2.66, SD = 0.21$) กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรค และพฤติกรรมกำบังโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.370, p = .010, t = 2.158, p = .018, t = 1.935, p = .029$ และ $t = 2.160, p = .017$ ตามลำดับ) และมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรค ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.083, p = .002$)

ผลการศึกษาที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือครูผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ พฤติกรรมกำบังโรคมือ เท้า ปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ และ ³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: natanong2009@hotmail.com

Effects of Health Belief Development Program Among Parents on Perceptions and Hand-Foot-Mouth Disease Preventive Behaviors for Preschool-Aged Children in Child Development Center

Natanong Faengphong, M.N.S^{1*}, Suwanna Junprasert, Dr.P.H²,
Somsamai Rattanaagreethakul, Dr.PH.³

Abstract

This quasi-experimental research studied the effects of a health belief development program on the perception of and preventive behaviors regarding hand-foot-mouth disease (HFMD) among parents of preschool-aged children in a child development center. The sample was 60 parents aged 21-59 recruited by multi-stage sampling and divided into experimental ($n = 30$) and control groups ($n = 30$). The experimental instrument was the health belief model program: a video and a handbook for disease preventive behaviors. Data collection tools were questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-Square, Fisher's exact test and independent t-test.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group had high level mean scores for perceived susceptibility and perceived severity ($M = 4.36, SD = 0.46$; $M = 4.50, SD = 0.38$ respectively). The highest mean score was for perceived benefits ($M = 4.63, SD = 0.31$). A lower mean score was found for perceived barriers ($M = 1.42, SD = 0.34$), and a moderate mean score for HFMD preventive behaviors ($M = 2.66, SD = 0.21$). There were several changes in health beliefs: in the experimental group, post-intervention scores for perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits of HFMD preventive behaviors were significantly higher than in the control group ($t = 2.370, p = .010$; $t = 2.158, p = .018$; $t = 1.935, p = .029$, and $t = 2.160, p = .017$ respectively). Similarly, the experimental group's post-intervention perceived barriers score was significantly lower than the control group's score ($t = -3.083, p = .002$).

The results suggest that community nurse practitioners, health workers and related parties could use this program as a guideline for prevention of hand-foot-mouth disease for preschool-aged children in child development center through the participation of parents.

Key words: health belief, hand-foot-mouth disease, preventive behaviors, child development center

¹ Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor and ³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: natanong2009@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ จากรายงานของ (World Health Organization, WHO, 2017) พบการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก มากที่สุดในแถบทวีปเอเชีย ได้แก่ จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย โดยพบสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus 71 (EV71) และ Coxsackie A16 (CA16) คิดเป็นร้อยละ 88.00 และ 73.00 ตามลำดับ (Rabenau, Richter, & Doerr, 2010) สำหรับประเทศไทยมีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก จากเชื้อ Enterovirus 71 (EV71) ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2544 ในรายที่ได้รับเชื้อ Enterovirus 71 จะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อน เช่น อาเจียนบ่อย หายใจหอบ ซึม ชักเกร็ง มีภาวะร่างกายขาดน้ำ ปอดบวม น้ำ ก้นสมองอักเสบ สมอง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ กล้ามเนื้อเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซ็อก และหมดสติ การเสียชีวิตส่วนมากเกิดจากภาวะหัวใจวายหรือมีระบบหายใจล้มเหลว (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2017) โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 70,377 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 107.57 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 69,774 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 105.06 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 2 ราย และปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 67,243 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 101.25 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งในจำนวนผู้เสียชีวิตทุกรายเป็นเด็กอายุ 2.5-5 ปี (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2020)

สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร (Enterovirus) ติดต่อกันโดยการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย น้ำ ในตุ่มพอง และอุจจาระของผู้ป่วยทำให้มีอาการไข้ เจ็บปาก เจ็บคอ มีผื่นหรือตุ่มน้ำใส หรือเม็ดแดง ๆ ในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ซึ่งโรคนี้นี้ยังไม่มีการรักษาและวัคซีนในการป้องกัน ถ้ามีอาการรุนแรงจะเสียชีวิตได้ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2017) ส่วนใหญ่พบการติดต่อในเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ซึ่งเป็นวัยอยากรู้อยากเห็น มีการเรียนรู้ผ่านการเล่น และชอบเล่นกับเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน จึงพบการระบาดในเด็กวัยนี้มากที่สุด ซึ่งเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจทำให้เสียชีวิตได้

ง่ายกว่าวัยอื่น (Phuphaibul, 2013) เมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี อยู่ที่บ้านจะมีผู้ปกครองดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และเมื่อเด็กไปที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีเด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เล่นคลุกคลีกัน มีการจัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ที่ต้องใช้ของเล่น และอุปกรณ์ร่วมกัน การใช้สถานที่ร่วมกัน ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงในการรับเชื้อโรคมือ เท้า ปาก จากการใช้ของร่วมกัน จึงพบการแพร่กระจายเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ง่าย (Vanichanan & Putthacharoen, 2017)

การป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นวิธีที่สำคัญที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก และลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี (World Health Organization, WHO, 2011) ผู้ปกครองเด็กถือเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในบ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด และมีบทบาทในการดูแลเด็กให้ทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการป้องกันโรค เช่น การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ (Luby & Halder, 2008; Luby, Huda, Halder & Unicomb, 2011) การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือผ้าปิดปากเมื่อไอ จาม การจัดให้มีแก้วน้ำ ถ้วย ช้อนและผ้าเช็ดหน้าส่วนตัวของเด็กขณะอยู่ที่บ้านและเมื่อไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการตรวจคัดกรองเด็ก ตรวจความผิดปกติของปาก มือ และเท้า ทุกวันก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกำกับดูแลเด็กเล็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2012) จะช่วยป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปากในบุตรของตน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

จังหวัดอุบลราชธานี มีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก มากที่สุดของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคเขต 10 การระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบอัตราป่วย 53.33 85.48 และ 98.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองที่บ้านและ

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นจำนวนมาก และมีการนำปัจจัยที่ศึกษามาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนมากแต่การศึกษามีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองเด็กมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีการศึกษาน้อย และไม่มีการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ให้เด็กวัยก่อนเรียนโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกำกับดูแลเด็กในปกครองให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กยังไม่สามารถควบคุมและป้องกันโรคได้ การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเพื่อลดการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้นั้น ผ่านโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น ขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพ จากการรับรู้ 3 มิโนทัศน์ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค การศึกษาในครั้งนี้จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในผู้ปกครองเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และฝึกประสบการณ์การป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก ตลอดจนการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็น

แนวทางในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว

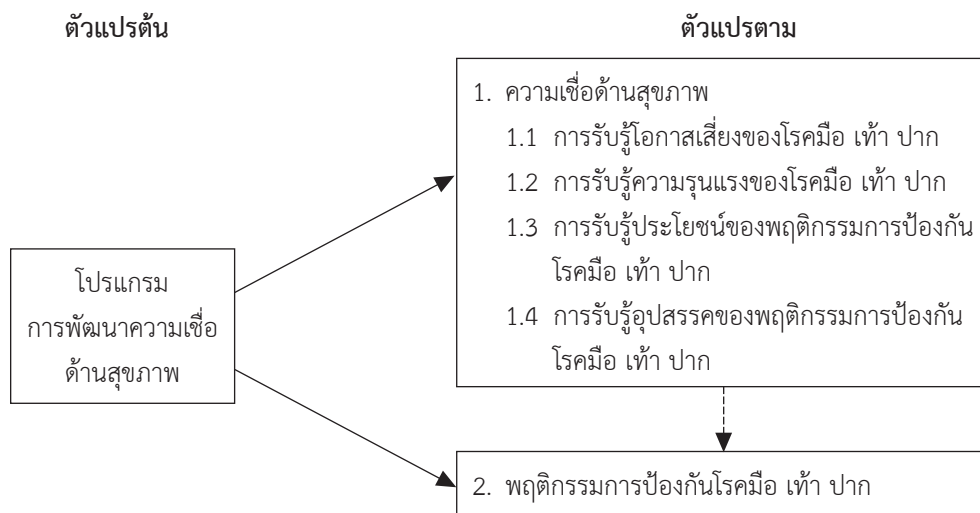
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล จากการรับรู้ 3 มิโนทัศน์ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) และ (3) การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) ผู้วิจัยจึงจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ผ่านกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การสร้างทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนเกิดการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) และการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

มือ เท้า ปาก ในการวิจัยนี้ไม่ได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ ดังภาพที่ 1
ทางสถิติของปัจจัยการรับรู้ฯ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค



หมายเหตุ : -----▶ = ไม่ได้ทดสอบความสัมพันธ์ในการวิจัยนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2,356 คน (Ubon Ratchathani Province Office for Local Administration, 2018)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีอายุ 21-59 ปี ไม่มีโรคประจำตัวไม่เคยดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก และมีเด็กในปกครองที่มีอายุ 3-5 ปี เด็กไม่มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ และมีการย้ายที่อยู่อาศัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size: ES) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = .80 (Cohen, 1988) โดยนำค่าที่เกิดจากการทดลองของ Pensuk &

Banchonhuttakit (2013) เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ มาคำนวณหาขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.06 เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพล มีค่ามากกว่า .80 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่าขนาดอิทธิพล .80 มาเปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองต้องการติดตามวัดผลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 50 (Pensuk & Banchonhuttakit, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 รายต่อกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 ราย และ กลุ่มควบคุม 30 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

1. ทำการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยพิจารณาจากขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นศูนย์ที่มีจำนวนเด็กวัยก่อนเรียนมากกว่า 50 คนขึ้น จำนวน 12 ศูนย์ และนำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยการจับฉลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากรายชื่อ

มา 2 ศูนย์ ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านด้ามพร้าว และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปะอ่าว ซึ่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 ศูนย์มีบริบท และสิ่งแวดล้อม คล้ายคลึงกัน

2. ทำการสุ่มผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้ง 2 ศูนย์ โดยการประชาสัมพันธ์รับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย และทำการสุ่มผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อผู้ปกครองเด็กที่สมัครเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมาทำฉลากหมายเลข และจับฉลากขึ้นมาทีละรายชื่อจนครบ กลุ่มละ 30 ราย

3. ทำการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนำชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 ศูนย์ มาจับฉลาก (Random assignment) ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านด้ามพร้าวเป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปะอ่าวเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพ วิดีทัศน์ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในหัวข้อสถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด สาเหตุ และการติดต่อของโรคมือ เท้า ปาก อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การตรวจคัดกรองเด็ก การล้างมือ 7 ขั้นตอน และคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิด-ปิด จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง แก้วน้ำ ถ้วย ช้อนและผ้าเช็ดหน้าส่วนตัว การใช้ผ้าหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปากเมื่อไอ จาม การกำกับดูแลติดตามเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การตรวจคัดกรองเด็กทุกวันก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3) ปฏิบัติ

บางครั้ง (2) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1) และไม่ปฏิบัติเลย (0) และนำผลรวมทุกข้อนำมาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (2.51 - 3.00) ปฏิบัติบางครั้ง (1.51 - 2.50) ปฏิบัติน้อยครั้ง (0.51 - 1.50) ไม่ปฏิบัติเลย (0.00 - 0.50) คะแนนรวมสูง หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ดีกว่าคะแนนต่ำกว่า

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ตอน ลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) ดังนี้

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการใช้ของใช้ร่วมกัน การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก การเล่นคลุกคลีกัน จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการเกิดแผลในปาก มือ เท้า ทานอาหารไม่ได้ มีไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เสียชีวิต ใช้ระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนความยากลำบากในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการระบาดของโรค สร้างสุขนิสัยที่ดีของเด็ก จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการสิ้นเปลืองเวลา ความยุ่งยาก อุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย จำนวน 13 ข้อ

นำผลรวมทุกข้อนำมาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้ เพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูลเป็น 5 ระดับ ดังนี้ มีการรับรู้มากที่สุด (4.51 - 5.00) มีการรับรู้มาก (3.51 - 4.50) มีการรับรู้ปานกลาง (2.51 - 3.50) มีการรับรู้น้อย (1.51 - 2.50) มีการรับรู้น้อยที่สุด (1.00 - 1.50) คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก สูงกว่าคะแนนต่ำกว่า

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และกุมารแพทย์ เฉพาะทางโรคติดเชื้อ 1 ท่าน ผลการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 1 ทุกชุด หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประชาสามัคคีที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient = .88 .91 .95 .96 และ .94 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 08-07-2562 วันที่ 4 กันยายน 2562 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ขอรับสมัครอาสาสมัครผู้ปกครอง นัดหมายผู้ปกครองที่สมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยการสมัครใจ และการถอนตัวจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การรักษาความเป็นส่วนตัว และเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลต่าง ๆ มีคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี เมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้นัดกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง โดยให้อยู่บนความสมัครใจของกลุ่มควบคุม พร้อมมอบชุดอุปกรณ์ของผู้ใช้ส่วนตัว และคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเอง และมีผู้ช่วยวิจัยร่วมดำเนินการทดลองด้วย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย ในเนื้อหา โรคมือ เท้า ปาก การล้างมือ 7 ขั้นตอน การตรวจคัดกรอง การกำกับดูแลติดตามเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการสนทนา

กลุ่มพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม และวิธีการรวบรวมข้อมูลส่งกลับคืนผู้วิจัย เมื่อเตรียมผู้ช่วยวิจัยแล้ว ดำเนินการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย การเข้าร่วมเป็นไปโดยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งห่างกันพอควร แจกแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้เวลา 15-20 นาที ทำเสร็จให้ใส่ซองปิดผนึกนำมาส่งผู้วิจัย และนัดพบอีก 6 สัปดาห์เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมด้วยวิธีการเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 0 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค โดยมีกิจกรรม การบรรยายและชมวิดีโอทัศนสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก สาเหตุและการติดต่อ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ กิจกรรมกลุ่ม “รู้เท่าทันการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก” แสดงบทบาทสมมติให้ผู้ปกครองเป็นเด็กป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้ดินสอพองที่ผสมกับสีผสมอาหารทาบริเวณมือของผู้ปกครองที่ป่วย ทำการเรียนและเล่นร่วมกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังจากนั้นสนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากต้นแบบผู้ปกครองที่เคยดูแลบุตรที่ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 สร้างการรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคน้อยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยมีกิจกรรมการบรรยาย หัวข้อ ประโยชน์ของการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การใช้แก้วน้ำ ถ้วย และช้อนส่วนตัว การใช้ผ้าหรือผ้าเช็ดหน้า

ปิดปากเมื่อ ไอ จาม การตรวจคัดกรองเด็ก และการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ชมวีดิทัศน์เด็กวัยก่อนเรียนที่มีร่างกายแข็งแรงส่งผลอย่างไรต่อเด็กและผู้ปกครอง ทำกิจกรรม “ทำง่าย ๆ แต่ป้องกันโรคได้ดี” โดยชมวีดิทัศน์การล้างมือ 7 ขั้นตอน พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน ก่อนการล้างมือให้ผู้ปกครองเช็ดมือด้วยผ้าเย็น และสังเกตดูความสะอาดของมือก่อนการสาธิตการล้างมือ และกิจกรรม “สถานการณ์จำลองการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค” โดยจำลองเหตุการณ์กิจกรรมในตอนเช้าของเด็กก่อนที่จะไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้ผู้ปกครองวิเคราะห์อุปสรรคในการกำกับดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค มีการสนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มอบชุดอุปกรณ์ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และมอบคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและหาแนวทางการแก้ไขเป็นรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านของผู้ปกครองแต่ละคน ใช้เวลาคนละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-Square Fisher’s exact test และ

ทดสอบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้การทดสอบค่าที่แบบอิสระ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ สถิติ Independent t-test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.70) เท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 21-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.30 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.07 ปี (SD = 10.48) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.63 ปี (SD = 10.06) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ) และทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p -value = 1.000, .948 และ .592 ตามลำดับ)

วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ตาม	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มควบคุม (n = 30)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
ความเชื่อ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพ												
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.63	0.51	มาก	4.36	0.46	มาก	3.51	0.63	มาก	3.76	0.55	มาก
การรับรู้ความรุนแรง	3.76	0.41	มาก	4.50	0.38	มาก	3.83	0.68	มาก	4.13	0.63	มาก
การรับรู้ประโยชน์	4.19	0.43	มาก	4.63	0.31	มากที่สุด	4.32	0.48	มาก	4.47	0.36	มาก
การรับรู้อุปสรรค	2.73	1.30	ปานกลาง	1.42	0.34	น้อยที่สุด	2.73	0.55	ปานกลาง	2.55	1.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ก่อนและ

หลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก (M = 3.63, SD = 0.51; M = 4.36, SD = 0.46; M = 3.76, SD = 0.41; M = 4.50,

$SD = 0.38$ ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M = 4.19$, $SD = 0.43$) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63$, $SD = 0.31$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.73$, $SD = 1.30$) หลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรค น้อยที่สุด ($M = 1.42$, $SD = 0.34$) ในกลุ่มควบคุม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง

ของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.51$, $SD = 0.63$; $M = 3.76$, $SD = 0.55$; $M = 3.83$, $SD = 0.68$; $M = 4.13$, $SD = 0.63$; $M = 4.32$, $SD = 0.48$; $M = 4.47$, $SD = 0.36$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ใน ระดับปานกลาง ($M = 2.73$, $SD = 0.55$; $M = 2.55$, $SD = 1.30$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มควบคุม (n = 30)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	M	SD	ความถี่	M	SD	ความถี่	M	SD	ความถี่	M	SD	ความถี่
พฤติกรรมป้องกันโรค	2.15	0.53	บางครั้ง	2.66	0.21	ประจำ	2.19	0.56	บางครั้ง	2.39	0.42	บางครั้ง

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นบางครั้ง ($M = 2.15$, $SD = 0.53$) และหลังการทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคเป็นประจำ ($M = 2.66$, $SD = 0.21$) และ ในกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเป็น บางครั้งทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($M = 2.19$, $SD =$

0.56 ; $M = 2.39$, $SD = 0.42$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบค่าทีแบบอิสระแบบ ทางเดียว ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	M_{diff}	SD_{diff}	t	p-value (1-tailed)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	0.74	0.64	2.370	.010
กลุ่มควบคุม	30	0.25	0.92		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	0.74	0.53	2.158	.018
กลุ่มควบคุม	30	0.30	0.98		
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	0.44	0.62	1.935	.029
กลุ่มควบคุม	30	0.15	0.55		
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	-1.31	1.41	-3.083	.002
กลุ่มควบคุม	30	-0.18	1.41		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	M_{diff}	SD_{diff}	t	p-value (1-tailed)
พฤติกรรมการป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง	30	0.51	0.54	2.160	.017
กลุ่มควบคุม	30	0.19	0.60		

*p (1-tailed) < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 2.370$, p (1-tailed) = .010) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 2.158$, p (1-tailed) = .018) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 1.935$, p (1-tailed) = .029) พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 2.160$, p (1-tailed) = .017) และการรับรู้ผลกระทบของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = -3.083$, p (1-tailed) = .002)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ก่อนและ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก การศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของโรค โดยให้ผู้ปกครองชมวีดิทัศน์สถานการณ์ของโรค ระดับประเทศ ภูมิภาค และจังหวัด ทำให้ผู้ปกครองเกิด ความรู้ และความเข้าใจการติดต่อ และการแพร่ระบาดของ โรคมากขึ้น หลังจากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่ม บทบาทสมมติ “รู้เท่าทันการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก” บรรยาย สาเหตุและการติดต่อ สนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นจากต้นแบบผู้ปกครอง และวิเคราะห์โอกาส เสี่ยง เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคเพิ่มขึ้นทำให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กิจกรรมการบรรยาย เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แหล่ง แพร่กระจายเชื้อ การติดต่อ และวิเคราะห์ความเสี่ยง ทำให้ ผู้ปกครองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้น (Pensuk & Banchonhuttakit, 2013)

2. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก่อนและ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก การศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรง ของโรค โดยให้ผู้ปกครองรับฟังการบรรยายและชมวีดิทัศน์ เกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผล กระทบเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ผู้ปกครอง มีความรู้ และความเข้าใจความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปากมากขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองต้นแบบที่เคยดูแล บุตรที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ป่วย และวิเคราะห์ความรุนแรงของการเกิด โรค ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanongyad, Jametim, Dhanawan & Maungchang (2016) ซึ่ง พบว่า กิจกรรมการบรรยายและชมวีดิทัศน์ เกี่ยวกับ อาการ และอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบเมื่อ เจ็บป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปากมากขึ้น

3. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม เนื่องจากในการศึกษานี้ได้จัดกิจกรรม โดยให้ ผู้ปกครองรับฟังการบรรยายประโยชน์ของการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การใช้แก้วน้ำ ถ้วย และช้อนส่วนตัว

การใช้ผ้าหรือผ้าเช็ดหน้า ปิดปากเมื่อ ไอ จาม การตรวจคัดกรองเด็ก และการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค พร้อมทั้งชมวิดิทัศน์เด็กวัยก่อนเรียนที่มีร่างกายแข็งแรงส่งผลอย่างไรต่อเด็กและผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเข้าใจประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค และสุดท้ายให้ผู้ปกครองสนทนากลุ่มและ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมกขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสร้างการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการบรรยาย ชมวิดิทัศน์และปฏิบัติพฤติกรรมล้างมือ การตรวจ คัดกรองเด็ก ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น (Sanongyard et al., 2016)

4. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติการ ล้างมือ 7 ขั้นตอน การตรวจคัดกรอง และมีการกำกับ ติดตามเด็กให้ทำพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อให้ผู้ปกครอง เกิดความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค พร้อมทั้งได้จัดเตรียมอุปกรณ์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ผ้าเช็ดมือ สบู่ ซ้อน ถ้วย แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า และมอບคลุมือปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ให้นำไปใช้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ และเยี่ยมบ้านผู้ปกครอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ การศึกษา พบว่า การฝึกทักษะการล้างมือ ตรวจคัดกรอง และมอບชุดสบู่เพื่อนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ลดลง (Sanongyard et al., 2016)

5. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันโรค ก่อนและ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการสร้าง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การสร้างการรับรู้ความรุนแรง ของโรค การสร้างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กวัย ก่อนเรียนมีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โรคเป็นประจำ ในเรื่อง ล้างมือเมื่อกลับจากนอกบ้าน จัดเตรียมของใช้ส่วนตัวให้เด็กในปกครองไปศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก ตรวจสอบสุ่มในบริเวณปาก มือ เท้า ของเด็กก่อน และ หลังกลับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดูแลให้เด็กในปกครอง ล้างมือหลังกลับจากนอกบ้าน และเมื่อกลับจากศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก ดูแลกำกับให้เด็กใช้แก้วน้ำ ถ้วย ซ้อน และ ผ้าเช็ดหน้าส่วนตัวไม่ปะปนกับผู้อื่น ทำให้ผู้ปกครองมีการ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครองมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทำให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ Peansukwech & Banchonhuttakit (2017) พบว่า การสร้างการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเกิดโรค การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสร้างการรับรู้ประโยชน์ให้มากและมีการรับรู้อุปสรรค น้อยเมื่อจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทำให้ ผู้ปกครองมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรม ฯ ไปใช้เพื่อป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ก่อนเปิดรับเด็กเล็กใหม่ เข้ามาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการจัดอบรมให้ผู้ปกครอง ที่เป็นรายใหม่ทุกราย
2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือครู ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สามารถนำกิจกรรมไปจัด เป็นแผนงานในด้านการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในแต่ละ ปี โดยการจัดอบรมก่อนเปิดเรียนในแต่ละปีการศึกษาให้ ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นรายใหม่ทุกรายที่นำเด็กมา เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่ม ทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นบางครั้งในหัวข้อ การใช้

ช้อนกลาง และการใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือผ้าปิดปาก เมื่อไอ จาม จึงควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก โดยเน้นหัวข้อการใช้ช้อนกลาง และการใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือผ้าปิดปาก เมื่อไอ จาม โดยการสร้างทัศนคติ หรือการพัฒนาสื่อที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคติดต่ออื่นได้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีอุปการคุณทุกท่าน กลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนเพื่อน และบุตรที่ให้อำลั่งใจ และความช่วยเหลือตลอดมา

References

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2017). *Guidelines for the prevention and control of hand, foot, mouth disease outbreaks in the child development center*. Retrieved January 25, 2018, from <http://www.boe.moph.go.th/> [In Thai]
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2017). *Epidemiological Surveillance Report*. Retrieved January 4, 2018, from <http://www.boe.moph.go.th/> [In Thai]
- Bureau of Epidemiology and Department of Disease Control. (2020). *Epidemiological Surveillance Report*. Retrieved February 1, 2020, from <http://www.boe.moph.go.th/> [In Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Luby, P., & Halder, K. (2008). Associations among handwashing indicators, wealth, and symptoms of childhood respiratory illness in urban bangladesh. *Med in Health*, 13(6), 835-844.
- Luby, P., Huda, T., Halder, A.K., & Unicomb, L. (2011). The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: an observational study. *Journal PubMed*, 8(6), 1037-1048.
- Peansukwech, U., & Banchonhuttakit, P. (2017). Effect of health education program in childhood prevention of hand foot mouth disease by the application of health belief model and social support of caregivers and child's parents in child care center at Muang district, khon kaen province. *Srinagarind Medical Journal*, 29(2),1-5. [In Thai]
- Pensuk, P., & Banchonhuttakit, P. (2013). Effects of behavioral modification for hand foot mouth disease prevention among parents of pre-school children in child development center; Ban Kruat disdriect, Burirum province. *Journal of Public Health*, 8(1), 81-93. [In Thai]
- Phuphaibul, R. (2013). *Nursing care plan for healthy and ill children*. Bangkok: Dharma Council Printing. [In Thai]
- Polit, D.F. (1996). *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Stamford: CT Appleton & Large.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.

- Rabenau, H.F., Richter, M., & Doerr, H.W. (2010). Hand foot mouth disease in China: Patterns of spread and transmissibility during 2008-2009. *Epidemiology*, 22(6), 781-792.
- Sanongyard, J., Jametim, N., Dhanawan, W., & Maungchang, Y. (2016). The effects of program over three-dimensional comic book knowledge to Infection control among parents by applying health belief patterns, social support, and epidemiological principles of child parents in child development centers Suphan Buri province. *Chonburi Hospital Journal*, 40(3), 217-226. [In Thai]
- Ubon Ratchathani Province Office for Local Administration. (2018). *Development center information pre school-aged children in Ubon Ratchathani province*. [In Thai]
- Vanichanan, C., & Putthacharoen, O. (2017). *Infectious diseases across the regions*. Bangkok: Tri Thep Book Process. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (2011). *A guide to clinical management and public health response for hand, foot mouth disease (HFMD) 2011*. Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2011/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Communicable diseases progress monitor 2017*. Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>