



A Study Comparing the Knowledge, Surveillant and Preventive Behavior, and Control Behavior of Hand Foot Mouth Disease among Parents and Childcare Providers Living in High- and Low-epidemic Sub-districts: A Case Study in One District, Nakhon Ratchasima Province*

Wannapha Panarat, RN, MNS,¹ Suda Hanklang, RN, DrPH¹ Kalaya Patanasri, RN, MSc¹

Abstract

Purpose: To compare the differences of knowledge of disease, surveillant and preventive behavior, and control behavior of hand foot mouth disease among parents and child care providers in child development centers between a high-epidemic sub-district and a low-epidemic sub-district in Nakhon Ratchasima Province.

Design: Descriptive research.

Methods: Through random sampling, 65 and 64 parents of children in child care centers from high- and low-epidemic sub-districts for hand foot mouth disease, respectively, were recruited. All childcare providers from both sub-districts (n = 8, and n = 6, respectively) were also recruited. Data were collected using three questionnaires including knowledge, surveillant and preventive behavior, and control behavior of hand foot mouth disease. Independent sample t-test and Mann-Whitney U test were used for the data analysis.

Main findings: The control behavior scores of parents in low-epidemic sub-district were significantly higher than those in high- epidemic sub-district ($p < .05$). Parents in both sub-districts had low knowledge and moderate surveillant and preventive behaviour, however, no significant differences were found. The knowledge about hand foot mouth disease scores of childcare providers in low-epidemic sub-district were significantly higher than those in high-epidemic sub-district ($p < .01$) while surveillant and preventive behavior as well as control behavior were not significantly different.

Conclusions and recommendations: Parents from both sub-districts have low knowledge of hand foot mouth disease; thus, knowledge should be given every year, focusing on the causes, symptoms and spread of disease. Childcare providers should be strict with screening for the disease among children by using a flashlight to inspect and examine the oral cavity and checking the child's fever every morning before entering the centers. Local authorities should support health screening equipment and provide separate rooms for sick children in the child care centers.

Keywords: behavior, caregivers, hand foot and mouth disease, knowledge, prevention and control

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):67-86

Corresponding Author: Lecturer Wannapha Panarat, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province 30000, Thailand; e-mail: wanoa150@gmail.com

* Research Grant for Teacher Development, Vongchavalitkul University

¹ Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Received: 10 April 2021 / Revised: 6 February 2022 / Accepted: 9 February 2022



การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในตำบลที่มีการระบาดสูง กับตำบลที่มีการระบาดต่ำ : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา*

วรรณภา ปาณาราช, พย.ม.¹ สุดา หันกลาง, ส.ด.¹ กัลยา พัฒนะศรี, วท.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคและพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้ผู้ปกครอง 65 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่มีการระบาดสูง และผู้ปกครอง 64 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่มีการระบาดต่ำ และทำการสำรวจครูพี่เลี้ยงทุกคนจากแต่ละตำบล (จำนวน 8 คน จากตำบลที่มีการระบาดสูง และ 6 คน จากตำบลที่มีการระบาดต่ำ) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบที่แบบอิสระ และการทดสอบแมนวิทนี ยู

ผลการวิจัย: คะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ปกครองที่อยู่ในตำบลที่มีการระบาดต่ำ สูงกว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีความรู้อยู่ในระดับต่ำและพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ส่วนในกลุ่มครูพี่เลี้ยง พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำ สูงกว่าครูพี่เลี้ยงที่อยู่ในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ขณะที่พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำ ควรส่งเสริมความรู้ทุกปี เน้นประเด็นสาเหตุ อาการ และการแพร่กระจายของโรค และให้ครูพี่เลี้ยงเข้มงวดกับการคัดกรองโรคให้เด็ก โดยใช้ไฟฉายส่องช่องปาก และวัดไข้เด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเช้า หน่วยงานท้องถิ่นควรสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจสอบสุขภาพ และจัดทำห้องแยกเด็กป่วย

คำสำคัญ: พฤติกรรม ผู้ดูแลเด็ก โรคมือเท้าปาก ความรู้ การป้องกันและควบคุมโรค

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):67-86

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์วรรณภา ปาณาราช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล อำเภอเมือง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000, e-mail: wanoa150@gmail.com

* ทุนวิจัยพัฒนาอาจารย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 กุมภาพันธ์ 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ 2565



ความสำคัญของปัญหา

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคติดต่อพบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enterovirus สายพันธุ์ที่ก่อโรคมือเท้าปาก ได้แก่ Coxsackie virus group A, B และ Enterovirus 71 เชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของโรคมือเท้าปากแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ที่พบบ่อยทั่วไป ได้แก่ Coxsackie virus A16 และ Human enterovirus 71 โดย group A ค่าความชุกร้อยละ 50 มักมีอาการไม่รุนแรงสามารถหายเองได้ แต่ Enterovirus 71 ความชุกร้อยละ 6 มักมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง¹ เช่น ก้านสมองอักเสบ ภาวะหายใจและระบบไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว² ปัจจัยนำไปให้เกิดการระบาด ได้แก่ สุขอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง การอยู่ด้วยกันจำนวนมาก โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เล่นใกล้ชิดกัน ใช้อุปกรณ์ของเล่นร่วมกัน ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อระหว่างกันได้ง่าย เป็นต้น³ โดยเชื้อไวรัสแพร่ผ่านทางระบบทางเดินอาหารและการหายใจ ติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากจมูก ลำคอ น้ำจากในตุ่มใส และอุจจาระของผู้ป่วยซึ่งมีเชื้อไวรัสอยู่ (fecal-oral route) เชื้อจะติดมากับมือ ภาชนะ ของเล่นที่ใช้ร่วมกัน⁴ มักพบอาการไข้ อาจเกิน 39 องศาเซลเซียส 2 วันแล้วมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5-38.5 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เจ็บคอ น้ำลายไหล ปวดเมื่อยเป็นระยะเวลา 3-5 วันแล้วหายได้เอง หรือมีไข้ร่วมกับตุ่มพองใสที่บริเวณในปาก ฝ่ามือ นิ้วมือ เท้า อาจอยู่นาน 7-10 วัน เด็กจึงไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือไม่ดูดนมเพราะเจ็บปาก⁵ ซึ่งการเจ็บป่วยอาจส่งผลต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก ทำให้ขาดรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น³ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็น

เครื่องมือสำคัญในการลดจำนวนเด็กป่วยจากโรคนี้ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขแม้ว่าจะมีมาตรการควบคุมเฝ้าระวังโรคออกมาตลอด แต่ก็ยังพบอัตราป่วยลดลงไม่ชัดเจน ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่าอัตราป่วย 63.56, 122.05 และ 107.07 ต่อแสนประชากร มียอดผู้เสียชีวิตปีละ 3 ราย ตามลำดับ⁶

โรคมือเท้าปากยังไม่มีวัคซีนป้องกันโดยเฉพาะ⁷ การเฝ้าระวังป้องกันจึงเป็นวิธีช่วยควบคุมการระบาดของโรคได้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็กและสถานศึกษาใน พ.ศ. 2555 ซึ่งระบุการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม พร้อมบทบาทของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁸ ผู้ที่ดูแลเด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงเป็นบุคคลสำคัญ เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับเด็กสามารถสังเกตเห็นสิ่งผิดปกติได้ตั้งแต่เริ่มแรก ผู้ดูแลเด็กจึงควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค มาตรการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคเป็นระยะๆ ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดจึงจะสามารถควบคุมป้องกันการระบาดของโรคได้⁸ จากการศึกษาพบว่าครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.6^{3,9} ครูพี่เลี้ยงมีความรู้ในการคัดกรองโรคมือเท้าปากผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 95 แต่มีความรู้ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 39.8 นอกจากนี้ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เคยมีประวัติการระบาดของโรค ครูพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ทำงานนานกว่า 10 ปี และการเป็นผู้บริหารจะมีแนวโน้มที่จะผ่านเกณฑ์ความรู้ทั้งการคัดกรองและการป้องกันสูงกว่า มีครูพี่เลี้ยงเพียงร้อยละ 3.5 ที่รู้ว่าควรให้เด็กล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ และเพียงร้อยละ 6.1 ที่รู้ว่าควรตรวจเด็ก



ตั้งแต่อ่อนเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่ใช่ตรวจขณะเข้าแถวตอนเช้า และเมื่อมีเด็กป่วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงไม่ได้ดำเนินการลดกิจกรรมร่วมกันของเด็กถึงร้อยละ 23.7¹⁰ มีการรายงานโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และขอคำแนะนำเพียงร้อยละ 80.9 ที่เหลือบางส่วนไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่รับทราบ เพราะกลัวต้องปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงนำไปสู่การปกปิดข้อมูล¹⁰ ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก ทำให้ควบคุมการระบาดของโรคไม่ได้ ส่วนผู้ปกครองมีพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากภาพรวมอยู่ในระดับสูง¹¹ แต่ยังพบว่ามักจะมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ได้แก่ เมื่อพบว่าลูกป่วย ผู้ปกครองยังพาลูกหลานไปในที่สาธารณะ สนามเด็กเล่น ห้างสรรพสินค้า¹² เหล่านี้อาจจะเป็นสาเหตุให้มีการแพร่เชื้อแก่เด็กคนอื่นๆ

จังหวัดนครราชสีมาพบมีโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงสุดในกลุ่มเด็ก 0-4 ปี ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วย 2,552, 1,442 และ 3,414 คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 147.86 ต่อแสนประชากร¹³ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินมาตรการควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมากำหนดยังไม่สำเร็จ อำเภอที่สนใจศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง ใน 4 ตำบล ซึ่งยังมีการระบาดของโรคมือเท้าปากในเด็กอายุ 0-4 ปี ในปี พ.ศ. 2557-2560 พบ 1, 3, 13 และ 15 รายตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นทุกปี¹⁴ เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยแต่ละตำบลพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งไม่มีการระบาด บางแห่งระบาดจำนวนมาก ทั้งที่ได้มีการนำมาตรการควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติเช่นเดียวกับอำเภออื่น แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงแต่ละตำบลอาจมีระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค

มือเท้าปากแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างตำบลที่พบสถิติผู้ป่วยสูงและต่ำของอำเภอแห่งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เหมาะสมกับพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำ ดีกว่าตำบลที่มีการระบาดสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร หมายถึง ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจาก 4 ตำบล ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 10 แห่ง เด็กจำนวน 386 คน ครูพี่เลี้ยงจำนวน 23 คน จากสถิติปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอแห่งนี้จำนวน 15 คน¹⁴



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อยู่ในตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสูงกับต่ำ อ้างอิงตามสถิติผู้ป่วยโรคมือเท้าปากปี พ.ศ. 2560 เลือกแบบเจาะจงตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยสูง ซึ่งมีเพียง 1 ตำบล และสุ่มอย่างง่ายจับสลากตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยต่ำจาก 3 ตำบล มา 1 ตำบล

จากนั้นคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดในตำบลนั้นๆ ในตำบลที่มีการระบาดสูง เลือกแบบเจาะจงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด ซึ่งมีเพียง 2 แห่ง และในตำบลที่มีการระบาดต่ำสุ่มอย่างง่ายจับสลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจาก 5 แห่ง สุ่มมา 3 แห่ง

จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่คัดเลือกได้ มี 2 กลุ่มคือ ครูพี่เลี้ยงกับผู้ปกครอง ในตัวอย่างที่เป็นครูพี่เลี้ยงจะสำรวจครูทุกคนตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่คัดเลือกจากข้างต้น ตำบลที่มีการระบาดสูงมี 8 คน ตำบลที่มีการระบาดต่ำมี 8 คน ส่วนตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากรายชื่อเด็กที่มาใช้บริการตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง ตามที่คัดเลือกข้างต้น โดยสุ่มรายชื่อตามสัดส่วนจำนวนเด็กทั้งหมดในแต่ละแห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างผู้ปกครองจากสูตร¹⁵

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot N \cdot \pi(1-\pi)}{Z^2_{\alpha/2} \cdot \pi(1-\pi) + (N-1) d^2}$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 (386)(0.90)(1-0.90)}{(1.96)^2 (0.90)(1-0.90) + (386-1)(0.05)^2}$$

$$n = 102.03$$

กำหนดค่าสัดส่วนประชากร (π) ด้วยค่าสัดส่วนตัวอย่าง P จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน¹⁶ ซึ่งวัดการปฏิบัติดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กได้ถูกต้องร้อยละ 94.1 ในที่นี้จึงกำหนด $P = .90$ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด (d) สำหรับค่าเฉลี่ยคือ $|\pi - P|$ ในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน .05 และค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ($Z_{\alpha/2}$) ที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ ($\alpha = .05$) เท่ากับ 1.96 N คือ ขนาดประชากรผู้ปกครองที่ทราบแน่ชัดเท่ากับ 386 คน จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นใกล้เคียงกัน ในกลุ่มครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการสูญหายของตัวอย่างร้อยละ 27¹⁷ แต่ด้วยบริบทสถานที่เก็บข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ทั้งครูและผู้ปกครองมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ดี ผู้วิจัยจึงป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบ และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล โดยกำหนดโอกาสสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 25 ทำให้เพิ่มตัวอย่างอีกจำนวน 26 คน ได้ตัวอย่างผู้ปกครองทั้งหมด 129 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 64-65 คน

จากนั้นคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ ดูแลเด็กเป็นระยะเวลาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่จำกัดเพศ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีผู้เข้าร่วมที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจตอบแบบสอบถาม และส่งคืนแบบสอบถามสมบูรณ์รวม 143 คน โดยในตำบลที่มีการระบาดสูงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 73 คน เป็นครูพี่เลี้ยง 8 คน ผู้ปกครอง 65 คน ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน เป็นครูพี่เลี้ยง 6 คน ผู้ปกครอง 64 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคติดต่อในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเกี่ยวกับระบาดวิทยา หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็ก (ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ถูกสุ่มเลือก รวมจำนวน 30 คน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร ใช้ประเมินทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแลของครูพี่เลี้ยง หรือที่อยู่ในความอุปการะของผู้ปกครอง ระยะเวลาทำงานของครูพี่เลี้ยง หรือดูแลเด็กของผู้ปกครอง ประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากมาก่อน แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากที่เคยได้รับ การรับรู้ประวัติเคยมีผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้ปกครอง หรือในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนั้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ใช้ประเมินทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ของ รัตติญา เจริญโชคพานิชย์ และเทพนาฏ พุ่มไพบูลย์¹⁸ ต้นฉบับมี 22 ข้อดัดแปลงเหลือจำนวน 18 ข้อ โดยคงรูปประโยคสรรพนาม รักษาเนื้อความเดิมไว้ รายละเอียดการดัดแปลง ได้แก่ หัวข้อสาเหตุและลักษณะโรคตัดออก 1 ข้อ หัวข้อการแพร่กระจายตัดออก 2 ข้อ หัวข้ออาการ การป้องกันและรักษาโรคเพิ่ม 1 ข้อ ข้อคำถามใจความว่า “การรักษาโรคมือเท้าปากเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ” หัวข้ออาการที่เป็นสัญญาณรุนแรงเตือนให้รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีตัดออก 2 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด เกณฑ์ให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

คะแนนรวมตั้งแต่ 0-18 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ¹⁸ การแปลผล ถ้าได้ 15-18 (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง 11-14 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 0-10 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ ค่า CVI เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นได้ค่า KR-20 เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก ใช้ประเมินทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของ รัตติญา เจริญโชคพานิชย์ และเทพนาฏ พุ่มไพบูลย์¹⁸ ต้นฉบับมี 13 ข้อ ดัดแปลงเหลือจำนวน 12 ข้อ โดยคงรักษาเนื้อความเดิมไว้ เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการเมื่อสงสัยว่าเด็กมีอาการคล้ายโรคมือเท้าปาก รายละเอียดการดัดแปลง ได้แก่ หัวข้อสุ่มลักษณะส่วนบุคคลทั้งเด็ก ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง ได้รวมเนื้อหาที่ใกล้เคียงกันเป็นข้อเดียวกันจำนวน 5 ข้อเหลือ 2 ข้อ หัวข้อการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคที่บ้านของผู้ปกครอง และที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของครูพี่เลี้ยง ไม่มีการดัดแปลง หัวข้อการเฝ้าระวัง คัดกรอง สังเกตอาการของโรค รวมถึงการจัดการเมื่อสงสัยว่าเด็กมีอาการคล้ายโรคมือเท้าปาก เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามของครูพี่เลี้ยงเป็นการสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กในขณะอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนลักษณะข้อคำถามของผู้ปกครองเป็นการสอบถามพฤติกรรมขณะดูแลเด็กที่บ้าน ซึ่งมีประเด็นคำถามเรื่องเดียวกัน ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์ให้คะแนน คำถามเชิงบวก ปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติน้อยมากให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน หากเป็นข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามเชิงบวก คะแนนรวมตั้งแต่ 12-48 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ¹⁸ แปลผลคะแนน ถ้าได้ 39-48 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับสูง



ได้ 29-38 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับปานกลาง และได้ 12-28 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับต่ำ ค่า CVI เท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .70

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{4,13,19} แบ่งเป็น 2 ส่วน

4.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้ประเมินพฤติกรรมทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ได้แก่ การได้รับข้อมูลคำแนะนำในการควบคุมโรคมือเท้าปาก การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่สาธารณสุขกำหนด เมื่อพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เกณฑ์คะแนน 0-4 ไม่เคยเกิดเหตุการณ์ให้ 0 คะแนน เรียงลำดับขึ้นไปจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 12-48 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ²⁰ ถ้าได้ 39-48 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับสูงได้ 29-38 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลางได้ 12-28 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ ค่า CVI = 1 และความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .74

4.2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก และการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นคำถามปลายเปิดใช้สัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงเป็นรายบุคคล เพื่อให้ทราบแนวปฏิบัติเดิมของครูพี่เลี้ยงว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ข้อคำถามมี 2 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1 เมื่อพบเด็กที่มีอาการสงสัยจะเป็นโรคมือเท้าปาก ท่านปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อ 2 หากมีการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ท่านปฏิบัติอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา เลขที่รับรอง 106/2017 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาเก็บข้อมูล และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยก็ได้ เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ ไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล พร้อมทั้งได้ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือขอความยินยอมในการทำวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ รักษาข้อมูลไว้ 2 ปี จึงทำลาย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมคณะวิจัย ให้เข้าใจรายละเอียดการใช้เครื่องมือการเก็บข้อมูลวิจัยและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2561

2. ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หัวหน้า/บุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอตัวแทนแต่ละ 1 คนในตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยสูงจำนวน 2 แห่ง และตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยต่ำ 3 แห่ง เพื่อคอยประสานงานเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง



3. ภายหลังได้รายชื่อครูพี่เลี้ยงทุกคน และรายชื่อผู้ปกครองจากการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยและทีมเข้าพบครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อขอความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยเลือกช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงสะดวกในเวลาเช้า หรือเย็น กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกตอบแบบสอบถามทันที ผู้วิจัยให้แบบสอบถามไปตอบที่บ้านและส่งแบบสอบถามคืนในวันต่อมาแก่ผู้ประสานงานในสถานะนั้นๆ ในกลุ่มครูพี่เลี้ยงผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 4.2 เป็นรายบุคคลเพิ่มเติมในช่วงเวลาหลังเลิกงาน

4. ผู้วิจัยและทีมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติพรรณนาในรูป ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าลำดับของค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความแตกต่างและเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวัง และป้องกันโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก ด้วยสถิติการทดสอบที แบบสองกลุ่มอิสระ (independent sample t-test) สำหรับกลุ่มผู้ปกครอง เนื่องจากข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที สำหรับกลุ่มครูพี่เลี้ยง เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย เลือกสถิตินอนพาราเมตริก คือ การทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test)

3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและแจกความถี่ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยง จัดกลุ่มเปรียบเทียบกับมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ผู้ปกครองจากทั้งสองตำบล รวม 129 คน แบ่งตำบลที่มีการระบาดสูง 65 คน ตำบลที่มีการระบาดต่ำ 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของสองกลุ่ม 47.81 ปี ($SD = 13.41$) ทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา กว่าร้อยละ 50 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากกว่าร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 12,043.10 บาท ($SD = 6,499.18$) และ 10,154.52 บาท ($SD = 1,279.35$) ตามลำดับ ใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ปกครองเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคมือเท้าปากร้อยละ 53.8 และ 82.8 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา จำนวนเด็กที่ดูแล ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ผู้ปกครองตำบลที่ระบาดสูง มากกว่าตำบลที่ระบาดต่ำ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และตำบลที่มีการระบาดต่ำเคยมีประสบการณ์ได้รับการอบรมโรคมือเท้าปากในปีที่ผ่านมา มากกว่าตำบลที่มีการระบาดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 129)

คุณลักษณะทางประชากร	ตำบลที่มีการระบาดสูง		ตำบลที่มีการระบาดต่ำ		ค่าสถิติ	p-value
	(n = 65)		(n = 64)			
	n	%	n	%		
เพศ					2.22 ¹	.140
ชาย	12	18.5	6	9.4		
หญิง	53	81.5	58	90.6		
ระดับการศึกษา					5.66 ¹	.340
ไม่ได้เรียน	1	1.5	0	0		
ประถมศึกษา	35	53.8	32	50.0		
ม.ต้น	10	15.4	13	20.3		
ม.ปลาย	14	21.5	11	17.2		
อนุปริญญา/ปวส.	2	3.1	7	10.9		
ปริญญาตรี	3	4.6	1	1.6		
เคยได้รับการอบรม/ข้อมูลโรคมือ เท้า ปาก ในปีที่ผ่านมา					12.48	< .001
ไม่เคย	30	46.2	11	17.2		
เคย	35	53.8	53	82.8		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อายุ (ปี)	50.42	13.09	45.16	13.31	2.26 ²	.030
รายได้ของครอบครัว	12,043.10	6,499.18	10,154.52	1279.35	-5.84 ²	< .001
จำนวนเด็กที่ดูแล	1.32	0.53	1.22	0.52	1.13 ²	.260

¹ สถิติไคร้สแควร์, ² สถิติที

ลักษณะทั่วไปของครูพี่เลี้ยงจำนวน 14 คน มาจากตำบลที่มีการระบาดสูง 8 คน ตำบลที่มีการระบาดต่ำ 6 คน เพศหญิงทั้งหมด ทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.5, 83.3 ตามลำดับ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ครูพี่เลี้ยงทั้ง 2 กลุ่มทุกคนเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคมือเท้าปาก

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของครูพี่เลี้ยงพบว่า ครอบครัวครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีรายได้มากกว่าครอบครัวครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$) นอกจากนั้น ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และอันดับที่ค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มครูที่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 14)

คุณลักษณะทางประชากร	ตำบลที่มีการระบาดสูง		ตำบลที่มีการระบาดต่ำ		ค่าสถิติ	p-value
	(n = 8)		(n = 6)			
	n	%	n	%		
เพศหญิง	8	100	6	100	-	-
ระดับการศึกษา						
ม.ปลาย	2	25.0	1	16.7	1.07 ¹	.590
ปริญญาตรี	5	62.5	5	83.3		
ปริญญาโท	1	12.5	0	0		
เคยการได้รับการอบรม/ข้อมูล	8	100	6	100	-	-
โรคมือเท้าปากในปีที่ผ่านมา						
	Mean Rank		Mean Rank			
อายุ (ปี)	6.94	-	8.25	-	19.50 ²	.560
รายได้ของครอบครัว	4.94	-	10.30	-	3.50 ²	.015
จำนวนเด็กที่ดูแล	8.25	-	6.50	-	18.00 ²	.440

¹ สถิติไคร์สแควร์, ² สถิติแมนวิทนี ยู

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก

กลุ่มผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมในระดับต่ำ ร้อยละ 87.7 และ 89.1 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากเท่ากับ 7.82 (SD = 2.85) และ 7.86 (SD = 2.25) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าทั้ง 2 ตำบลส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสาเหตุ และลักษณะทั่วไปของโรคในระดับต่ำร้อยละ 91.3 และ 96.9 ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถามในด้านดังกล่าวพบว่า ข้อที่มักตอบผิดได้แก่ โรคมือเท้าปากเกิดจากเชื้อแบคทีเรียใช่หรือไม่ และโรคมือเท้าปากมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าโรคปากเท้าเปื่อยใช่หรือไม่

กลุ่มครูที่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 75 (6 คน) ครูที่เลี้ยงร้อยละ 25 ไม่ได้เข้าอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้กับ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ได้รับความรู้จากช่องทางอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ เป็นต้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ครูที่เลี้ยงมากกว่าครึ่งมีความรู้ ด้านสาเหตุและลักษณะทั่วไปของโรคอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 62.5 (5 คน) ด้านการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.5 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำครูที่เลี้ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.3 (5 คน) ทุกคนหรือร้อยละ 100 ได้เข้าอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทุกคนมีการศึกษาความรู้จากช่องทางอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต ครูที่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้ให้ตนเองเพิ่มเติม เป็นต้น เมื่อพิจารณาความรู้รายด้านพบว่า ครึ่งหนึ่งของครูที่เลี้ยงมีความรู้ด้านสาเหตุของโรคอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50 ด้านการแพร่กระจายของโรคระดับปานกลางร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีความรู้การป้องกันรักษาโรคอยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.3



เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง ระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงกับตำบลที่คะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในขณะที่คะแนนความรู้ของครูพี่เลี้ยง ในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีค่าสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .01$) ดังตารางที่ 3 และ 4

3. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก

ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 66.2 ตำบลที่มีการระบาดต่ำอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 53.2 คะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเฉลี่ย 36.54 ($SD = 4.13$) และ 37.75 ($SD = 7.51$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคให้เด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเช้าเพียงร้อยละ 16.4 และ 29.9 ตามลำดับ

ส่วนครูพี่เลี้ยง ทั้งในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในระดับสูงร้อยละ 100 (ทุกคน) และ 83.3 (5 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ครูพี่เลี้ยงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่ได้ตรวจคัดกรองและสังเกตอาการของโรคมือเท้าปากของเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกครั้งสม่ำเสมอทุกเช้า พบร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองตำบล และไม่ได้ทำความสะอาดของเล่นหลังเด็กเล่นเสร็จทุกครั้ง พบร้อยละ 75 (6 คน) และ 100 (ทุกคน) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก ระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ พบว่าทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงมีคะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 3 และ 4

4. พฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กลุ่มผู้ปกครอง ตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากระดับปานกลางร้อยละ 61.5 ตำบลที่มีการระบาดต่ำอยู่ระดับสูงร้อยละ 93.8 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.28 ($SD = 9.28$) และ 38.39 ($SD = 1.96$) ตามลำดับ

พิจารณารายข้อพบว่า เมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว ผู้ปกครองยังมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่เคยตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กโดยใช้ไฟฉายส่องดูในช่องปาก ตรวจมือ และวัดไข้ก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 52.3 และ 6.3 ตามลำดับ อีกทั้งเมื่อพบว่าเด็กในปกครองของตนเข้าข่ายเป็นโรคมือเท้าปากหรือป่วยแล้ว ผู้ปกครองไม่ได้แจ้งชื่อและที่อยู่ของเด็กแก่ครู หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบทุกครั้ง ร้อยละ 10.8 และ 4.8 ตามลำดับ ตำบลที่มีการระบาดสูงมีผู้ปกครองไม่เคยศึกษาหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลการระบาดของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คำแนะนำการควบคุมโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบร้อยละ 26.15 ขณะที่ตำบลที่มีการระบาดต่ำ ผู้ปกครองมีประสบการณ์เคยหาข้อมูล หรือได้รับข้อมูลทุกคน แต่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพียงบางข้อ ได้แก่ การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กไม่ป่วยหรือไม่พาเด็กไปในที่แออัด ชุมชน พบร้อยละ 71.6 และ 88.1 ตามลำดับ

กลุ่มครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากในระดับสูงร้อยละ 100 (8 คน) และ 83.3 (5 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ครูพี่เลี้ยงทั้งในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่เคยตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กโดยใช้ไฟฉายส่องดูในช่องปาก ตรวจมือ วัดไข้ ก่อนเข้าโรงเรียนทุกเช้า ในตำบลที่มีการระบาดสูงพบร้อยละ 25 (2 คน) ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำพบถึงร้อยละ 66.7 (4 คน) โดยครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่มีไฟฉาย ปรอทวัดไข้ ไม่เพียงพอหรือบางแห่งไม่มีปรอทวัดไข้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก สูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$) ในขณะที่คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยงระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 3 และ 4



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครองระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 129)

คะแนนของผู้ปกครอง	ตำบลที่มีการระบาดสูง (65 คน)		ตำบลที่มีการระบาดต่ำ (64 คน)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก (พิสัย 0-15 คะแนน)	7.82	2.85	7.86	2.25	- .10	.92
2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก (พิสัย 12-48 คะแนน)	36.54	4.13	37.75	7.51	-1.14	.26
3. พฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก (พิสัย 12-48 คะแนน)	35.28	9.28	38.39	1.96	-2.63	.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอันดับที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของครูพี่เลี้ยงระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 14)

คะแนนของครูพี่เลี้ยง	ตำบลที่มีการระบาดสูง	ตำบลที่มีการระบาดต่ำ	U	p-value
	(8 คน)	(6 คน)		
	Mean Rank	Mean Rank		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	4.88	11.00	3.00	.005
2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก	7.13	8.00	21.00	.76
3. พฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากฯ	8.69	5.92	14.50	.23



5. การปฏิบัติเพื่อป้องกัน ควบคุม โรคมือเท้าปาก และการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของครูพี่เลี้ยง

จากการสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงรายบุคคลจำนวน 14 คน แบ่งตำบลที่มีการระบาดสูง 8 คน และระบาดต่ำ 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อป้องกัน ควบคุม และการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก^๖ ดังนี้

1) ครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง จากทั้งสองตำบล มีจำนวน 9 คนที่ปฏิบัติถูกต้องมีการตรวจสอบสุขภาพเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวันตามเกณฑ์ แต่มีจำนวน 3 คนในตำบลที่มีการระบาดต่ำบางแห่งไม่ได้ตรวจทุกวัน และจำนวน 2 คนในตำบลที่มีการระบาดสูง บางครั้งไม่ได้ตรวจสอบสุขภาพเด็กก่อนเข้าก่อนเข้าโรงเรียนตามมาตรการ ให้เหตุผลว่า “เด็กมาตอนเช้าจำนวนมาก ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ทัน จึงต้องตรวจหลังเข้าแถวหรือก่อนเข้าห้องเรียนแทน” ทำให้ไม่สามารถคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากทั้งสองตำบลมีอุปกรณ์ตรวจร่างกายไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีปรอทวัดไข้ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำตำบลละ 2 แห่ง และพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่มีการระบาดต่ำ 2 แห่ง ตำบลที่มีการระบาดสูงอีก 1 แห่ง แจ้งว่าไม่มีไฟฉายหรือมีไม่เพียงพอ จึงตรวจร่างกายไม่ละเอียด ดังคำกล่าวว่า “ต้องใช้มือสัมผัสผิวหนังเพื่อคลำดูว่าร้อนหรือไม่ และส่องดูแผล ตุ่มในช่องปากด้วยตาเปล่า เพราะไม่มีอุปกรณ์ตรวจ”

3) เมื่อพบเด็กที่มีอาการสงสัยเป็นโรคมือเท้าปาก ครูพี่เลี้ยงทั้งสองตำบลจะแยกเด็กให้ห่างออกจากคนอื่นๆ โดยครูพี่เลี้ยงบางคนให้เด็กใส่หน้ากากอนามัยไว้ ครูพี่เลี้ยงบางคน

ไม่ได้ให้เด็กใส่หน้ากากอนามัย แต่ทั้งหมดไม่ได้แยกเด็กที่สงสัยเป็นโรคมือเท้าปากไปอยู่ห้องแยกจากเด็กคนอื่น เนื่องจากพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่งในตำบลที่มีการระบาดสูง และ 2 แห่งในตำบลที่มีการระบาดต่ำ ไม่มีห้องแยกสำหรับเด็กที่สงสัยเป็นโรคมือเท้าปาก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดสูงและต่ำตำบลละ 1 แห่ง มีห้องแยกแต่มีครูพี่เลี้ยงจำนวนน้อย ไม่สามารถเข้าไปดูแลเด็กในห้องแยกได้ จึงต้องให้เด็กมาอยู่ในห้องร่วมกับเด็กคนอื่นระหว่างรอผู้ปกครองมารับ ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อแก่เด็กคนอื่นๆ ได้

4) ครูพี่เลี้ยงทั้งสองตำบลจะแจ้งชื่อ ที่อยู่ของเด็กแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบทันที เมื่อได้รับการยืนยันว่าเด็กเป็นโรคมือเท้าปากจริง รวมถึงลดกิจกรรมบางอย่างของเด็กทำความสะอาดสถานที่ตามมาตรการที่กำหนด แต่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดต่ำ 2 แห่ง มีน้ยาทำความสะอาดไม่เพียงพอต่อการใช้งานในบางครั้ง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน้อย จึงทำความสะอาดไม่ทั่วถึง

5) ในตำบลที่มีการระบาดสูงพบว่า เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือเท้าปาก บางคนหยุดเรียนไม่ครบ 7 วันตามแพทย์สั่ง ซึ่งยังไม่พ้นระยะแพร่เชื้อ แต่ผู้ปกครองให้เด็กมาเรียนก่อนกำหนด ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อแก่เด็กรายอื่น ถึงแม้ครูพี่เลี้ยงมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองแล้วก็ตาม ซึ่งมักพบในผู้ปกครองของเด็กที่ให้ความใส่ใจในการดูแลเด็กน้อย และเป็นเด็กที่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคมือเท้าปากมาในปีก่อนๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้การควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยากขึ้น

6) ในตำบลที่มีการระบาดสูงพบว่า เด็กบางคนป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก ขาดเรียนอยู่บ้าน แต่ผู้ปกครองไม่แจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยให้ครูพี่เลี้ยงรับทราบโดยเร็ว ทำให้การดูแลป้องกันการติดเชื้อให้เด็กคนอื่นๆ ซ้ำออกไปและอาจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมักพบในผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมการประชุมผู้ปกครองก่อนเปิดภาคการศึกษา และครูพี่เลี้ยงแจ้งว่าบางครั้งการประชุม



ผู้ปกครองมักจะเน้นเรื่องการเรียนมากกว่าการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคที่มักเกิดกับเด็ก จึงอาจทำให้ผู้ปกครองขาดข้อมูล ไม่ทราบแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

7) จำนวนครูที่เลี้ยงไม่เพียงพอ สัดส่วนครูต่อเด็กมากเกินไป (มาตรฐาน 1:10 คน) ในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ มีสัดส่วนเฉลี่ย 1:17 คนและ 1:14 คน ตามลำดับ อาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพเด็กไม่เป็นไปตามมาตรฐาน โดยเฉพาะด้านการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปาก

การอภิปรายผล

กลุ่มผู้ปกครอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คະแนนความรู้ของผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำและสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ โดยตำบลที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ตำบล ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 40-60 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาเกี่ยวกับความจำที่ลดลง อีกทั้งข้อจำกัดความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากอาจเป็นประเด็นเฉพาะด้านการแพทย์ จึงทำให้ยากต่อการจดจำและทำความเข้าใจ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้ปกครองทั้งสองตำบลมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา จึงมีคะแนนความรู้โรคมือเท้าปากอยู่ในระดับต่ำทั้งคู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์ และเทพนาฏ พุ่มไพบุลย์ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก โดยผู้ปกครองที่ไม่ได้เรียน หรือจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา มีคะแนนความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป¹⁸

ประกอบกับเมื่อพิจารณาคุณลักษณะประชากรของตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำ เคยมีประสบการณ์รับการอบรมเรื่องโรคมือเท้าปากในรอบปีที่ผ่านมา มากกว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงอาจเป็นเหตุให้มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงเพียงเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก

ระดับคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองระหว่างตำบลที่มีการระบาดต่ำกับสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในระดับปานกลาง^{9,21} แต่มีบางงานวิจัยที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่มีการปฏิบัติป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง^{3,11,22} จากการศึกษาครั้งนี้พบผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำ มีพฤติกรรมตรวจคัดกรองและสังเกตอาการโรคมือเท้าปากให้เด็กทุกเข้าก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มากกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงเพียงเล็กน้อยร้อยละ 29.9 และ 16.4 ตามลำดับ จึงทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555⁸ ที่กำหนดให้ผู้ปกครองควรตรวจคัดกรอง และสังเกตอาการป่วยเป็นโรคมือเท้าปากของเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน และหากมีอาการป่วยควรให้หยุดเรียนทันที เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กคนอื่น สาเหตุอาจมาจากผู้ปกครองทั้งสองตำบลมีความรู้ในเรื่องอาการของโรคมือเท้าปากอยู่เพียงระดับปานกลางร้อยละ 64.6 และ 79.7 ตามลำดับ บางส่วนไม่ทราบว่าต้องสังเกตอาการใดบ้างที่บ่งบอกว่า เป็นโรคมือเท้าปาก จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมเฝ้าระวัง



และป้องกันโรคมือเท้าปากไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการตรวจคัดกรองและสังเกตอาการของโรคมือเท้าปากให้เด็กทุกเข้าก่อนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้โรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

3. พฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มผู้ปกครองในที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงกว่าตำบลที่ระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐาน โดยผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากระดับปานกลาง ตำบลที่มีการระบาดต่ำอยู่ระดับสูง จากมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน พ.ศ. 2555⁸ กำหนดให้เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองต้องสังเกตอาการของเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน หากพบมีอาการคล้ายโรคมือเท้าปากควรให้หยุดเรียนอย่างน้อย 7 วัน พาเด็กพบแพทย์ พร้อมแจ้งชื่อให้ครูพี่เลี้ยงทราบทุกครั้ง แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แม้มีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงกว่าครั้งก็ยังไม่ตรวจสอบสุขภาพเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเมื่อพบว่าเด็กมีอาการเข้าข่ายเป็นโรคมือเท้าปาก หรือป่วยเป็นโรคแล้ว มีการแจ้งชื่อ ที่อยู่เด็กแก่ครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ของครูพี่เลี้ยงพบว่า ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูง แม้ทราบว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือเท้าปากแล้ว ก็ยังไม่แจ้งชื่อแก่ครูพี่เลี้ยง แต่กลับให้เด็กมาเรียนก่อนกำหนด ซึ่งมักพบในผู้ปกครองของเด็กที่ให้ความใส่ใจในการดูแลเด็กน้อย และเป็นเด็กที่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคมือเท้าปากมาในปีก่อนๆ

ผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมผู้ปกครองก่อนเปิดภาคการศึกษา อีกทั้งยังพบว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงร้อยละ 26.15 ไม่เคยศึกษาหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลการระบาดของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คำแนะนำการควบคุมโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะที่ตำบลที่มีการระบาดต่ำ ผู้ปกครองมีประสบการณ์เคยหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลทุกคน เหล่านี้จึงอาจเป็นหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงมีพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยกว่าตำบลที่มีการระบาดต่ำ

กลุ่มครูพี่เลี้ยง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐาน โดยตำบลที่มีการระบาดสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำ โดยพบว่าครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง ไม่ได้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 25 ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยทุกคนร้อยละ 100 ได้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในปีที่ผ่านมา เหล่านี้จึงอาจเป็นสาเหตุให้ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมนึก เลิศสุโภชนิษฐ์ และคณะ²³ พบว่าประสบการณ์ได้รับการอบรมดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาลักษณะความรู้รายด้าน พบว่าทั้ง 2 ตำบลมักมีความรู้เรื่องสาเหตุของโรคในอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้เรื่องการแพร่กระจายของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง มักตอบผิดด้านการ



ป้องกันรักษาโรค ได้แก่ ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคมือเท้าปาก ในปัจจุบัน (ตอบผิด 5 คนใน 8 คน) แอลกอฮอล์เจลสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้ (ตอบผิด 6 คน) และการรักษาโรคมือเท้าปากทำได้เพียงบรรเทาอาการเท่านั้น ยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ (ตอบผิด 6 คน) สอดคล้องกับผลศึกษาของ บุญเลิศ จันทร์หอม¹⁶ พบว่าร้อยละ 5 ของผู้ดูแลเด็กตอบคำถามไม่ถูกต้องเรื่องแหล่งแพร่เชื้อโรค อาการ การป้องกันของโรคเหล่านี้จึงอาจเป็นเหตุให้มีความรู้ด้านนี้ไม่เพียงพอ

2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก

ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่ระดับต่ำกว่าสูง มีคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าทั้ง 2 ตำบลมีพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลศึกษาที่ผ่านมา พบว่าครูพี่เลี้ยงมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับดี^{11,24-25} เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของครูพี่เลี้ยงพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป อาจทำให้ระดับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าปากสูงกว่ากลุ่มที่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี²⁶ แต่การศึกษครั้งนี้พบพฤติกรรมตรวจคัดกรองสุขภาพให้เด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเข้าของครูพี่เลี้ยงทั้งสองตำบลมีเพียงร้อยละ 50 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรคกำหนด และขัดแย้งกับผลศึกษาในครูของสถานบริการเลี้ยงเด็ก เขตเทศบาลนครขอนแก่น ที่มีการเฝ้าระวังตรวจเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงถึงร้อยละ 90.9¹⁰ หากพิจารณาเหตุผลที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์นั้น จากข้อมูลสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงพบว่าอาจเกิดจากตอนเช้ามีเด็กมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพร้อมกันจำนวนมาก ไม่มีการจัดระเบียบเด็กจึงตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กไม่ทัน ไม่ครบทุกคน อีกทั้งบางแหล่งขาดอุปกรณ์คัดกรอง ได้แก่

ปรอทวัดไข้ ไฟฉาย ทำให้ไม่สามารถคัดกรองสุขภาพให้เด็กก่อนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเข้าอย่างละเอียดตามมาตรการได้

3. พฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำมีค่าเฉลี่ยลำดับคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าทั้ง 2 ตำบลมีพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับสูง แต่ในตำบลที่มีการระบาดสูงยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ดีพอ จากข้อมูลสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงพบว่า ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองในการควบคุมโรคเท่าที่ควร ได้แก่ แม้ผู้ปกครองทราบว่าเด็กป่วย ขาดเรียนอยู่บ้าน แต่ไม่มีการแจ้งรายชื่อให้ครูพี่เลี้ยงรับทราบ ทำให้การดูแลป้องกันการติดเชื้อให้เด็กคนอื่นๆ ซ้ำออกไป และอาจไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งเมื่อเด็กป่วยโรคมือเท้าปาก ผู้ปกครองให้เด็กหยุดเรียนไม่ครบ 7 วันตามคำสั่งแพทย์ และให้เด็กมาเรียนก่อนกำหนด อาจเพิ่มโอกาสแพร่เชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควบคุมโรคมือเท้าปากไม่ได้ จึงมีสถิติการระบาดสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการที่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมโรค ให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนทันที และให้หยุดเรียนต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะหายเป็นปกติ มีความสัมพันธ์กับจำนวนเด็กป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยทำให้พบเด็กป่วยลดลงถึงร้อยละ 88.5²⁷ ดังนั้นการให้ความร่วมมือของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังโรค เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยควบคุมโรคมือเท้าปากไม่ให้แพร่กระจายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และช่วยลดสถิติการระบาดของโรคได้ อีกหนึ่งเหตุผลจากการสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงในการศึกษานี้ พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองตำบลขาดหรือได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ ไฟฉาย น้ำยาทำความสะอาดทั่วไป



แอลกอฮอล์เจลล้างมือ งบประมาณจัดทำห้องแยกเด็กป่วย จำนวนครูพี่เลี้ยงดูแลเด็ก เหล่านี้อาจมีส่วนทำให้ครูพี่เลี้ยง ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขได้^{๑๑} สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยง พบว่าความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น^{๒๔,๒๘} กำลังคน^{๒๙} มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุม ป้องกันโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีทรัพยากรที่เพียงพอ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งด้านงบประมาณ กำลังบุคคล มีผลให้ครูพี่เลี้ยงมีพฤติกรรม ควบคุมโรคมือเท้าปากได้ถูกต้องมากขึ้น สามารถดำเนินการ ควบคุมการระบาดของโรคได้ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองทั้งในตำบลที่มีการระบาดของ โรคสูงและต่ำ ยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับ ต่ำทั้งคู่ แต่ในตำบลที่มีการระบาดต่ำ มีพฤติกรรมควบคุมโรค เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดีกว่าตำบลที่มีการระบาดสูง โดยผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับโรคในเรื่องสาเหตุและ ลักษณะทั่วไปของโรค การป้องกันโรค การมีพฤติกรรมป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในขณะที่ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีความรู้ในระดับ สูงกว่าในตำบลที่มีการระบาดสูง และทั้งสองตำบล มีพฤติกรรมควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อยู่ในระดับสูงทั้งคู่ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดบางอย่างที่ทำให้ครูพี่เลี้ยง ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของ โรคมือเท้าปาก ได้แก่ ขาดน้ำยาทำความสะอาด

อุปกรณ์ตรวจคัดกรองโรค ไม่มีห้องแยกเด็กป่วยในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก อีกทั้งสัดส่วนของครูต่อเด็กเกินมาตรฐาน อาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลเด็กไม่เป็นไปตามมาตรการ ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และบางครั้งผู้ปกครอง ไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุม ป้องกันโรค จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรส่งเสริม เร่งรัดการพัฒนาให้ทั้งผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงได้มีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก โดยเฉพาะ ประเด็นสาเหตุ การแพร่เชื้อ การป้องกันควบคุมโรค รวมถึง การตรวจคัดกรอง สังเกตอาการของโรคเบื้องต้น การจัดการเมื่อพบเด็กสงสัยหรือป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก โดยจัดให้มีการทบทวนความรู้ทุกๆ ปีก่อนเปิดภาค การศึกษา อีกทั้งควรประเมินความรู้ของครูพี่เลี้ยงและ ผู้ปกครอง พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ครูพี่เลี้ยงและ ผู้ปกครองทราบทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน สามารถประยุกต์ใช้ปฏิบัติจริงในการป้องกันและ ควบคุมโรคแก่เด็กเล็กในแนวทางเดียวกันตามมาตรการ ของกระทรวงสาธารณสุข

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มีระบบการเฝ้า ระวังโรค โดยทุกภาคส่วนจากชุมชน ไม่เพียงเฉพาะ ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงเด็ก เนื่องจากเด็กใช้ชีวิตอยู่ใน ชุมชน เช่น การให้สุขศึกษาแก่ชุมชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น อย่างเพียงพอในการควบคุมป้องกันโรค งบประมาณ เพิ่มอัตรากำลังครูพี่เลี้ยง ให้ได้ตามมาตรฐาน (1:10) เพื่อให้ ครูพี่เลี้ยงปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ดูแลเด็กได้ทั่วถึง และเด็กในชุมชน ปลอดภัยจากโรคมือเท้าปาก



References

1. Phuenpa J. Genome characterization of human enterovirus 71 and coxsackievirus A16 in Thai pediatric patients with hand foot and mouth disease during 2009-2010 [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. 76 p. (in Thai).
2. Chokephaibulkit K. Hand foot mouth disease and enterovirus 71 [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2016 [cited 2017 Dec 13]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=492>. (in Thai).
3. Phupiufa S. Health behaviors related to preventing disease of hand foot and mouth disease of caregivers child care in child development center Huai Mek District, Kalasin. Research and Development Health System Journal. 2014;7(1):143-51. (in Thai).
4. Poovorawan Y. Hand foot and mouth disease. In: Luangon W, editor. Practice guidelines for hand foot and mouth disease and enterovirus 71 for medical and public health personnel in 2014. Bangkok: Printing Office War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2014. p.3-8. (in Thai).
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Symptoms of hand foot mouth [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11. (in Thai).
6. Division of Innovation and Research, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Prevention research program control disease and health hazards 2019-2021 [Internet]. Nonthaburi: Division of Innovation and Research, Department of Disease Control; 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0000/00000275.PDF>. (in Thai).
7. Khuntayaporn P. Hand foot and mouth disease in children [Internet]. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2016 [cited 2016 Dec 13]. Available from: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/352>. (in Thai).
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Surveillance approach prevent and control the spread of hand foot and mouth disease for child care centers 2012. 11 p. (in Thai).
9. Sribenchamas N, Samruayruen K, Srijaroen W. Factors affecting health behavior prevention of hand foot and mouth disease among guardians at the child development center in Pitsanulok Province. PSRU Journal of Science and Technology. 2017;2(3):9-19. (in Thai).
10. Aiewtrakun J, Chotivanich W, Mungwatthana P, Nuangpho W, Thitisuriyarax S, Suwan S, et al. Knowledge and practice in prevention and control of hand, foot and mouth disease in child care centers in Khon Kaen Municipality. Srinagarind Medical Journal. 2012;27(3):250-7. (in Thai).



11. Sangnimitchaikul W, Rutchanagul P. Factors predicting preventive health behavior regarding hand foot and mouth disease among pre-kindergarten's caretakers and parents. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2015;21(3): 336-51. (in Thai).
12. Yenjai P. Deesamer S. Saengchai R, Kadtan W. Factor affecting health-protective behavior of hand, foot and mouth disease among parent and babysitters of pre-school children at Day-Care Center in Seeboathong Sub-district, Angthong Province [Internet]. Bangkok: Bangkokthonburi University; 2017 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <https://bit.ly/3AK6Z72>. (in Thai).
13. Nakhonratchasima Health Provincial Office. General information and status health Nakhon Ratchasima Province [Internet]. Nakhon Ratchasima: Nakhonratchasima Health Provincial Office; 2017 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://www.korathealth.com/korathealth/download/attractfile/15154252023.pdf>. (in Thai).
14. Bua Lai District Health Office. Number of hand foot and mouth disease patients in Bua Lai District, Nakhon Ratchasima Province 2014-2017. Nakhon Ratchasima: Bua Lai District Health Office; 2017. 4 p. (in Thai).
15. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. New York: Wiley & Sons; 2005. 944 p.
16. Junhom B. The practice of caregivers and child health care in the prevention of hand foot and mouth disease childcare centers, Laplae District, Uttaradit Province [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. 74 p. (in Thai).
17. Rattanamanee K, Khamngoen R, Saetew P. Knowledge, attitudes, and practices on the prevention and control of pandemic influenza Type A H1N1 2009 among teachers child care providers in nurseries located in Surat Thani Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2012;22(3):26-38. (in Thai).
18. Charoenchokpanit R, Pumpaibool T. Knowledge attitude and preventive behaviors towards hand foot and mouth disease among caregivers of children under five years old in Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*. 2013;27(5): 281-6. (in Thai).
19. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Hand, foot and mouth disease situation report Thailand 2014 and situation of hand, foot and mouth disease in educational institutions in the district Bangkok (506 Report, Week 51: 30 December 2014) [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control; 2015 [cited 2017 Dec 27]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20150106_66194901.pdf. (in Thai).
20. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, handbook I: cognitive domain. New York: David Mckay; 1956. 207 p.



21. Boonsorn W. The factors affecting prevent hand foot mouth disease of mother in kindergarten of Thammasat University. Pathumthani: Unit Health Promotion, Thammasat University Hospital; 2015. 34 p. (in Thai).
22. Nuankerd K, Mekrungrongwong S. Factors affecting the prevention behavior of hand foot mouth disease among guardians in Child Development Centers. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(1):107-19. (in Thai).
23. Lertsuphotvanit S, Phadoongmai M, Nak-ai W, Yoocharoen P. Knowledge, attitude and practice regarding prevention and control of communicable diseases in children among child care workers and parents, 2017. Disease Control Journal. 2018;44(2):207-16. doi: 10.14456/dcj.2018.19. (in Thai).
24. Weiangkham D, Ponmark J, Thisara P, Samerchuea S. Predictors of preventive behaviors for hand foot and mouth disease among caregivers in childcare center. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(2):16-24. (in Thai).
25. Provincial Office for Local Administration, Department of Local Administration, Ministry of Interior. Standards of childcare center operations of the local government organization fiscal year 2016 [Internet]. Tak: Provincial Office for Local Administration; 2017 [cited 2018 Dec 9]. Available from: https://www.taklocal.org/govdoc_detail.php?id=7623. (in Thai).
26. Kaseatsuntorn S, Kasatpibal N, Chitreecheur J. Factors predicting intention to screen for hand foot and mouth disease among child care attendants in child development centers in the south. Nursing Journal. 2015;42(1):74-84. (in Thai).
27. Panichakul T, Patumasut P, Somboon S. Absence from school reduces spreading of hand-foot-mouth disease in school. SDU Research Journal Humanities and Social Science. 2012;5(2):1-12. (in Thai).
28. Chanakun U. Behavior of teachers for control and prevention of hand foot mouth disease in childcare centers Mueang District, Krabi Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2015; 3(3):453-68. (in Thai).
29. Anon K, Thanapop C, Sweatsriskul P, Rattanasuwan P. Administrative factors and preventive practice towards hand, foot and mouth disease control among caregivers in Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Safety and Health. 2015;8(29):13-26. (in Thai).