



การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา



**DEVELOPMENT OF THE PREVENTION AND CONTROL MODEL FOR
HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILD CARE CENTER,
SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

2018

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS

**DEVELOPMENT OF THE PREVENTION AND CONTROL MODEL FOR
HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILD CARE CENTER,
SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

2018

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

DEVELOPMENT OF THE PREVENTION AND CONTROL MODEL
FOR HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILD CARE CENTER,
SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE

ผู้วิจัย นายสราวุธ อัมพร

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ
(ดร.เพ็ญมาศ สุกนธจิตต์) ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ดร.ธนัชฐา คิชสุวรรณ)

..... กรรมการและเลขานุการหลักสูตร
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
(ดร.วันลก คิชสุวรรณ)

..... กรรมการจากบัณฑิตศึกษา
(ดร.พิพัฒน์ ลิ้มปะนะพิทยาธร)

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา รับรองวิทยานิพนธ์แล้ว

..... รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน
(ดร.พิพัฒน์ ลิ้มปะนะพิทยาธร) อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

วันที่..... เดือน พ.ศ.



ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา
ผู้วิจัย	นายสรารุช อัมพร ปีการศึกษา 2561
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร.เพ็ญมาศ สุกนธจิตต์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.ธนัชฐา ดิษสุวรรณ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแบบและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา โดยเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 65 คน ผู้ปกครอง 65 คน และผู้ดูแลเด็ก 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 การพัฒนาแบบและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนกลับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก แบบประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากและแบบสังเกตการพัฒนา มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test และ One – way repeated measures ANOVA ที่ระดับ $\alpha = .05$

หลังจากดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 5 เดือนพบว่า ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้น เด็กและผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดีขึ้น ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้น และมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาแบบ นอกจากนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์เด็กป่วยลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลัง ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นแบบเชิงรุกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

Thesis Title	Development of the Prevention and Control Model for Hand Foot and Mouth Disease in Child Care Center, Sadao District, Songkhla Province
Researcher	Mr.Sarawut Amporn Academic year: 2018
Degree	Master of Public Health Program In Community Health
Advisors	1. Dr.Penmat Sukhonthachit 2. Dr.Thanittha Ditsuwan

Abstract

This study was action research and aimed to develop a model and evaluate its effectiveness for the prevention and control of Hand Foot and Mouth Disease (HFMD) in Padangbazar child care center, Sadao District, Songkhla Province. This study included 65 children with 65 parents and 15 caregivers and was conducted April to September 2017. The model development comprised 4 phases: planning, action, observation, and reflection. The research tools used in this study were questionnaires regarding the knowledge of HFMD for caregivers and parents, the health behavior observation form for children and caregivers, the environmental evaluation form for the child care center, the participation questionnaires for caregivers, as well as the surveillance system for HFMD. Data were analyzed using descriptive statistics and expressed as the percentage, mean and standard deviation. The effectiveness of the developed model was determined by a paired t-test and one-way repeated measures ANOVA at a significant level of 0.05.

The developed model showed that caregivers and parents significantly gained better knowledge for HFMD and the health behaviors of children and caregivers effectively were improved after five months of operation. The caregivers' participation in the prevention of HFMD also obviously increased in this developed model. Moreover, we found that the environment and surveillance system in the child care center were significantly improved compared to the pre-developed model at a significant level of 0.05. Importantly, the developed model successfully reduced the incidence of illness, compared to the same period of the past three years, Therefore, it could be an alternative approach for the prevention and control of HFMD in other child care centers with similar contexts.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์ของบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้
 ดร.เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและ ดร.ธนียฐา ดิษสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์
 ฉบับนี้ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ ดร.วันลก ดิษสุวรรณ นางสาวบงกช เชี่ยวชาญยนต์
 นางสาวจดี สุขโข ที่กรุณาให้คำแนะนำและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณนายพัฒนา ฤทธิณรงค์ ปลัดเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ นางสาวณภัทร วิทยาพันธ์
 ผู้อำนวยการกองการศึกษา นางวรัญญา เพ็ญฟูจร ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมือง
 ปาดังเบซาร์ ตลอดจนผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง นักเรียน และเจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์
 ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมืออย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บังคับบัญชาทุกระดับและบุคคลในครอบครัว ที่ให้โอกาสใน
 การศึกษาและสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ตลอดจนคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ของบัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ที่ให้คำแนะนำขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ
 การศึกษา จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สราวุธ อัมพร

สิงหาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญ	(4)
สารบัญตาราง.....	(6)
สารบัญภาพ.....	(9)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ข้อมูลทั่วไปอำเภอสะเตาะและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ	9
สถานการณ์โรคมือเท้าปากอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา	12
แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ	14
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	18
มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ	19
บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็ก.....	25
การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย	28
สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	31
แนวทางเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม โรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	33
การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังควบคุมโรค	39
การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
แบบแผนการวิจัย	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ	58
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	62
ตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....	67
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
สรุปผล	94
อภิปรายผล	101
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	112
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เครื่องมือ	114
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118
ภาคผนวก ง การหาคุณภาพเครื่องมือ	128
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการวิจัย	136
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม	138
ภาคผนวก ช แบบสอบถามเฉพาะรายโรคมือเท้าปาก.....	144
ประวัติผู้วิจัย	149

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา	11
2 กิจกรรมการพัฒนารูปแบบทั้ง 5 ด้านและการเก็บรวบรวมข้อมูล	54
3 แผนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ	55
4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก	67
5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก	69
6 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก	70
7 ระดับความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนพัฒนาความรู้	71
8 ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองก่อนและหลังพัฒนาความรู้จำแนกรายข้อ	71
9 ระดับความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากหลังพัฒนาความรู้	72
10 เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองก่อนพัฒนา ความรู้และหลังพัฒนาความรู้	73
11 ระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนพัฒนาความรู้	73
12 ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาความรู้จำแนกรายข้อ.....	74
13 ระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องโรคมือเท้าปากหลังพัฒนาความรู้	75
14 เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนา ความรู้และหลังพัฒนาความรู้.....	75
15 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือนจำแนกรายข้อ	76
16 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นเตรียมอนุบาลและชั้นอนุบาลก่อนพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายข้อ	77
17 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน.....	78
18 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน และ 5 เดือน.....	78
19 การทดสอบรายกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ 3 และ 5 เดือน.....	79
20 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือนจำแนกรายข้อ.....	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
21	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน.....	80
22	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน 5 เดือน.....	81
23	การทดสอบรายคู่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ 3 เดือน 5 เดือน.....	81
24	การประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือนจำแนกรายข้อ.....	82
25	เปรียบเทียบคะแนนการประเมินสิ่งแวดล้อมก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนา สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน.....	83
26	การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนาสิ่งแวดล้อมของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน.....	83
27	การทดสอบรายคู่การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนา สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน.....	84
28	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา ก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม.....	86
29	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติการก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม.....	87
30	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม.....	87
31	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม.....	88
32	การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนพัฒนาและหลัง พัฒนา 1 และ 2 เดือนจำแนกรายข้อ.....	89
33	การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากหลังพัฒนา 3,4 และ 5 เดือนจำแนกรายข้อ	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
34	เปรียบเทียบคะแนนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคก่อนกับหลัง การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค มือเท้าปาก 1,2,3,4 และ 5 เดือน.....	91
35	วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อน การพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือน.....	91
36	การทดสอบรายคู่การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อน การพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือน.....	92
37	เปรียบเทียบอุบัติการณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในเดือน พฤษภาคม- กันยายน ปี พ.ศ. 2560 เปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปี ย้อนหลัง.....	93



สารบัญญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
2	แผนที่อำเภอสะเดา.....	9
3	จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี 2559 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง.....	12
4	จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือน ตั้งแต่ปี 2557- 2559 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี.....	13
5	อัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของอำเภอสะเดาและจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2554 - 2558	13
6	อาการแสดงของโรคมือเท้าปาก.....	19
7	ล้างมืออย่างไรให้สะอาด.....	38
8	วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988).....	43
9	การสุ่มกลุ่มตัวอย่างของเด็กเพื่อสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ.....	52
10	รูปแบบการป้องกันควบคุม โรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....	95



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมือเท้าปากสามารถติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากจมูก ลำคอ น้ำลาย และน้ำจากตุ่มใส รวมถึงอุจจาระของผู้ป่วยที่มีเชื้ออยู่ และสามารถติดต่อโดยทางอ้อมจากการสัมผัสของเล่นพื้นผิวสัมผัสที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ อาหารหรือน้ำดื่มที่ปนเปื้อนเชื้อ มือของผู้เลี้ยงดู โดยสถานที่ที่มักพบการระบาดของโรคได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ช่วงเวลาที่มักพบการระบาดของโรคนี้คือช่วงฤดูฝนเข้าสู่ฤดูหนาว ในอดีตโรคมือเท้าปากได้มีการระบาดครั้งใหญ่ในประเทศต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย พบเด็กป่วย 2,628 ราย เสียชีวิต 50 ราย ปี พ.ศ. 2541 มีการระบาดใหญ่ในประเทศไต้หวันและฮ่องกงมีผู้ป่วย 129,106 ราย เสียชีวิต 78 ราย และมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางระบบประสาท 405 ราย ปี พ.ศ. 2543 ประเทศสิงคโปร์พบผู้ป่วย 3,790 ราย ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 4 ปี เสียชีวิต 4 ราย เป็นเด็กอายุ 14 เดือนและอีก 3 ราย อายุประมาณ 2 ปีครึ่งซึ่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 รายพบเชื้อเอนเทอโรไวรัสในปี 2560 ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีผู้ป่วยในประเทศจีนแล้ว 78,750 ราย โดยเริ่มระบาดตั้งแต่เดือนมีนาคมถึง สิงหาคมของทุกปี ประเทศญี่ปุ่นพบผู้ป่วย 358,764 ราย ประเทศสิงคโปร์ 780 ราย ทั้งสามประเทศดังกล่าวข้างต้น ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต (World Health Organization, 2018)

สำหรับประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังโรคจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส ทางห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2541 หลังพบการระบาดของโรคที่ประเทศมาเลเซีย โดยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ทำการสอบสวน โรคและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งในระยะแรกเป็นการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ใน 14 โรงพยาบาลและขยายเป็นการเฝ้าระวังทั่วประเทศใน พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ปี พ.ศ. 2556-2560 ประเทศไทยพบผู้ป่วยจำนวน 32,019, 50,281, 64,317, 79,910 และ 64,918 ราย และเสียชีวิต 2 รายตามลำดับ อายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับคือ 1 ปี (25.63 %) 2 ปี (23.81 %) 3 ปี (18.21 %) ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา รายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจากพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง รวม 1,064 ราย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่จังหวัดพัทลุง สตูล และสงขลา สถานการณ์โรคมือเท้าปากจังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2556 - 2560 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจำนวน 748, 692, 817, 758 และ 920 ราย ตามลำดับ พื้นที่อำเภอสะเดาในปี พ.ศ. 2556 - 2560 พบผู้ป่วย

จำนวน 25, 46, 87, 89 และ 95 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14.05, 37.27, 70.49, 72.11 และ 75.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการพบผู้ป่วยที่เป็นเด็กเพิ่มขึ้นทุกปีในระหะห้าปีย้อนหลังมานี้ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, 2561)

จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าโรคมือเท้าปากนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และจากการลงสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของอำเภอสะเตาะโดยผู้วิจัย พบว่าปัญหาหลักที่ทำให้การควบคุมการติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร คือการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคยังขาดรูปแบบที่สามารถปรับใช้ได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และจากการศึกษาของ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียรและคณะ (2541) พบว่าการอบรมให้ความรู้เรื่องการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พบบ่อยในเด็กเล็กให้แก่ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กร่วมกับการดำเนินการควบคุมโดยผู้มีความรู้ทางด้านการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อสามารถลดอุบัติการณ์การระบาดของในสถานเลี้ยงเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ พาณิชย์กุลและคณะ (2553) ซึ่งพบว่าการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคมือเท้าปากอย่างใกล้ชิดของโรงเรียนในกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่งสามารถลดการระบาดของโรคมือเท้าปากได้

ปี 2560 อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลาพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง โดยการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำให้ต้องมีการหยุดการเรียนการสอนจำนวน 6 แห่ง จากทั้งหมด 24 แห่ง และการลงสำรวจข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ปิดเรียน พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ยังดำเนินการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากไม่ถูกต้องครบถ้วนตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ไม่มีการคัดกรองหาเด็กป่วยก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงที่มีการระบาดของโรค ไม่ทำความสะอาดห้องเรียน ของเล่น ของใช้ส่วนตัว กรณีพบเด็กป่วยหนึ่งคน ไม่แจ้งข่าวการพบเด็กป่วยต่อผู้เกี่ยวข้องของครู กรณีพบเด็กป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นต้น เหล่านี้ทำให้เกิดการระบาดของโรคขึ้นทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนำไปแพร่เชื้อต่อในชุมชนที่เด็กเหล่านั้นอาศัยอยู่ อีกทั้งการระบาดของโรอยังเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กเล็กที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองฝากเลี้ยงไว้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำให้เด็กต้องหยุดเรียน บิดามารดาอาจต้องลางานเพื่อดูแลบุตรหรือในหลาย ๆ ครั้งต้องมีการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อทำความสะอาดและควบคุมการระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครอง ตลอดจนผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินการป้องกันโรคมือเท้าปากเชิงรุกมีเฉพาะรูปแบบการคัดกรองโรคมือเท้าปากโดยครูที่เลี้ยงเท่านั้น (บงกช เชื้อวชาญยนต์ และคณะ, 2553)

ดังนั้นหากมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดและการแพร่กระจายของโรคมือเท้าปาก ในบริบทของพื้นที่อำเภอสะเตาะ ก็จะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเป็นแนวทางใน การป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมือเท้าปากลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีซ้อนหลัง

ขอบเขตการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา จำนวน 1 แห่ง ที่มีการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเนื่องจากพบการระบาดของโรคในปี พ.ศ. 2559 เพื่อเป็นต้นแบบให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่น ๆ โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 15 คน นักเรียน 323 คน ผู้ปกครอง 65 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ เนื่องจากปี พ.ศ. 2557 - 2559 พบอุบัติการณ์เด็กป่วยจำนวน 11, 17 และ 13 รายตามลำดับ ในหลายห้องเรียน จนต้องมีการหยุดการเรียนการสอนเพื่อทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปาก

ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคของเด็กและผู้ดูแลเด็ก สิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรคมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

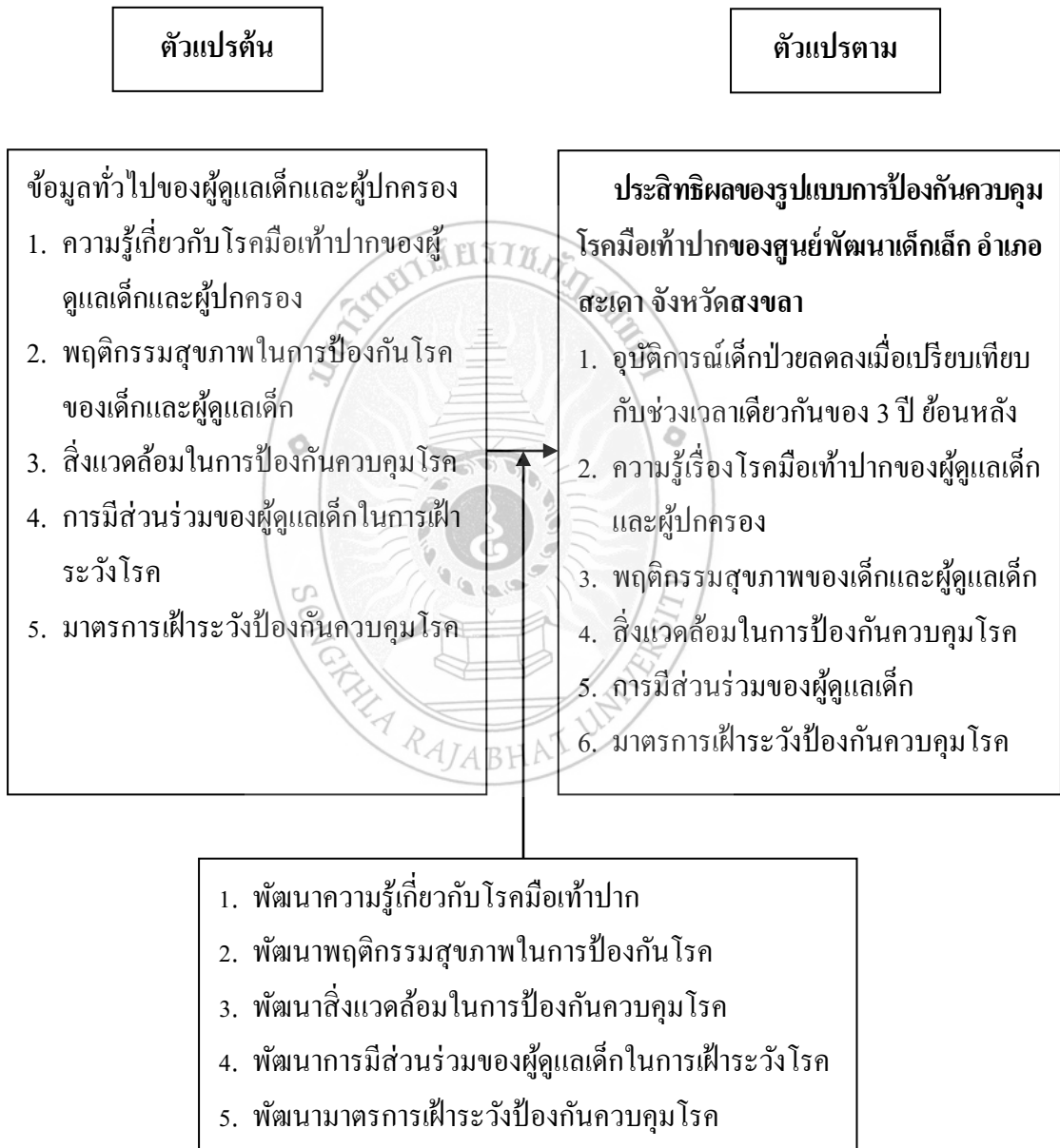
ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา อุบัติการณ์เด็กป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีซ้อนหลัง ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง พฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก สิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

ขอบเขตด้านระยะเวลา

เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 - กันยายน 2560 ซึ่งเป็นช่วงเดือนที่พบการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ 3 ปีซ้อนหลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษการพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอ สะเดา จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยไว้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก หมายถึง การดำเนินงานเพื่อเป็นการป้องกันควบคุมการเกิดโรคมือเท้าปาก ได้แก่ การหมั่นล้างมือของผู้ดูแลเด็กและเด็ก การทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวของเด็ก การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การตรวจหาเด็กป่วยตอนเช้าก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การแจ้งข่าวสารให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบเด็กป่วย เป็นต้น

การพัฒนารูปแบบ หมายถึง การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากที่ได้จากการสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากร่วมกับผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองในเรื่องเชื้อที่ก่อโรค กลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อโรค การติดต่อของโรค อาการแสดง ระยะเวลาการระบาดของโรค การป้องกันและควบคุมโรค

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค หมายถึง การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารสถานศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมในวางแผนวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค หมายถึง การเปรียบเทียบอุบัติการณ์เด็กป่วยในช่วงที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีซ้อนหลัง ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง พฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก สิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก หมายถึง การจัดอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากให้แก่ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง การล้างมือที่ถูกต้อง การสนับสนุนสื่อต่าง ๆ ในการป้องกันควบคุมโรค

พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค หมายถึง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและเด็ก ได้แก่ การหมั่นล้างมือ การล้างมือที่ถูกต้องก่อนและหลังรับประทานอาหารหรือเข้าห้องน้ำห้องส้วม การรักษาความสะอาดส่วนบุคคล เป็นต้น

พัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค หมายถึง การดูแลความสะอาดของตัวอาคาร ที่นอน ห้องน้ำ ห้องส้วม อ่างล้างมือถังขยะ สถานที่ปรุงอาหาร เครื่องใช้ส่วนตัวของเด็ก การมีห้องแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ เป็นต้น

พัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค หมายถึง การเพิ่มการคัดกรองนักเรียนที่หน้าประตูโรงเรียน โดยครูในช่วงที่มีการระบาดของโรค การทำความสะอาดห้องเรียนกรณีพบเด็ก

ป่วยหนึ่งคน การแจ้งข่าวต่อผู้เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กกรณีพบเด็กป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้เด็กป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วันทำการ การสอบถามผู้ปกครองกรณีเด็กขาดเรียนโดยไม่ทราบสาเหตุ

พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค หมายถึง การเพิ่มการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารสถานศึกษา ในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

โรคมือเท้าปาก หมายถึง เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ที่มีแผลเปื่อยหลายแผลในปากและมีอาการเจ็บพร้อมมีตุ่มน้ำพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือฝ่าเท้าและหรือที่ก้น

มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค หมายถึง การดำเนินงานเพื่อเป็นการเฝ้าระวังควบคุมโรคได้แก่ การสังเกตเด็กที่ป่วยของผู้ดูแลเด็ก การแจ้งข่าวต่อผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ดูแลเด็ก การทำความสะอาดเครื่องใช้ส่วนตัวเด็กกรณีพบเด็กป่วย การปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกรณีพบเด็กป่วยหลายคนในหลายห้องเรียน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ซึ่งรับดูแลเด็กอายุระหว่าง 2 - 5 ปี ในสังกัดเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา

สิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค หมายถึง สภาพแวดล้อมของบริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้แก่ ตัวอาคาร ที่นอน ห้องน้ำ ห้องส้วม อ่างล้างมือ ถังขยะ ของใช้ส่วนตัวของเด็ก สถานที่ปรุงอาหารสำหรับเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ซึ่งปฏิบัติงานด้านการดูแลเด็กมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ซึ่งทำการเลี้ยงดูเด็กในปกครองที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่บ้าน โดยมีระยะเวลาการเลี้ยงดูเด็กไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์เด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลัง
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ต้องหยุดทำการเรียนการสอนเนื่องจากการระบาดของโรคมือเท้าปาก
3. ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาระดับอำเภอและผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากไปปรับใช้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสระเค
จังหวัดสงขลามิเนื้อหาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปอำเภอสระเคและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสระเค จังหวัดสงขลา
2. สถานการณ์โรคมือเท้าปากของอำเภอสระเค จังหวัดสงขลา
3. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
4. ความรู้เกี่ยวกับ โรคมือเท้าปาก
5. มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ
6. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็ก
7. การดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กปฐมวัย
8. สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
9. แนวทางเฝ้าระวังและการป้องกันและควบคุม โรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
10. การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังควบคุม โรค
11. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart (1988)
12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปอำเภอสะเดาและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา



ภาพ 2 แผนที่อำเภอสะเดา

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา, 2561

อำเภอสะเดาเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสงขลา ที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศมาเลเซียและเป็นเมืองเศรษฐกิจสำคัญมากที่สุดแห่งหนึ่งของชายแดนไทย - มาเลเซีย โดยมีด่านพรมแดนที่สำคัญถึง 2 ด่านคือพรมแดนไทย-มาเลเซีย (รัฐเกดะห์) (ด่านสะเดา) และพรมแดนไทย-มาเลเซีย (รัฐปะลิส) (ด่านปาดังเบซาร์) นอกจากนี้อำเภอสะเดายังเปรียบเสมือนประตูสู่ประเทศไทยของชาวมาเลเซียและสิงคโปร์ โดยอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 9 ตำบล ได้แก่

1. ตำบลสะเดา
2. ตำบลปริก
3. ตำบลพังลา
4. ตำบลสำนักแคว
5. ตำบลทุ่งหมอ
6. ตำบลท่าโพธิ์
7. ตำบลปาดังเบซาร์
8. ตำบลสำนักขาม

9. ตำบลเขามิเกียรติ

อำเภอสะเดา มีพื้นที่ 1,029.273 ตารางกิโลเมตร ประชากร 115,056 คน ชาย 58,337 คน หญิง 56,719 คน จำนวนครัวเรือน 18,195 ครัวเรือน มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูงเนื่องจากเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีการเข้าออกของชาวต่างชาติปีละกว่าสองล้านคน โดยคนไทยข้ามไปทำงานยังฝั่งมาเลเซียเนื่องจากมีค่าแรงที่สูงกว่าฝั่งไทย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย ทำสวนยางพารา รายได้ของประชาชนค่อนข้างดี

อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา
 ทิศใต้ ติดต่อกับ รัฐเคดาห์ประเทศมาเลเซีย
 ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
 ทิศตะวันตก ติดต่อกับ รัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซียและจังหวัดสตูล

ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอสะเดาประกอบไปด้วยภูเขา และเนินเขาเตี้ยๆแต่มีได้ติดต่อกันเป็นพืดเดียวกัน มีที่ราบระหว่างภูเขาเป็นบริเวณกว้างตอนกลางทางทิศตะวันออกมีเขาน้ำค้างกั้นเขตระหว่างอำเภอสะเดากับอำเภอนาทวีทางตะวันตกมีเทือกเขาชีนา (เขาแก้ว)

ลักษณะภูมิอากาศ

สภาพอากาศอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา มีลมมรสุมพัดผ่านทำให้มีฝนตกชุก มี 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคมของทุกปี ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่ปลายเดือน พฤษภาคม - ธันวาคม มีฝนตกชุก ปริมาณน้ำฝนจะมากในช่วงเดือน ตุลาคม - ธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงที่พบการระบาดของโรคมือเท้าปากในช่วง 5 ปีย้อนหลัง

การนับถือศาสนา

ประชากรอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 65 รองลงมาคือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 34 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1

ข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดาจังหวัดสงขลา

ตาราง 1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

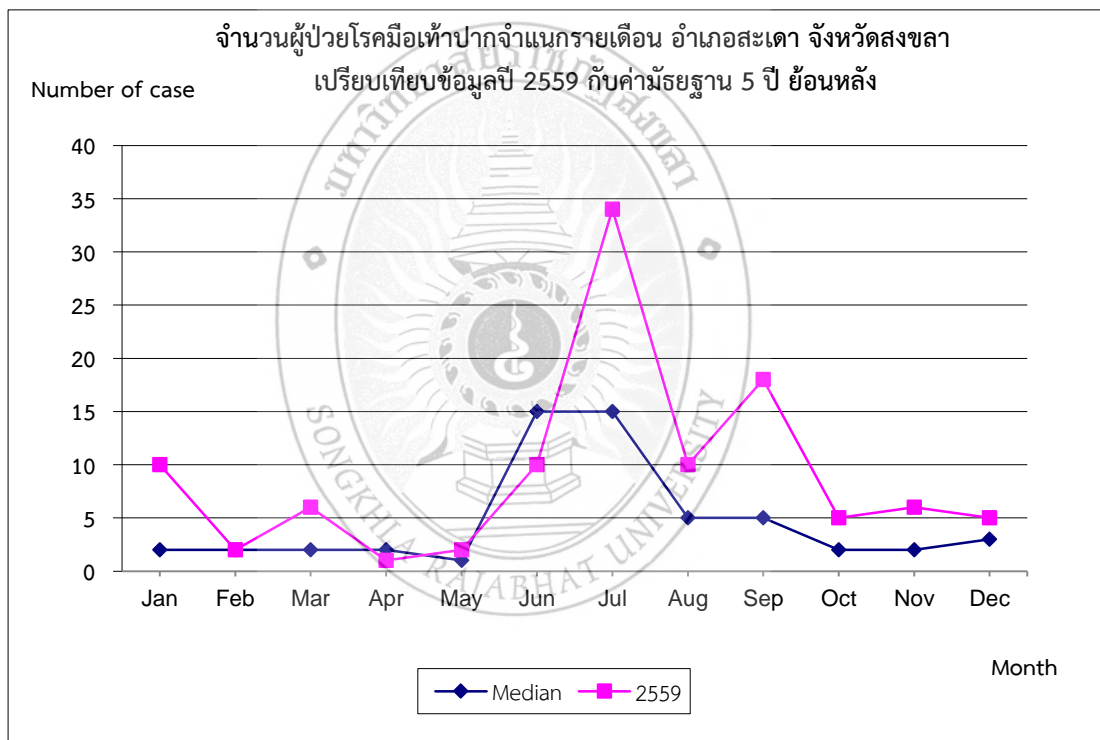
ลำดับที่	ชื่อ	สังกัด
1.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไทรงามสัมพันธ์	เทศบาลเมืองสะเดา
2.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหมู่บ้านตัวอย่าง	เทศบาลเมืองสะเดา
3.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดอิสลาม	องค์การบริหารส่วนตำบลปริก
4.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านยางเกาะ	องค์การบริหารส่วนตำบลปริก
5.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเสม็ด	องค์การบริหารส่วนตำบลปริก
6.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลปริก	เทศบาลตำบลปริก
7.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวควน	องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักแก้ว
8.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควนตานี	องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักแก้ว
9.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กห้วยคู	องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักแก้ว
10.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านม่วง	องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักแก้ว
11.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านน้ำลาด	องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักแก้ว
12.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพังลา	องค์การบริหารส่วนตำบลพังลา
13.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กท่าโพธิ์	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์
14.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสองพี่น้อง	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์
15.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าโพธิ์ออก	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์
16.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดท่าโพธิ์	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์
17.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขามิเกรียตติ	องค์การบริหารส่วนตำบลเขามิเกรียตติ
18.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุ่งหมอ	องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งหมอ
19.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านพรุเดียว	องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักขาม
20.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนา	เทศบาลตำบลปาดัง
21.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะโล๊ะ	เทศบาลตำบลปาดัง
22.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์	เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์
23.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดดารุลมุญาฮิดีน	เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์
24.	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดมัศยิดมุชาฟิริน	เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา, 2561

สถานการณ์โรคมือเท้าปากอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2559 ศูนย์เฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา รายงานว่าพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจำนวน 95 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 75.66 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตอายุที่พบสูงสุดคือ 0 - 4 ปี จำนวน 92 ราย อายุ 5 - 9 ปี จำนวน 3 รายอาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือเด็กในปกครองจำนวน 95 ราย

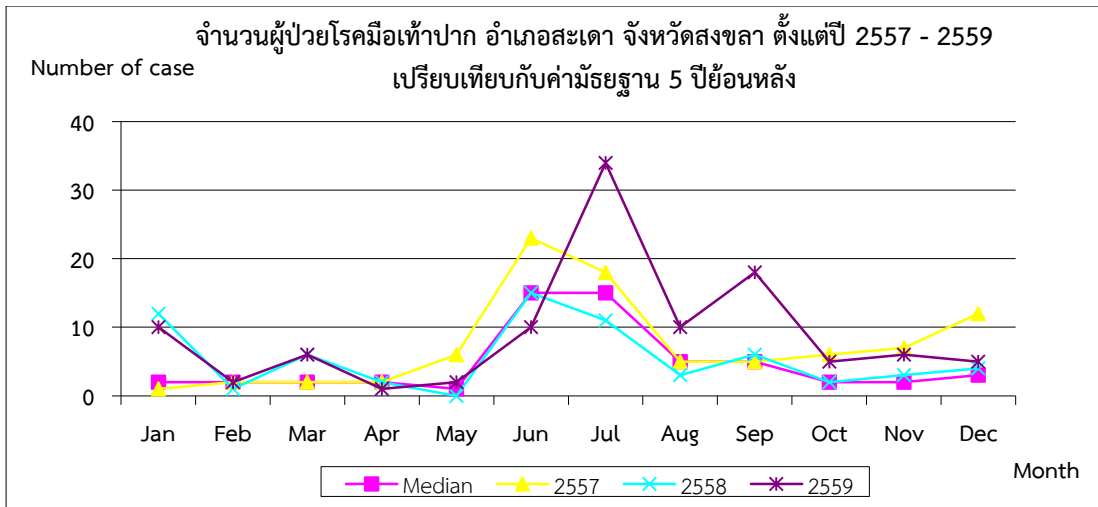
ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือตำบลปาดังเบซาร์อัตราป่วย 113.34 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือตำบลสำนักเต๊วอัตราป่วย 101.13 ต่อแสนประชากร



ภาพ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา ปี 2559 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเตา, 2559

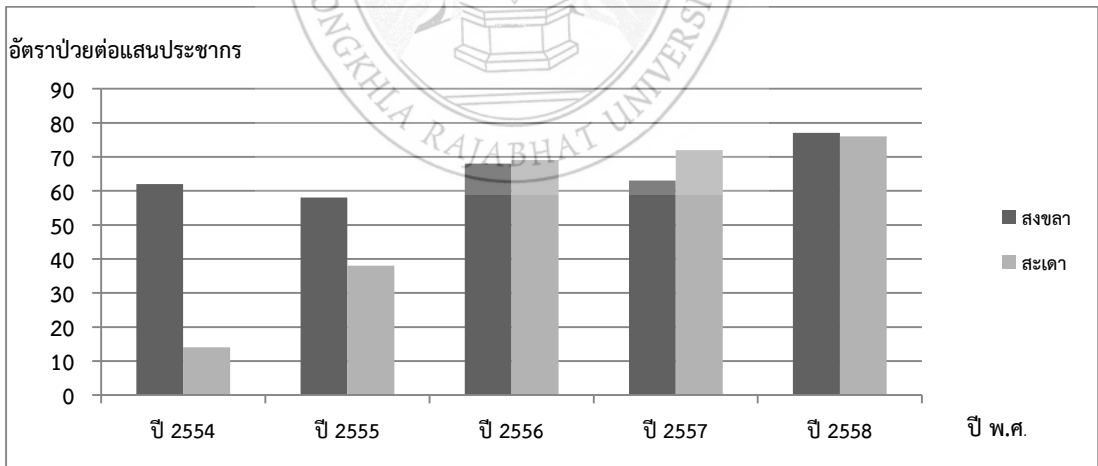
ปี 2559 อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา พบจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง โดยเริ่มระบาดตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน



ภาพ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากรายเดือน ตั้งแต่ปี 2557- 2559 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี
 ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเตา, 2559

ปี 2559 พบจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสูงกว่า 5 ปีย้อนหลังมากที่สุด โดยเริ่มพบการระบาดตั้งแต่เดือนพฤษภาคมจนถึงเดือนกันยายนเป็นประจำทุกปี

อัตราป่วยโรคมือเท้าปาก อำเภอสะเตาและจังหวัดสงขลา ปี 2554-2558



ภาพ 5 อัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของอำเภอสะเตาและจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2554 - 2558
 ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเตา, 2559

พบอัตราป่วยโรคมือเท้าปากสูงขึ้นทุกปี ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคมียิ่งเพิ่มมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

1. ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบหมายถึงสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีที่ได้ศึกษามาของผู้สร้างเอง เพื่อถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบโดยใช้สื่อที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้องและสามารถตรวจสอบเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์จริงได้เพื่อช่วยให้ตนเองและคนอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น วิชญภา เมธีวรฉัตร, (2557) โดย วิมล จันทร์แก้ว (2555) ได้ให้ความหมายของรูปแบบว่าหมายถึงแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและความหมายเชิงแนวคิดคุณลักษณะ ซึ่งหมายถึงแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรมและความหมายเชิงแนวความเป็นจริงอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ออกมาให้เห็นความสัมพันธ์ต่อเนื่องความเป็นเหตุเป็นผลและการเชื่อมโยงสิ่งที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยใช้เหตุผลข้อมูลและฐานคติมาประกอบกันเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น อธิบายทฤษฎีที่มีอยู่แล้วให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้นใช้เป็นแนวทางในการสร้างทฤษฎีใหม่ ๆ ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป ส่วน พิสิฐเทพ ไกรวัล (2554) กล่าวว่ารูปแบบไม่มีองค์ประกอบตายตัวหรือให้รายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความมั่นคงและเชื่อถือได้แล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งและเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรมซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเช่นคำอธิบายเป็นแผนผังไดอะแกรมหรือแผนภาพเพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

กล่าวโดยสรุปรูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากแนวคิด การทบทวนความรู้ที่มีอยู่เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายสามารถมองเห็นอย่างเป็นรูปธรรมและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. ประเภทของรูปแบบ

Keeves (1988 อ้างถึงใน พิสิฐเทพ ไกรวัล, 2554) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.1 รูปแบบเชิงเทียบเคียง (Analogue model) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงนามธรรมสร้างขึ้นโดยใช้หลักการเทียบเคียงโครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายคลึงกันและสอดคล้องกับลักษณะ

ข้อมูลหรือความรู้ที่มีอยู่โดยต้องมียอดประกอบของรูปแบบชัดเจนสามารถนำไปทดสอบข้อมูลเชิงประจักษ์ได้และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง

2.2 รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษาแผนภูมิหรือรูปภาพเพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด กระบวนการองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ

2.3 รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) ซึ่งใช้สมการทางคณิตศาสตร์แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรมักนิยมใช้ในการศึกษาสาขาจิตวิทยาโดยเฉพาะด้านพฤติกรรมศาสตร์ตลอดจนสาขาศึกษาศาสตร์และบริหารการศึกษา

2.4 รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ร่วมกับหลักการสร้างรูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรซับซ้อนได้โดยต้องอาศัยทฤษฎีหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างตัวแปรเพื่อให้ได้รูปแบบในลักษณะสมการเส้นตรงที่สามารถทดสอบได้

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเชิงข้อความในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดกระบวนการองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ

3. องค์ประกอบของรูปแบบ

องค์ประกอบที่กำหนดในรูปแบบนั้น Keeves (1997 อ้างถึงในวิมล จันทร์แก้ว, 2555) ได้กล่าวว่ารูปแบบโดยทั่วไปควรมียอดประกอบที่สำคัญดังนี้

3.1 รูปแบบจะต้องนำไปสู่การทำนาย (Prediction) ผลที่ตามมาซึ่งสามารถพิสูจน์ทดสอบได้กล่าวคือสามารถนำไปสร้างเครื่องมือเพื่อไปพิสูจน์ทดสอบได้

3.2 โครงสร้างของรูปแบบจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) ซึ่งสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์หรือเรื่องนั้นได้

3.3 รูปแบบจะต้องสามารถช่วยสร้างจินตนาการ (Imagination) ความคิดรวบยอด (Concept) และความสัมพันธ์ (Interrelations) รวมทั้งช่วยขยายขอบเขตของการสืบเสาะความรู้

3.4 รูปแบบควรจะประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural relationships) มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเชื่อมโยง (Associative relationships)

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบจะต้องนำไปสู่การทำนาย (Prediction) กล่าวคือสามารถนำรูปแบบไปสร้างเครื่องมือเพื่อไปพิสูจน์ทดสอบได้

4. การสร้างรูปแบบ

Meason, Albert and Khedourri (1985 อ้างถึงใน พิสิฐ เทพไกรวัล, 2554) ได้เสนอขั้นตอนการสร้างรูปแบบไว้ดังนี้

4.1 ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem formulation) เพื่อให้รู้ว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง

4.2 ขั้นพัฒนารูปแบบ (Model construction) ดำเนินการหลังจากการรวบรวมปัญหาการสร้างรูปแบบต้องพิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้างและรู้ถึงลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิตข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการสร้างและความสนใจของผู้ใช้ด้วยเพราะถ้ารูปแบบมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้ข้อมูลที่รวบรวมมาอาจมีข้อบกพร่องได้ในระหว่างดำเนินการดังนั้นจึงควรมีการให้คำจำกัดความสภาพการณ์การสุ่มตัวอย่างและทำตามหลักวิชาการอย่างเคร่งครัดควรมีการประเมินค่าและพิจารณาความแปรปรวนอย่างระมัดระวัง สมควรนำตัวแปรใดบ้างมาวางไว้ในรูปแบบที่จะสร้างและเมื่อสร้างเสร็จแล้วก็ต้องพิจารณาว่าครอบคลุมตัวแปรหรือไม่มีความบกพร่องในตัวแปรใดบ้าง

4.3 ขั้นการทดสอบรูปแบบ (Testing the model) เมื่อสร้างรูปแบบเสร็จแล้วควรทดสอบโดยพิจารณาถึง

4.3.1 มีความตรงตามสถานการณ์จริง (Valid) รูปแบบที่สร้างหากมีความใกล้เคียงกับความจริงจะดีมากเพราะจะช่วยให้การตัดสินใจดีขึ้น ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้และควรพิจารณาถึงความสำเร็จของการแก้ปัญหาด้วย

4.3.2 มีการนำไปทดลองใช้เพื่อเปรียบเทียบว่าผลการนำไปใช้ทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานอย่างไรการทดลองใช้มี 2 ลักษณะคือทดลองย้อนหลัง (Retrospective evaluation) โดยใช้กับข้อมูลในอดีตและการทดลองใช้ปฏิบัติจริงในปัจจุบัน (Pretest)

4.4 ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) เมื่อผ่านการทดสอบแล้วควรสามารถที่จะนำไปใช้ให้เกิดความสำเร็จเพราะไม่มีรูปแบบใดที่สำเร็จสมบูรณ์จนกว่าจะได้รับ ความสนใจและมีการนำไปใช้

4.5 ขั้นการพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัย (Model up dating) แม้ว่าจะมีการนำรูปแบบที่สร้างไปใช้อย่างประสบผลสำเร็จมาแล้ว แต่ก็ควรมีการพัฒนาปรับปรุงประยุกต์ให้เหมาะสม

5. การพัฒนารูปแบบ

Joyce and Weil (1996 อ้างถึงใน วิมล จันทร์แก้ว, 2555) สามารถสรุปขั้นตอนการพัฒนาไว้ดังนี้

5.1 ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่ต้องการนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบ

5.2 นำแนวคิดสำคัญของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มากำหนดหลักการเป้าหมายและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เห็นว่าสำคัญและจำเป็นอันจะทำให้รูปแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมทั้งกำหนดทิศทางลำดับความสำคัญและรายละเอียดขององค์ประกอบเหล่านั้น

5.3 กำหนดแนวทางในการนำรูปแบบไปใช้เป็นการให้รายละเอียด

5.4 เกี่ยวกับวิธีการเงื่อนไขต่างๆในการนำรูปแบบไปใช้

5.5 การประเมินรูปแบบเป็นขั้นตอนทดสอบความมีประสิทธิภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยปฏิบัติดังนี้

5.5.1 การประเมินความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีเป็นการประเมินความสอดคล้องภายในระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งในทฤษฎีและการนำไปปฏิบัติ

5.5.2 การประเมินความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติการเป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริงนำคะแนนผลสัมฤทธิ์ก่อนและหลังมาคำนวณค่าประสิทธิภาพของรูปแบบหรือคำนวณค่าเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดขึ้นหรือคำนวณความแตกต่างด้านสถิติ

การปรับปรุงรูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

5.6 ระยะก่อนการนำรูปแบบไปทดลองใช้การปรับปรุงรูปแบบระยะนี้ใช้ข้อมูลจากการประเมินความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น

5.7 ระยะที่สองเป็นการปรับปรุงรูปแบบโดยใช้ข้อมูลจากผลการทดลองใช้ซึ่งการปรับปรุงรูปแบบและนำไปทดลองซ้ำอาจทำได้หลายครั้งจนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจ

6. การประเมินรูปแบบ

Maduas, Scriven and Stufflebeam (1983 อ้างถึงในวิมล จันทร์แก้ว, 2555) ได้เสนอแนวทางการประเมินรูปแบบดังนี้

6.1 มาตรฐานด้านความเป็นไปได้เป็นลักษณะการประเมินความเป็นไปได้ในการไปปฏิบัติ

6.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์เป็นลักษณะการประเมินการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

6.3 มาตรฐานด้านความเหมาะสมเป็นลักษณะการประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและคุณธรรม

6.4 มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุมเป็นลักษณะการประเมินความน่าเชื่อถือและได้เนื้อหาครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการที่กำหนดไว้อย่างแท้จริง

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก

โรคมือเท้าปากเกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม *Enterovirus* ซึ่งพบเฉพาะในมนุษย์เท่านั้นและมีหลากหลายสายพันธุ์สำหรับสายพันธุ์ที่ก่อโรคมือเท้าปากได้แก่ *Coxsackie virus group A, B* และ *Enterovirus 71* และโรคมือเท้าปากยังไม่มีวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคได้ในปัจจุบัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ลักษณะของโรค : ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการป่วยหรืออาจพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ปวดเมื่อยเป็นต้น โดยจะปรากฏอาการดังกล่าวอยู่ 3 - 5 วัน แล้วหายได้เองหรือมีอาการใช้ร่วมกับตุ่มพองเล็กๆเกิดขึ้นที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าในปากและกัน โดยตุ่มแผลในปากส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อนลิ้น กระพุ้งแก้มเป็นสาเหตุให้เด็กไม่ดูดนม ไม่กินอาหารเพราะเจ็บอาจมีน้ำลายไหลในบางรายอาจไม่พบตุ่มพองแต่อย่างใดแต่บางรายจะมีอาการรุนแรงขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อจาก *Enterovirus 71* อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วยหรือมีอาการคล้ายโปลิโอส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (Brain stem) อาการหัวใจวายและ/หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (Acute pulmonary edema)

วิธีการแพร่โรค : เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายทางปากโดยตรง โดยเชื้อจะติดมากับมือภาชนะที่ใช้ร่วมกัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ หรือของเล่นที่ปนเปื้อนน้ำมูกน้ำลาย น้ำจากตุ่มพองแผลในปากหรืออุจจาระของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสอยู่ ทั้งนี้เชื้ออาจอยู่ในอุจจาระของผู้ป่วยได้เป็นเดือนพบมากในระยะสัปดาห์แรกทำให้ผู้ป่วยยังคงสามารถแพร่กระจายเชื้อได้

ระยะฟักตัว : โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการป่วยภายใน 3 - 5 วันหลังได้รับเชื้อ

การรักษา : ใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น การใช้ยาลดไข้หรือยาทาแก้ปวด ในรายที่มีแผลที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มควรเช็ดตัวผู้ป่วยเพื่อลดไข้เป็นระยะให้รับประทานอาหารอ่อนๆ ดื่มน้ำผลไม้และนอนพักผ่อนมาก ๆ แต่ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน เช่น รับประทานอาหารหรือนมไม่ได้ มีอาการสมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะปอดบวม น้ำก้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโปลิโอ

จำเป็นต้องให้การรักษาแบบ Intensive care และดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)



ภาพ 6 อาการแสดงของโรคมือเท้าปาก
ที่มา : (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มประชากรเป็นครูผู้ดูแลเด็ก และนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นจึงต้องกล่าวถึงมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีมาตรฐานในการป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากดังนี้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหมายถึงสถานที่ดูแลและให้การศึกษาเด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี มีฐานะเทียบเท่าสถานศึกษาเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งเองและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของส่วนราชการต่างๆที่ถ่ายโอนให้อยู่ในความดูแลรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด/มัสยิดกรมการศาสนา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกรมการพัฒนาชุมชน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (เด็ก 3 ปี) รับถ่ายโอนจากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ โดยมีมาตรฐานการดำเนินงาน 4 ด้านประกอบด้วย

1. ด้านบุคลากรและการบริหารจัดการ

เป็นมาตรฐานการดำเนินงานสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านบุคลากรและการบริหารจัดการเช่นคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น

ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผู้ดูแลเด็กผู้ประกอบอาหาร ตลอดจนผู้ทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นต้น

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประกอบด้วยผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่นายกเทศมนตรีและปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจน บุคลากรซึ่งทำหน้าที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอาทิหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผู้ดูแลเด็กผู้ประกอบ อาหารและผู้ทำความสะอาดเป็นต้น โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีคุณสมบัติบทบาทหน้าที่และ ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการเพื่อให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินงานให้การศึกษาและพัฒนาการสำหรับเด็กได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการด้วย ความเหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของท้องถิ่นดังนี้

ด้านคุณสมบัติ

5.1 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่นายกเทศมนตรีนายกองค้การบริหาร ส่วนตำบลปลัดเทศบาลปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรวมถึงผู้บริหารการศึกษาได้แก่ผู้อำนวยการ สำนักผู้อำนวยการกองหัวหน้ากองการศึกษาควรมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้

5.1.1 มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดำเนินงานด้านการ ให้การศึกษาและพัฒนาการเด็กเล็ก

5.1.2 มีนโยบายแผนและงบประมาณเพื่อการดำเนินงานที่ชัดเจนในการส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้มีคุณภาพ

5.2 บุคลากรซึ่งทำหน้าที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้แก่หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผู้ดูแล เด็กผู้ประกอบอาหารและผู้ทำความสะอาดควรมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้

5.2.1 หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสถานภาพเป็นพนักงานส่วนท้องถิ่นหรือ พนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรฐานทั่วไปหรือหลักเกณฑ์เกี่ยวกับพนักงาน ส่วนท้องถิ่นหรือพนักงานจ้างที่ออกตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และควรมีคุณสมบัติดังนี้

(1) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีทางการศึกษาขึ้นไปสาขาวิชาเอก อนุบาลศึกษาหรือปฐมวัยหรือปริญญาทางการศึกษาหรือทางวิชาชีพสาขาอื่นๆที่คณะกรรมการ กลางพนักงานส่วนท้องถิ่นรับรองและมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย มาไม่น้อยกว่า 2 ปี

(2) มีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งตามมาตรฐานทั่วไปที่ คณะกรรมการกลางพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด

(2.1) มีความรู้เรื่องโภชนาการและอาหารเป็นอย่างดี

(2.2) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี

(2.3) ไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อเด็กหรือละเมิดสิทธิเด็ก

(2.4) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเว้นแต่ความผิดที่เป็นลหุโทษหรือความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท

(2.5) แพทย์ให้การรับรองว่ามีสุขภาพจิตดีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

5.2.2 ผู้ดูแลเด็กมีวุฒิการศึกษาตามที่คณะกรรมการกลางพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนดโดยมีสถานภาพเป็นพนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตราฐานทั่วไปหรือหลักเกณฑ์เกี่ยวกับพนักงานจ้างที่ออกตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และควรมีคุณสมบัติดังนี้

(1) มีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งตามมาตราฐานทั่วไปที่คณะกรรมการกลางพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด

(2) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี

(3) ไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อเด็กหรือละเมิดสิทธิเด็ก

(4) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเว้นแต่ความผิดที่เป็นลหุโทษหรือความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท

(5) แพทย์ให้การรับรองว่ามีสุขภาพจิตดีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

(6) มีระดับวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมทั้งด้านจิตใจอารมณ์สังคมมีความตั้งใจปฏิบัติงานด้วยความรักความอ่อนโยนเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กเล็กอย่างเหมาะสม

(7) เป็นบุคคลที่มีความรักเด็กมีอุปนิสัยสุขุมเยือกเย็นและมีความขยันอดทน

(8) ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยมาแล้วไม่น้อยกว่า

2 ปี

5.2.3 ผู้ประกอบอาหารควรมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กยกเว้นวุฒิการศึกษาควรจบการศึกษาไม่ต่ำกว่าภาคบังคับและควรเป็นผู้มีความรู้เรื่องโภชนาการและอาหารเป็นอย่างดี

5.2.4 ผู้ทำความสะอาดควรมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กยกเว้นวุฒิการศึกษาควรจบการศึกษาไม่ต่ำกว่าภาคบังคับ

2. ด้านบทบาทหน้าที่

2.1 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- 2.1.1 สำรวจความต้องการของชุมชนในการจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2.1.2 กำหนดโครงสร้างการบริหารงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคลสถานที่และฐานะการคลังของแต่ละท้องถิ่น
- 2.1.3 จัดทำแผนงานโครงการและจัดทำงบประมาณในการจัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรวมทั้งจัดทำบัญชีขอความเห็นชอบจากสภาท้องถิ่น
- 2.1.4 จัดทำประกาศจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2.1.5 จัดทำระเบียบหรือข้อบังคับว่าด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2.1.6 กำหนดแผนปฏิบัติการและงบประมาณในการส่งเสริมและพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกด้านอย่างต่อเนื่อง
- 2.1.7 ควบคุมกำกับดูแลการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.2 หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลบุคลากรและการดำเนินงานภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นไปตามนโยบายและแผนงานที่วางไว้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและด้วยความเรียบร้อยเกิดประโยชน์ต่อเด็กมากที่สุด

2.3 ผู้ดูแลเด็กควรมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- 2.3.1 ปฏิบัติหน้าที่ตามกิจวัตรของเด็กเพื่อให้เด็กมีความเจริญเติบโตมีพัฒนาการทุกด้านตามวัย
- 2.3.2 ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในลักษณะบูรณาการเชิงสร้างสรรค์กล่าวคือให้เด็กได้พัฒนาด้านจิตใจอารมณ์สังคมและจริยธรรมไปพร้อมกันโดยให้โอกาสเด็กเรียนรู้จากสิ่งของและผู้คนที่อยู่รอบข้างซึ่งเด็กจะเรียนรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้าการเคลื่อนไหวการเล่นและการลงมือกระทำดังนั้นผู้ดูแลเด็กจะต้องส่งเสริมให้โอกาสเด็กได้พัฒนาอย่างเต็มที่รวมทั้งการปฏิสัมพันธ์กับเด็กด้วยคำพูดและกิริยาท่าทางที่นุ่มนวลอ่อนโยนแสดงความรักความอบอุ่นต่อเด็ก
- 2.3.3 สังเกตและบันทึกความเจริญเติบโตพฤติกรรมพัฒนาการต่างๆของเด็กเพื่อจะให้เห็นความเปลี่ยนแปลงทั้งปกติและผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กซึ่งจะนำไปสู่การค้นหสาเหตุและวิธีการแก้ไขได้ทัน่วงที
- 2.3.4 จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเหมาะสมในการพัฒนาเด็กทุกด้านทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคารให้สะอาดมีความปลอดภัยและเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก

2.3.5 ประสานสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นสื่อกลางในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับพ่อแม่ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวเพื่อทราบถึงพฤติกรรมพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

2.3.6 มีการพัฒนาตนเองในทางวิชาการและอาชีพใฝ่หาความรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ดังนี้

(1) การพัฒนาด้านความรู้ทางวิชาการและทักษะอาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาหาความรู้การเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอการติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และเทคโนโลยีโดยอาศัยสื่อที่หลากหลายรวมทั้งการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาคูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณภาพการเข้าร่วมเป็นสมาชิกและการจัดตั้งชมรมเครือข่ายสำหรับผู้ดูแลเด็กซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงแก่ผู้ดูแลเด็ก

(2) การพัฒนาด้านบุคลิกภาพเช่นการพัฒนาด้านร่างกายอารมณ์สังคมจิตใจ และจริยธรรม โดยเน้นการพัฒนาตนเองการรู้จักตนเองและผู้อื่นการสื่อสารและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง

3. ด้านรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งได้แก่บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้แต่งตั้งโดยกำหนดจำนวนตามความเหมาะสม โดยจะต้องประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้แทนกลุ่มองค์กรประชาคมผู้แทนผู้ปกครองผู้แทนผู้ดูแลเด็กอย่างละไม่น้อยกว่า 1 คน โดยมีหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการโดยตำแหน่ง

3.2 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารศูนย์มีนายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้ที่นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมอบหมายเป็นประธานยกเว้นศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด/มัสยิดที่รับถ่ายโอนจากกรมการศาสนาให้เจ้าอาวาสหรือผู้ที่เจ้าอาวาสมอบหมายเป็นประธาน

3.3 การบริหารงบประมาณและการบริหารงานบุคคลเป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยและมาตรฐานทั่วไปหรือหลักเกณฑ์ที่ออกตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และมาตรฐานด้านบุคลากรและการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

3.4 ให้คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ประเมินผู้ดูแลเด็กผู้ประกอบอาหารและผู้ทำความสะอาดในด้านความรู้ความสามารถให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านบุคลากรและการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนดและเสนอผลการประเมินให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบการพิจารณาคัดเลือกต่อไป

4. ด้านการบริหารจัดการ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 ซึ่งออกตามความในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติอำนาจและหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในพื้นที่ซึ่งรวมถึงการจัดการศึกษาด้วยและพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพุทธศักราช 2542 ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บททางการศึกษาก็ได้บัญญัติไว้ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิจัดการศึกษาระดับใดก็ได้ได้ตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ ประกอบกับแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดให้การศึกษาปฐมวัยหรือก่อนประถมศึกษาเป็นหน้าที่ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดทำโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อเป็นการกระจายโอกาสให้ประชาชนผู้ปกครองได้รับบริการเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กปฐมวัยอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพจึงควรกำหนดแนวทางการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นไปตามนโยบายและวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

4.1 นโยบาย

จัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (อายุ 3 – 5 ปี) ด้วยความร่วมมือของชุมชนเพื่อกระจายโอกาสการเตรียมความพร้อมและพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและสติปัญญาอย่างเหมาะสมตามวัยและเต็มตามศักยภาพตลอดจนเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองและเป็นพื้นฐานของการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

4.2 เป้าหมาย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบในการบริหารและจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพตามหลักวิชาการระเบียบที่เกี่ยวข้องและด้วยความร่วมมือของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้น

4.3 วัตถุประสงค์

4.3.1 เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องลักษณะและได้รับการฝึกฝนพัฒนาตามวัยและเต็มตามศักยภาพ

4.3.2 เพื่อพัฒนาความพร้อมของเด็กในทุกด้านแบบองค์รวมตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการและหลักการจัดการศึกษาปฐมวัย

4.3.3 เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดและพัฒนาความพร้อมของเด็กก่อนเข้าเรียนระดับประถมศึกษาตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นฐานในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กได้อย่างถูกต้องวิธี

4.3.4 เพื่อส่งเสริมสนับสนุนความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับชุมชนให้สามารถร่วมกันวางแผนและดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้

4.3.5 เพื่อแบ่งเบาภาระการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยให้สามารถออกไปประกอบอาชีพได้โดยสะดวกและเป็นการกระจายโอกาสในการพัฒนาความพร้อมสำหรับเด็กทุกคนให้ได้รับการพัฒนาอย่างทั่วถึง

4.3.6 เพื่อให้การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

4.4 การจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสงค์จะจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีสถานที่อาคารและดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.4.1 ดำรวจความต้องการของชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสำรวจความต้องการของชุมชนในประเด็นดังต่อไปนี้

- (1) ความต้องการให้จัดตั้งศูนย์
- (2) ความต้องการในการส่งเด็กเข้าเรียนควรมีเด็กที่รับบริการอายุ 3 – 5 ปี ไม่น้อยกว่า 20 คนขึ้นไป
- (3) ความต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดบริการ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็ก

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการป้องกันและควบคุมโรคเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับเด็กตลอดเวลาและการปฏิบัติงานมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโดยตรง (ทัศนียา วังสะจันทานนท์ และคณะ, 2557)

โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองไว้ดังต่อไปนี้

1. บทบาทของผู้ดูแลเด็ก

1.1 ปฏิบัติหน้าที่ตามกิจวัตรของเด็กครูผู้ดูแลเด็กจะต้องทำหน้าที่ดูแลเด็กและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันของเด็กเพื่อให้เด็กมีความเจริญเติบโตมีพัฒนาการทุกด้านตามวัยและมีการเรียนรู้ที่เหมาะสม

1.2 ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กในลักษณะการบูรณาการครูผู้ดูแลเด็กมีหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในลักษณะบูรณาการเชิงสร้างสรรค์กล่าวคือให้เด็กได้พัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและจริยธรรมไปพร้อมกันโดยให้โอกาสเด็กเรียนรู้จากสิ่งของและผู้คนที่อยู่รอบข้าง ซึ่งเด็กจะเรียนรู้ได้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้าการเคลื่อนไหวการเล่นและการลงมือกระทำดังนั้นครูผู้ดูแลเด็กจะต้องส่งเสริมให้โอกาสเด็กได้พัฒนาอย่างเต็มที่รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับเด็กด้วยคำพูดและกิริยาท่าทางที่นุ่มนวลอ่อนโยนแสดงความรักความอบอุ่น

1.3 สังเกตเฝ้าระวังและบันทึกความเจริญเติบโตพฤติกรรมพัฒนาการด้านต่างๆของเด็กครูผู้ดูแลเด็กจะต้องเป็นคนช่างสังเกตเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กจดบันทึกพฤติกรรมเพื่อจะให้เห็นความเปลี่ยนแปลงทั้งปกติและผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาสาเหตุเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขได้ทันเวลาที่

1.4 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กครูผู้ดูแลเด็กจะต้องเป็นคนช่างสังเกตมีความรู้และเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและไม่พึงประสงค์ของเด็กซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจเกิดจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กรวมทั้งการปรับตัวของเด็กต่อสิ่งแวดล้อมหากไม่ได้รับการแก้ไขตามแนวทางที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กในอนาคตแม้ว่าเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกันตามพันธุกรรมและการอบรมเลี้ยงดูแต่ถ้าเข้าใจและช่วยลดพฤติกรรมจะช่วยขจัดปัญหาที่จะตามมาได้ทันเวลาที่

1.5 จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะเหมาะสมกับการพัฒนาเด็กทุกด้านครูผู้ดูแลเด็กจะต้องดูแลจัดสภาพแวดล้อมทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคารให้สะอาดถูกสุขลักษณะปลอดภัยและมีบรรยากาศเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก

1.6 ประสานสัมพันธ์ระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กครอบครัวและชุมชนครูผู้ดูแลเด็กจะต้องเป็นผู้ประสานสัมพันธ์ระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กโดยเป็นคนกลางในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองสมาชิกในครอบครัวและบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อทราบถึงพฤติกรรมพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของเด็กได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

1.7 รู้จักพัฒนาตนเองในทางวิชาการและวิชาชีพครูผู้ดูแลเด็กจะต้องเฝ้าหาความรู้ในการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ดังนี้

1.7.1 การพัฒนาด้านความรู้ทางวิชาการและทักษะอาชีพอย่างต่อเนื่องเช่นการศึกษาหาความรู้การเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอการติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และเทคโนโลยีโดยอาศัยสื่อที่หลากหลายรวมทั้งการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การศึกษาฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/สถานพัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณภาพการเข้าร่วมเป็นสมาชิกและจัดตั้งชมรมเครือข่ายครูผู้ดูแลเด็กซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงแก่ครูผู้ดูแลเด็ก

1.7.2 การพัฒนาด้านบุคลิกภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะรักเด็กอุปนิสัยอ่อนโยน มีกิริยาวาจาใจเมตตาอ่อนหวานใจเย็นรู้จักปรับปรุงและพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองอยู่เสมอ

2. หน้าที่ของผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็กจะอยู่ใกล้ชิดกับเด็กตลอดทั้งวันดังนั้นจึงมีหน้าที่ดังนี้

- 2.1 อบรมเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่รับเด็กจากผู้ปกครองจนกระทั่งส่งคืนให้ผู้ปกครอง
- 2.2 จัดกิจกรรมประจำวันเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและเตรียมความพร้อมให้กับเด็กให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมสติปัญญาและลักษณะนิสัยโดยจัดกิจกรรมกลางแจ้งในร่มและจัดมุมกิจกรรมต่าง ๆ เช่นมุมหนังสือมุมศิลปะมุมดนตรี
- 2.3 ปลูกจิตสำนึกให้เด็กรักชาติศาสนาและพระมหากษัตริย์การปกครองระบอบประชาธิปไตย การรักษาสีเสื้อผ้ามืดมิดมีระเบียบวินัยมีความรับผิดชอบความมีน้ำใจ
- 2.4 ดูแลความปลอดภัยและรักษาความสะอาดภายในและภายนอกอาคารของศูนย์ฯ
- 2.5 ให้เด็กเคารพธงชาติและประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
- 2.6 สำนวณรายชื่อเด็กที่เข้ารับการเลี้ยงดูประจำวันเยี่ยมเยียนผู้ปกครองและเด็กในกรณี que เด็กไม่มาเรียนเกิน 3 วันและในกรณีที่เกิดปัญหาอื่น
- 2.7 จัดเตรียมสถานที่เรียนจัดเตรียมอุปกรณ์การเรียนการสอนโดยเน้นวัสดุที่มีอยู่แล้ว ในท้องถิ่นจัดหาอาหารเสริมน้ำดื่มน้ำใช้จัดทำบันทึกการสอนและบันทึกประจำตัวเด็กตลอดจนจัดทำทะเบียนอุปกรณ์การเรียนการสอน
- 2.8 จัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายตามโครงการจัดหาอาหารเสริม (นม) สำหรับเด็ก
- 2.9 จัดทำบัญชีแสดงรายการอาหารกลางวันรายสัปดาห์ตามโครงการจัดหาอาหารกลางวัน สำหรับเด็ก
- 2.10 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครองจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมใน บริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. บทบาทของผู้ปกครองเด็ก

บทบาทและหน้าที่ของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดู

3.1 มีเจตคติที่ดีต่อเด็กจะต้องเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของเด็กในวัยต่างๆ ไม่ตำหนิเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ผิดแปลก ควรหาสาเหตุทำความเข้าใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับเด็ก หาทางแก้ไขด้วยความรักและเห็นใจเด็กเสมอ

3.2 สนองความต้องการของเด็กในทุกด้านแบ่งเป็น 2 ประการใหญ่ๆ คือ

3.3 การตอบสนองความต้องการทางด้านสรีระวิทยาได้แก่

3.3.1 การให้อาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

3.3.2 เอาใจใส่เรื่องการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอกับวัยของเด็ก

3.3.3 ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลินจัดอุปกรณ์เครื่องเล่นตามสมควร

3.3.4 เอาใจใส่เรื่องเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มจัดให้เพียงพอเหมาะสมกับฤดูกาลและเศรษฐกิจดูแลความสะอาดความเรียบร้อย

3.3.5 ฝึกหัดเรื่องขับถ่ายให้กับเด็กเมื่อถึงเวลาอันสมควรด้วยความละมุนละม่อมและอดทนไม่ใช่วิีลลงโทษรุนแรงโดยเริ่มฝึกให้นั่งกระโถนการจัดการขับถ่ายให้เป็นเวลา

3.3.6 สนใจเรื่องการป้องกันโรคและการเจ็บป่วยของเด็ก

3.3.7 ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก

3.4 การตอบสนองความต้องการทางจิตวิทยาได้แก่

3.4.1 ให้ความรักความอบอุ่นอย่างเพียงพอเป็นพื้นฐานในการพัฒนาบุคลิกภาพ

3.4.2 ปฏิบัติกับเด็กให้เขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมในบ้าน

3.4.3 ให้อิสระภาพและความเป็นตัวของตัวเองกับเด็กให้รู้จักการช่วยเหลือตนเองตามวัยอันสมควรไม่เข้มงวดจนเกินไปไม่ช่วยเหลือมากเกินไป (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2553)

การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย

สำนักงานเลขาธิการ สภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2556) ได้กำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยครั้งนี้ โดยภาพรวมของเด็กปฐมวัยทั้งด้านการเจริญเติบโตสุขภาพกาย พัฒนาการด้านต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตการสอนให้เด็กรู้จักการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้นนอกจากจะช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยบ่อยยังเป็นการช่วยส่งเสริม

พัฒนาการด้านต่าง ๆ เนื่องจากขณะเจ็บป่วยเด็กมักจะมีพัฒนาการถดถอยรวมทั้งขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในชีวิตสุขอนามัยเบื้องต้นสำหรับเด็กปฐมวัยควรเริ่มจากเรื่องพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ได้แก่การกินนอนและขับถ่ายดังนี้

1. การกิน

ควรให้เด็กได้รับสารอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการการดูแลเด็กให้มีพฤติกรรม การกินที่เหมาะสมตามวัยและการเสริมสร้างนิสัยการกินที่ดีตั้งแต่ระยะแรกของชีวิตมีผลต่อสุขภาพ ของเด็กในระยะยาวพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมคือ

1.1 การเลิกดื่มนมขวดเปลี่ยนเป็นดื่มจากแก้วหรือคูดจากหลอดเพราะการดื่มนมจาก ขวดมีผลต่อการเกิดฟันผุส่งผลกระทบต่อหูทำให้หูอื้อในช่วงเป็นหวัด

1.2 ฝึกให้เด็กใช้ช้อนตักอาหารเองเมื่อเริ่มทำได้เพื่อสร้างนิสัยรู้จักรับผิดชอบต่อตนเอง

1.3 สอนให้รู้จักรับผิดชอบในการทำความสะดวกภาชนะที่ใช้บ้างตาม โอกาสและตาม ความสามารถเช่นนำเศษอาหารที่เหลือไปทิ้งไว้ในที่ที่จัดไว้การนำภาชนะไปวางรวมกันหรือแช่น้ำ สุขอนามัยที่เกี่ยวกับการกินได้แก่

1.3.1 ควรล้างมือก่อนกินอาหารทุกครั้ง

1.3.2 หลังกินอาหารและน้ำเสร็จเรียบร้อยในแต่ละมื้อควรสอนให้เด็กทำความสะอาด ในช่องปากทุกครั้งด้วยการบ้วนปากหรือแปรงฟัน

1.3.3 รู้จักการใช้ช้อนกลางในการตักอาหารที่กินร่วมกันกับคนอื่น

1.3.4 กินอาหารเฉพาะที่สุกและสะอาดกรณีที่ต้องการฝึกให้เด็กเริ่มรู้จักกินอาหาร บางประเภทเช่นผักสดและผลไม้ควรสอนวิธีการทำความสะอาดด้วยการสร้างสุขอนามัยที่เกี่ยวกับ การกินจะช่วยป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรคต่าง ๆ จากการสัมผัสและการกินรวมทั้งสอนไม่让孩子 แพร่เชื้อโรคจากตนเองไปสู่ผู้อื่นด้วย

2. การนอน

สุขอนามัยเรื่องการนอนเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญตั้งแต่ช่วงปฐมวัยเพื่อเป็นการสร้าง นิสัยการนอนที่ดีตั้งแต่แรกเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปีส่วนใหญ่ยังต้องการการนอนพักช่วงกลางวัน 1 - 2 ครั้ง สุขอนามัยที่เกี่ยวกับการนอนได้แก่

2.1 กำหนดเวลาเข้านอนที่แน่นอนและมีการจัดกิจวัตรก่อนนอน

2.2 เข้านอนและตื่นตรงเวลาเป็นประจำในทุก ๆ วัน

2.3 ไม่ทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากหรือเร้าใจก่อนเข้านอน

- 2.4 ไม่ควรเข้านอนขณะหิวหรืออึดจนเกินไป
- 2.5 บรรยากาศในห้องนอนควรสงบเงียบไม่ควรมีโทรทัศน์ในห้องนอน
- 2.6 ไม่ใช่ห้องนอนเป็นสถานที่ทำโทษเด็ก
- 2.7 ในเวลากลางวันหรือช่วงระหว่างวัน

3. การจับถ่าย

เด็กปฐมวัยมีแบบแผนการจับถ่ายแตกต่างกันเช่นเดียวกับการกินและการนอนปัจจุบันเด็กปฐมวัยนิยมใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปทำให้เด็กปฐมวัยมีปัญหาในการจับถ่ายเพราะไม่สามารถฝึกหัดควบคุมการจับถ่ายได้ปัญหาการจับถ่ายของเด็กนอกจากจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหรือการปนเปื้อนอุจจาระในระหว่างกินอาหารยังอาจนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ อีกด้วยช่วงเวลากลางวันเด็กมักควบคุมการจับถ่ายปัสสาวะได้ก่อนซึ่งส่วนมากทำได้ที่อายุประมาณ 2 ปี ถึง 2 ปีครึ่ง หลังจากนั้นเด็กจะเริ่มควบคุมการจับถ่ายอุจจาระได้ที่อายุประมาณ 2 ปีครึ่ง หรือ 3 ปี ขณะที่ช่วงกลางคืนเด็กสามารถควบคุมการปัสสาวะไม่ปัสสาวะรดที่นอนเมื่ออายุประมาณ 3 - 4 ปี สุขอนามัยที่เกี่ยวกับการจับถ่ายได้แก่

3.1 สอนให้เด็กถ่ายในห้องน้ำโดยห้องน้ำควรดูแลให้สะอาดอยู่เสมอและมีสภาพเหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก

3.2 ทุกครั้งหลังการจับถ่ายควรสอนให้เด็กล้างมือทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยตนเองภายหลังการจับถ่ายและในการทำความสะอาดของเด็กผู้หญิงไม่ว่าจะเป็นการจับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระควรสอนให้เช็ดหรือล้างจากด้านหน้าไปด้านหลังเพื่อลดโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคในอุจจาระมาสู่ช่องคลอดหรือทวารของทางเดินปัสสาวะ

3.3 ฝึกหัดให้เด็กเข้าห้องน้ำจับถ่ายทุกครั้งที่รู้สึกปวดอยากถ่ายไม่กลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะการควบคุมการถ่ายอุจจาระจะฝึกได้ง่ายถ้าสอนให้เด็กนั่งโถส้วมหรือกระโถนภายหลังมื้ออาหารมื้อใดมื้อหนึ่งเป็นประจำเพราะภายหลังจากการกินอาหารจะเกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่เพิ่มมากขึ้นจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากจับถ่าย

4. การสอนสุขอนามัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

แนวทางการสอนเรื่องสุขอนามัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้กับเด็กปฐมวัยสามารถสอนได้ในเรื่อง

4.1 เมื่อป่วยมีอาการไอจามน้ำมูกไหลเด็กควรรู้จักการใช้มือหรือผ้าปิดปากหรือจมูกเพื่อป้องกันการเผยแพร่เชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

4.2 เมื่อมีคนเจ็บป่วยอยู่ใกล้ตัวไม่ควรเข้าไปใกล้หรือสัมผัส โดยเฉพาะในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนควรแยกเด็กโดยให้เด็กหยุดเรียนเพื่อดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

4.3 สอนให้เด็กเข้าใจปัจจัยพื้นฐานในการเสริมสร้างให้มีสุขภาพแข็งแรงได้แก่การกินอาหารที่มีประโยชน์อาหารสุกสะอาดนอนหลับอย่างเพียงพอออกกำลังกายตามสมควรการรับวัคซีนอย่างครบถ้วน

สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตันติพงษ์ กัณทาวารี (2549) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในแง่การเอื้อต่อติดต่อกันของโรคโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไว้ดังนี้

พื้นที่ใช้สอยต้องจัดให้มีบริเวณพื้นที่ในอาคารที่สะอาด ปลอดภัยและเพียงพอเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรมของเด็กเช่นการเล่นการเรียนรู้ การรับประทานอาหารและการนอนโดยแยกเป็นสัดส่วนจากห้องประกอบอาหารห้องส้วมและที่พักของเด็กป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 2.00 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คนนอกจากนี้พื้นที่สำหรับจัดกิจกรรมพัฒนาเด็กอาจจัดแยกเป็นห้องเฉพาะหรือจัดรวมเป็นห้องเอนกประสงค์ที่ใช้สำหรับจัดกิจกรรมที่หลากหลายโดยใช้พื้นที่เดียวกันแต่ต่างเวลา และอาจปรับเปลี่ยนวัสดุอุปกรณ์ หรือย้ายเครื่องเรือนตามความเหมาะสมและข้อจำกัดของพื้นที่ดังนี้

1. บริเวณพื้นที่สำหรับการนอนต้องคำนึงถึงความสะอาดเป็นหลักอากาศถ่ายเทได้สะดวกและอุปกรณ์เครื่องใช้เหมาะสมกับจำนวนเด็กมีพื้นที่เฉลี่ยประมาณ 2.00 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน โดยมีแนวทางในการจัดดำเนินการดังนี้

1.1 จัดให้มีการระบายอากาศที่ดีปลอดโปร่งไม่มีเสียงรบกวนและแสงสว่างไม่จ้าเกินไป

1.2 อุปกรณ์เครื่องนอนต่าง ๆ มีความสะอาดโดยนำไปปิดฝุ่นตากแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.3 จัดแยกเครื่องนอนหมอนผ้าห่มสำหรับเด็กแต่ละคนโดยเขียนหรือปักชื่อไว้ ไม่ใช้ร่วมกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1.4 หมั่นตรวจตราดูแลไม่ให้มีสัตว์ หรือแมลงต่าง ๆ มารบกวนในบริเวณพื้นที่สำหรับการนอน

2. บริเวณพื้นที่สำหรับการเล่นและพัฒนาเด็ก ควรออกแบบให้มีพื้นที่สำหรับการเรียนรู้รวมกลุ่มและแยกกลุ่มย่อยในกิจกรรมการเรียนรู้อิสระการเล่นสร้างสรรค์หรือการอ่านหนังสือเล่น

ต่อแท่งไม้ที่ต้องการมุงเงียบ และมีพื้นที่สำหรับการเล่นที่เลอะหรือเปียกต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของเด็กเป็นหลักโดยมีวัสดุอุปกรณ์ที่ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและมีอุปกรณ์ หรือเครื่องเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก

3. บริเวณพื้นที่รับประทานอาหารต้องคำนึงถึงความสะอาดเป็นหลัก มีอากาศถ่ายเทได้โดยสะดวก มีแสงสว่างพอเหมาะ มีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนเด็ก ทั้งนี้บริเวณห้องอาหาร โต๊ะเก้าอี้ที่ใช้สำหรับรับประทานอาหารต้องทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอและควรจัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้มีขนาดเหมาะสมกับตัวเด็กมีสภาพแข็งแรงและใช้งานได้ดี

4. บริเวณที่พักผ่อนป่วยต้องแยกเป็นสัดส่วนมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลตู้ยาเครื่องเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และเด็กต้องอยู่ในสายตาของผู้ดูแลตลอดเวลา กรณีไม่สามารถจัดห้องพักผ่อนป่วยเป็นการเฉพาะได้ ต้องจัดให้มีที่พักผ่อนป่วยแยกเป็นสัดส่วนตามความเหมาะสม

5. บริเวณสถานที่ประกอบอาหารหรือห้องครัว ต้องแยกห่างจากบริเวณพื้นที่สำหรับเด็กพอสมควร และมีเครื่องใช้ที่จำเป็นรวมทั้งที่ล้างและเก็บภาชนะเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ถูกสุขลักษณะโดยเน้นเรื่องความปลอดภัยและความปลอดภัยเป็นหลัก

6. บริเวณพื้นที่สำหรับใช้ทำความสะอาดตัวเด็กต้องจัดให้มีบริเวณที่ใช้สำหรับทำความสะอาดตัวเด็กและมีอุปกรณ์ที่จำเป็นตามสมควรอย่างน้อยต้องมีที่ล้างมือและแปรงฟันในขนาดและระดับความสูงที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ในกรณีที่มีห้องอาบน้ำจะต้องมีแสงสว่างเพียงพอ มีอากาศถ่ายเทได้โดยสะดวกและพื้นไม่ลื่น

7. ห้องส้วมสำหรับเด็กต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับเด็กโดยเฉลี่ย 1 แห่งต่อเด็ก 10 - 12 คน โถส้วมมีขนาดเหมาะสมกับตัวเด็ก โดยมีฐานส้วมที่เด็กสามารถก้าวขึ้นได้ง่ายมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวกและพื้นไม่ลื่น หากมีประตูจะต้องไม่ไต่กลอนหรือกุญแจและมีตัวสูงที่สามารถมองเห็นเด็กได้จากภายนอก และไม่ควรถูกปิดจากห้องพัฒนาเด็กหากห้องส้วมอยู่ภายนอกอาคารจะต้องไม่ตั้งอยู่ในที่ลับตาคน กรณีที่ไม่สามารถทำห้องส้วมสำหรับเด็กเป็นการเฉพาะได้ อาจดัดแปลงห้องส้วมที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับเด็ก

8. ห้องเอนกประสงค์ สำหรับใช้จัดกิจกรรมพัฒนาเด็กการรับประทานอาหารหรือการนอนคำนึงถึงความสะอาดและการจัดพื้นที่ใช้สอยให้เหมาะสมกับลักษณะของกิจกรรมหากเป็นอาคารชั้นเดียวต้องมีฝ้าใต้หลังคาหากเป็นอาคารที่มีมากกว่า 1 ชั้นควรจัดให้ชั้นบนสุดมีฝ้าใต้หลังคาโดยมีความสูงจากพื้นถึงเพดานไม่น้อยกว่า 2.40 เมตร แต่กรณีที่มีความสูงเกินกว่า 2.40 เมตรอาจไม่มีฝ้าใต้เพดานก็ได้

9. บริเวณพื้นที่เก็บสิ่งปฏิกูลจะต้องมีพื้นที่เก็บสิ่งปฏิกูลทั้งภายในและภายนอกตัวอาคาร โดยมีจำนวนและขนาดเพียงพอ ถูกสุขลักษณะและมีการกำจัดสิ่งปฏิกูลทุกวัน

10. บันไดควรมีความกว้างแต่ละช่วงไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร ลูกตั้งของบันไดสูงไม่เกิน 17.50 เซนติเมตร ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 20.00 เซนติเมตร บันไดทุกชั้นมีราวและลูกกรงไม่น้อยกว่า 90.00 เซนติเมตร มีราวเดี่ยวเหมาะสำหรับเด็กได้เกาะขึ้นบันไดและระยะห่างของลูกกรงต้องไม่เกิน 17.00 เซนติเมตร เครื่องใช้เฟอร์นิเจอร์ควรมีระดับความสูงและขนาดที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัยให้เด็กสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างสม่ำเสมอด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของเด็กเป็นสำคัญ ควรมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยถูกสุขลักษณะและควรตั้งอยู่ห่างจากแหล่งอบายมุขฝุ่นละอองกลิ่นหรือเสียงที่รบกวนมีการจัดระบบสุขาภิบาลการระบายน้ำการระบายอากาศ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2553)

แนวทางเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไว้ดังนี้

1. ในจังหวัด/อำเภอที่ยังไม่มีการระบาด

- 1.1 แจ้งให้ครูทราบสถานการณ์การระบาดและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรค
- 1.2 ให้ครูทำการตรวจคัดกรองเด็กทุกวันเพื่อให้สามารถค้นหาเด็กที่ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
- 1.3 ตรวจดูแลในปากเป็นหลัก โดยอาจมีหรือไม่มีตุ่มน้ำที่มือหรือเท้าก็ได้หากพบแผลในปากหลายแผลและมีอาการเจ็บทำให้เด็กกินไม่ได้ให้แยกเด็กออกจากคนอื่น ๆ ทั้งนี้ในกรณีที่พบเป็นรายแรกของโรงเรียนควรนำไปพบแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยว่าน่าจะเป็นโรคแผลในคอหอยหรือโรคมือเท้าปากหรือไม่

2. ในจังหวัดหรือโดยเฉพาะอำเภอที่มีการระบาด

- 2.1 ให้ครูทำการคัดกรองเด็กทุกเช้า
- 2.2 เมื่อพบว่าเริ่มมีผู้ป่วยในโรงเรียนให้เพิ่มความไวของการคัดกรองโดยแยกเด็กตั้งแต่เริ่มพบว่ามีไข้สูง ให้ผู้ปกครองมารับกลับบ้านและนำไปพบแพทย์และสังเกตอาการอีก 1 - 2 วันว่าเด็กเริ่มมีแผลในปากหรือตุ่มน้ำตามมือและเท้าหรือไม่

2.3 หากพบแผลในปาก (เด็กมักจะบ่นว่าเจ็บปากกินไม่ได้) ควรขอความร่วมมือจากผู้ปกครองให้เด็กหยุดเรียน 1 สัปดาห์เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงอาการแผลในปากเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีผื่นตามมือหรือเท้าก็ได้และสามารถแพร่เชื้อไปสู่เด็กคนอื่น ๆ และในสิ่งแวดล้อมได้

2.4 ควรประสานกับผู้ปกครองตั้งแต่เริ่มทราบข่าวว่ามีภาวะระบาดในจังหวัดหรือพื้นที่ใกล้เคียง ให้ผู้ปกครองช่วยทำการเฝ้าระวังการป่วยในเด็กและแจ้งโรงเรียนเมื่อเด็กมีอาการแผลในปากโดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูงต้องรีบนำไปพบแพทย์ (โดยอาจจะยังไม่มีแผลในปาก) เนื่องจากเด็กกลุ่มที่จะมีอาการรุนแรงมักมีอาการไข้สูงร่วมด้วยโดยที่เด็กอาจจะไม่มีหรือไม่มีแผลในปากก็ได้

2.5 หากพบว่ามียุติเด็กหยุดเรียนโดยไม่ทราบสาเหตุควรพิจารณาแจ้งกระทรวงสาธารณสุขเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากได้หรือไม่

3. ก่อนเปิดภาคเรียน

3.1 ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ในห้องเรียนห้องครัวภาชนะใส่อาหารรวมทั้งห้องน้ำห้องส้วมอาคารสถานที่ต่าง ๆ

3.2 จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ของเด็กแยกเป็นรายบุคคลไม่ให้ใช้ปะปนกัน เช่นผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ช้อนอาหารเป็นต้น รวมทั้งพยายามจัดหาอุปกรณ์ให้นักเรียนได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหารและหลังจากเข้าห้องส้วม

3.3 แนะนำครูเรื่องโรคมือเท้าปากและอนามัยส่วนบุคคลและเตรียมการกรณีเกิดการระบาดในโรงเรียน

4. ช่วงเปิดภาคเรียน

4.1 เผยแพร่ให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากแก่ผู้ปกครองและนักเรียนรวมทั้งให้ผู้ปกครองช่วยสังเกตอาการเด็กตั้งแต่เนิ่น ๆ

4.2 ควบคุมแลรักษาสุขลักษณะของสถานที่อุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาดดูแลสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีการทำลายเชื้อในอุจจาระ และการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้อง

4.3 จัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

4.4 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่นพื้นห้องและพื้นผิวอื่น ๆ ที่เด็กสัมผัสบ่อย ๆ สนามเด็กเล่น ห้องสุขา และห้องน้ำโดยล้างด้วยน้ำและสบู่แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอรีน เช่นไฮเตอร์ไฮยีนคลอรีน 10 นาทีก่อนล้างออกด้วยน้ำให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้างส่วนสิ่งของที่มีการนำเข้าปาก เช่นอุปกรณ์สำหรับการรับประทานอาหาร และแก้ว

น้ำของเล่นทั้งในห้องเรียนอุปกรณ์การเรียนการสอนต่าง ๆ ให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอก แล้วนำไปตากแดดหรือเช็ดให้แห้ง

4.4.1 ในกรณีที่ยังไม่พบผู้ป่วยในโรงเรียนควรทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งเนื่องจากขณะนี้พบผู้ป่วยแล้วในทุกจังหวัด

4.2.2 หากพบผู้ป่วยในโรงเรียนควรเพิ่มความถี่เป็นทุกวันที่มีเด็กมาเรียนจนกว่าการระบาดในอำเภอจะสงบและไม่พบผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อย 1 เดือน

4.2.3 สำหรับของที่ไม่สามารถล้างด้วยน้ำเช่นหนังสือนิทานให้นำมาตากแดดเป็นประจำเพื่อฆ่าเชื้อหรือคให้เด็กมีกิจกรรมที่ต้องสัมผัสของดังกล่าวในกรณีที่ไม่สามารถตากแดดได้

4.2.4 ผู้ดูแลเด็กต้องรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดีหมั่นล้างมือบ่อย ๆ และตัดเล็บให้สั้นล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนการปรุงอาหาร ภายหลังการขับถ่ายหรือสัมผัสน้ำมูกน้ำลาย หรืออุจจาระเด็ก

4.2.5 เฝ้าระวังโดยตรวจเด็กก่อนเข้าห้องเรียนถ้ามีอาการป่วยมีไข้หรือมีผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้าให้แยกเด็กป่วยอยู่ห้องพยาบาล ติดต่อให้ผู้ปกครองพากลับบ้านและไปพบแพทย์ โดยทั่วไปอาการ โรคมือเท้าปากจะไม่รุนแรงและสามารถหายเป็นปกติได้ภายใน 7-10 วันแต่หากเด็กมีอาการแทรกซ้อน เช่น ไข้สูง ชิม อาเจียน หอบต้องรีบนำเด็กกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที ในกรณีที่พื้นที่ที่มีการระบาดหากพบตุ่มในปากโดยยังไม่มีอาการอื่นให้เด็กหยุดเรียนอยู่บ้านได้เลย

5. กรณีมีเด็กป่วย

5.1 ให้แจ้งรายงานโรคแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและขอรับคำแนะนำในการควบคุมโรค เพิ่มความถี่การทำความสะอาดสิ่งของของเด็กจำเป็นต้องเป็นประจำ เช่นของเล่น พื้นห้องต้องทำความสะอาดด้วยน้ำยาอย่างน้อยวันละครั้ง (ไม่ใช่แค่กวาดด้วยไม้กวาดหรือใช้ผ้าเช็ด) สำหรับโรงเรียนที่มีของเล่นจำนวนมากไม่สามารถทำความสะอาดของเล่นอย่างทั่วถึงได้ทุกวัน ขอให้ลดจำนวนของเล่นสำหรับเด็กในแต่ละห้องให้เหลือเฉพาะชิ้นที่ใช้บ่อย ๆ และถ้าเป็นตุ๊กตาผ้า (ซึ่งไม่สามารถล้างได้โดยง่าย) อาจจะไม่ให้เด็กเล่นในช่วงที่มีการระบาดรวมทั้งเปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกแสงแดดส่องถึงและดูแลให้สระว่ายน้ำมีระดับคลอรีนที่ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานคือ 1 มิลลิกรัมต่อลิตรหรือ 1 ppm (Part per million)

5.2 ให้เด็กและครูที่ดูแลมีการล้างมือมากขึ้น โดยเฉพาะการล้างมือหลังเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหาร ควรล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งและไม่ควรให้สบู่อยู่ในสภาพแฉะ เพราะเป็นการทำให้เชื้อติดอยู่ในก้อนสบู่และแพร่กระจายไปสู่คนอื่น ๆ ได้มากขึ้น

5.3 ลดการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็กแต่ละห้องเท่าที่จะเป็นไปได้

5.4 แยกของใช้ส่วนตัวของเด็กเช่นแก้วน้ำแปรงสีฟันช้อนอาหารและผ้าเช็ดมือ, ผ้าเช็ดปาก

5.5 แจงรายชื่อและที่อยู่เด็กที่เข้าข่ายเฝ้าระวัง โรคมือเท้าปากให้แก่ผู้บริหารของโรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุขทุกวันทีพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าข่ายการเฝ้าระวัง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการประสานงานเพื่อให้สุศึกษาแก่ชุมชนในการลดการเล่นคลุกคลีในเด็ก (เน้นเนื้อหาให้เด็กที่ไม่ป่วยไม่ไปเล่นคลุกคลีกับเด็กบ้านอื่น ๆ เพราะไม่รู้ว่ามีใครบ้างที่ป่วย) จนกว่าพ้นระยะการระบาดในชุมชนนั้นๆ

5.6 หากมีเด็กป่วยจำนวนมาก ควรพิจารณาปิดห้องเรียนที่มีเด็กป่วยหรือปิดโรงเรียนระดับชั้นเด็กเล็ก

5.7 ทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชนและขอให้ผู้ปกครองช่วยตรวจดูว่าเด็กมีอาการที่น่าสงสัยหรือไม่ หากพบว่ามีอาการเข้าได้ เช่น มีแผลในปากหลายแผลและเจ็บมากจนทำให้ไม่ค่อยรับประทานอาหารให้ช่วยแจ้งแก่โรงเรียน เพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อไป

5.8 ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองว่าหากพบบุตรหลานมีอาการเข้าได้กับ โรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยขอให้เด็กหยุดเรียนจนกว่าจะครบ 7 วันนับจากวันเริ่มมีอาการถึงแม้ว่าเด็กอาจมีอาการดีขึ้นก่อนครบ 7 วันเนื่องจากในช่วงสัปดาห์แรกเป็นระยะที่มีการแพร่เชื้อออกมามากที่สุดโดยที่ในระหว่างนั้นพยายามแยกเด็กที่มีอาการออกจากเด็กคนอื่นๆทั้งเพื่อนบ้านและพี่น้องที่อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่มีน้องเล็ก ๆ อายุ 1 - 2 ปีหรือน้อยกว่าเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดอาการรุนแรงและในกรณีที่เกิดการระบาดในโรงเรียนอาจต้องมีการปิดห้องหรือปิดชั้นเรียนปิดโรงเรียนแล้วแต่สถานการณ์

5.9 กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลเด็กที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยจากโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยโดยให้ครูประจำชั้นหรือครูห้องพยาบาลรายงานรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยมายังผู้รับผิดชอบคนดังกล่าวโดยเร็วเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่โดยต้องมีชื่อ-สกุล ห้องเรียนและที่อยู่ปัจจุบันของเด็กเพื่อให้ผู้รับผิดชอบหลักแจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกวันที่พบผู้ป่วยรายใหม่

5.10 ถ้าพบผู้ป่วยในห้องเรียนเดียวกันมากกว่า 2 คนภายใน 1 สัปดาห์อาจพิจารณาปิดห้องเรียนแต่ถ้ามีผู้ป่วยมากกว่า 1 ห้องอาจปิดศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน/สถานศึกษาชั่วคราวเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันทำการเพื่อทำความสะอาดพื้นผิวต่าง ๆ ที่เด็กป่วยสัมผัสและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

6. การล้างมือที่ถูวิธี

สำหรับประเทศไทย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) ได้สำรวจพฤติกรรมการล้างมือของคนไทยวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2557 พบว่ามีถึงร้อยละ 88 ที่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ภายหลังจับถ่าย ซึ่งหากมีอุจจาระติดมือเชื้อโรคก็จะติดมาด้วยและมีโอกาสก่อโรคได้ตลอดเวลา ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าในอุจจาระคนขนาดน้ำหนัก 5 กรัมจะมีเชื้อแบคทีเรียอยู่ 1 ล้านตัวและมีเชื้อไวรัสมากถึง 10 ล้านตัว ซึ่งทางกรมอนามัยได้ให้คำแนะนำว่าการล้างมือด้วยน้ำธรรมดาอย่างเดียวไม่ได้ฟอกสบู่จะมีผลเพียงลดคราบสกปรกฝุ่นละอองเท่านั้นแต่เชื้อโรคมียังมีเหมือนเดิมการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่ถูวิธีจะช่วยลดปริมาณเชื้อโรคที่มือได้ดีที่สุดซึ่งมี 7 ขั้นตอนได้แก่

- (1) ฝ่ามือถูกัน
- (2) ฝ่ามือถูหลังมือและนิ้วถูซอกนิ้ว
- (3) ฝ่ามือถูฝ่ามือและนิ้วถูซอกนิ้ว
- (4) หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ
- (5) ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ
- (6) ปลายนิ้วมือถูขวางฝ่ามือ
- (7) ถูรอบข้อมือ โดยทุกขั้นตอนทำ 5 ครั้งสลับกันทั้ง 2 ข้าง



ภาพ 7 ล้างมืออย่างไรให้สะอาด

ที่มา : (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากการลงเก็บข้อมูลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสระเคอ จังหวัดสงขลา พบว่ายังมีหลายมาตรการซึ่งยังไม่ดำเนินการตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ได้แก่ การคัดกรองนักเรียนที่หน้าประตูโรงเรียน โดยครูในช่วงที่มีการระบาดของโรค การทำความสะอาดห้องเรียน กรณีพบเด็กป่วยหนึ่งคน การให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วันทำการ เป็นต้น เหล่านี้ทำให้เกิดการระบาดของโรคขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จนถึงขั้นต้องหยุดเรียนเพื่อลดการระบาดของโรค

การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้กำหนดบทบาทของเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคไว้ดังนี้

1. เครือข่ายแพทย์ในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน การดำเนินงาน

1.1 ประสานกับแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปาก และการเสียชีวิตหรือป่วยรุนแรงจากเชื้อเอนเทอโรไวรัสในประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งสถานการณ์ในจังหวัดหรืออำเภอนั้น ๆ

1.2 ให้แพทย์รับทราบแนวทางการเฝ้าระวังของโรคมือเท้าปากและการเสียชีวิตหรือการป่วยรุนแรงจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส เพื่อขอให้ช่วยแจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในกรณีที่พบผู้ที่มีอาการรุนแรงเข้าได้กับนิยามเฝ้าระวังหรือพบการป่วยเป็นกลุ่มก้อน

2. เครือข่ายสถานศึกษาโดยเฉพาะศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนที่มีชั้นอนุบาลและประถมศึกษาตอนต้น การดำเนินงาน

2.1 แจ้งให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปากให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรค

2.2 ทำการตรวจคัดกรองเด็กทุกวันเพื่อให้สามารถค้นหาเด็กที่ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

2.3 หากยังไม่มีการระบาดในอำเภอที่ตั้งของโรงเรียน เน้นการตรวจดูแลในปากเป็นหลัก โดยอาจมีหรือไม่มีตุ่มน้ำที่มือหรือเท้าก็ได้ หากพบแผลในปากหลายแผลและมีอาการเจ็บ ทำให้เด็กกินไม่ได้ ให้แยกเด็กออกจากคนอื่น ๆ ทั้งนี้ในกรณีที่พบเป็นรายแรกของโรงเรียนควรนำไปพบแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยว่าน่าจะเป็นโรคแผลในคอหอยหรือโรคมือเท้าปากหรือไม่

2.4 ในกรณีที่เกิดการระบาดในอำเภอที่ตั้งของโรงเรียนหรือพบว่าเริ่มมีผู้ป่วยในโรงเรียน ให้เพิ่มความไวของการคัดกรอง โดยแยกเด็กตั้งแต่เริ่มพบว่ามีไข้สูงให้ผู้ปกครองมารับกลับบ้านและนำไปพบแพทย์และสังเกตอาการอีก 1 - 2 วันว่าเด็กเริ่มมีแผลในปากหรือตุ่มน้ำตามมือและเท้าหรือไม่

2.5 ในช่วงที่มีการระบาดในอำเภอหรือเริ่มมีผู้ป่วยในโรงเรียน หากพบว่ามีเด็กหยุดเรียนโดยไม่ทราบสาเหตุควรโทรติดต่อผู้ปกครอง เพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากได้หรือไม่

2.6 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่นพื้นห้องและพื้นผิวอื่น ๆ ที่เด็กสัมผัสบ่อย ๆ สนามเด็กเล่น ห้องสุขาและห้องน้ำ โดยล้างด้วยน้ำและสบู่แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสม

ของคลอรีนเช่นไฮเตอร์ ไฮยีน คลอรีนซ์ทิ้งไว้ 10 นาที ก่อนล้างออกด้วยน้ำให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้างส่วนของผู้ที่มีการนำเข้าปาก เช่นอุปกรณ์สำหรับการรับประทานอาหารและแก้วน้ำของเด็กทั้งในห้องเรียนอุปกรณ์การเรียนการสอนต่าง ๆ ให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกแล้วนำไปตากแดดหรือเช็ดให้แห้ง

2.7 ในกรณีที่ยังไม่พบผู้ป่วยในโรงเรียนควรทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เนื่องจากขณะนี้พบผู้ป่วยแล้วในทุกจังหวัด

2.8 หากพบผู้ป่วยในโรงเรียนควรเพิ่มความถี่เป็นทุกวันที่มีเด็กมาเรียน จนกว่าการระบาดในอำเภอจะสงบและไม่พบผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อย 1 เดือน

2.9 สำหรับของที่ไม่สามารถล้างด้วยน้ำ เช่นหนังสือนิทานให้นำมาตากแดดเป็นประจำเพื่อฆ่าเชื้อหรือคงให้เด็กมีกิจกรรมที่ต้องสัมผัสสิ่งของดังกล่าว ในกรณีที่ไม่สามารถตากแดดได้

2.10 จัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะรวมทั้งการกำจัดอุจจาระให้ถูกต้องและล้างมือบ่อย ๆ ทั้งเด็กและครูหรือผู้ดูแลเด็ก โดยล้างมือด้วยน้ำและสบู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังทำความสะอาดให้เด็กที่เข้าห้องน้ำหลังเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็กหรือสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เช่นน้ำมูก น้ำลาย

2.11 แยกของใช้เด็กแต่ละคนไม่ให้ปะปนกัน เช่นแปรงสีฟัน แก้วน้ำ ซ้อนอาหาร ผ้าเช็ดมือเช็ดปาก

2.12 เปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกแสงแดดส่องได้ทั่วถึง

2.13 ในกรณีที่โรงเรียนมีสระว่ายน้ำต้องดูแลให้มีความเข้มข้นของคลอรีนในน้ำอย่างน้อย 1 มิลลิกรัมต่อลิตร

2.14 ให้โรงเรียนทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน และขอให้ผู้ปกครองช่วยตรวจดูว่าเด็กมีอาการที่น่าสงสัยหรือไม่ หากพบว่ามีอาการเข้าได้ เช่นมีแผลในปากหลายแผลและเจ็บมากจนทำให้ไม่คอยรับประทานอาหารให้ช่วยแจ้งแก่โรงเรียน เพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อไป

2.15 ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองว่าหากพบบุตรหลานมีอาการเข้าได้กับโรคมีอเท้าปากหรือแผลในคอหอยขอให้เด็กหยุดเรียนจนกว่าจะครบ 7 วันนับจากวันเริ่มมีอาการถึงแม้ว่าเด็กอาจมีอาการดีขึ้นก่อนครบ 7 วันเนื่องจากในช่วงสัปดาห์แรกเป็นระยะที่มีการแพร่เชื้อออกมามากที่สุด โดยที่ในระหว่างนั้นพยายามแยกเด็กที่มีอาการออกจากเด็กคนอื่น ๆ ทั้งเพื่อนบ้านและพี่น้องที่อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่มีน้องเล็ก ๆ อายุ 1-2 ปี หรือน้อยกว่าเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดอาการรุนแรงและในกรณีที่เกิดการระบาดในโรงเรียนอาจต้องมีการปิดห้องหรือปิดชั้นเรียนปิดโรงเรียนแล้วแต่สถานการณ์

2.16 ให้โรงเรียนกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลเด็กที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยจากโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอย โดยให้ครูประจำชั้นหรือครูห้องพยาบาล รายงานรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยมายังผู้รับผิดชอบคนดังกล่าวโดยเร็วเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่ โดยต้องมีชื่อ-สกุลห้องเรียน และที่อยู่ปัจจุบันของเด็กเพื่อให้ผู้รับผิดชอบหลัก แจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกวันที่พบผู้ป่วยรายใหม่

2.17 ถ้าพบผู้ป่วยในห้องเรียนเดียวกันมากกว่า 2 คนภายใน 1 สัปดาห์อาจพิจารณาปิดห้องเรียนแต่ถ้ามีผู้ป่วยมากกว่า 1 ห้องอาจปิดศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน/สถานศึกษาชั่วคราวเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันทำการ เพื่อทำความสะอาดพื้นผิวต่าง ๆ ที่เด็กป่วยสัมผัสและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการควบคุมโรค

3. เครือข่ายในชุมชนทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำท้องถิ่น การดำเนินงาน

3.1 แจ้งให้ทราบสถานการณ์การระบาด ร่วมกันให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้ต่อให้แก่ชุมชน

3.2 หากพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น โรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยให้ดำเนินการดังนี้

3.2.1 แจ้งข่าวแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และให้เด็กหยุดเรียนอย่างน้อย 7 วัน

3.2.2 ให้ผู้ปกครองนำเด็กไปพบแพทย์ในกรณีต่อไปนี้

- (1) เป็นผู้ป่วยรายแรกของหมู่บ้าน
- (2) มีไข้สูงอย่างน้อย 2 วัน
- (3) มีอาการอื่น ๆ เช่น อาเจียน หอบเหนื่อย ชีพชักรหรือดูแล้วเด็กมีอาการแยกลง

3.3 พ่อแม่ผู้ปกครองควรแนะนำสุขอนามัยส่วนบุคคลแก่บุตรหลาน โดยเฉพาะการล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลัง การขับถ่าย หรือก่อนรับประทานอาหาร และให้เด็กที่ยังไม่ป่วยหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับเด็กป่วย เช่น การกอดรัดการเล่นของเล่นที่เปื้อนน้ำลายหรือน้ำมูกของผู้ป่วย ให้รักษาสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร เช่น การใช้ช้อนกลางหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำร่วมกัน ทั้งนี้ต้องดูแลให้เด็กที่ป่วยขับถ่ายอุจจาระลงในที่รองรับแล้วนำไปกำจัดให้ถูกสุขลักษณะในส้วม ผู้ดูแลเด็กควรล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังทำความสะอาดแก่เด็กที่เข้าห้องน้ำหลังเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็กหรือสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งเช่น น้ำมูกน้ำลาย

3.4 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น ของเล่นในบ้านสนามเด็กเล่นในชุมชน หรือห้างสรรพสินค้า พื้นห้องและพื้นผิวอื่น ๆ ที่เด็กสัมผัสบ่อย ๆ ห้องสุขา และห้องน้ำโดยล้างด้วยน้ำและสบู่ แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอรีน เช่น ไฮเตอร์ ไฮยีนคลอรีนหรือซัน ทิ้งไว้ 10 นาที

ก่อนล้างออกด้วยน้ำให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้างส่วนองที่มีกรนำเข้าปาก เช่น อุปกรณ์ สำหรับการรับประทานอาหารและแก้วน้ำของเล่นให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกแล้วนำไปตากแดดหรือเช็ดให้แห้ง

4. การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.1 จัดการอบรมให้ความรู้แก่สถานศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ (ที่มีเด็กเล็ก) และเครือข่าย อสม. ผู้นำชุมชนร่วมกับแจ้งชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกรณีที่ต้องมีการแจ้ง ข้อมูลผู้ป่วย

4.2 รับแจ้งข้อมูลจากโรงเรียนและชุมชนและนำรายชื่อผู้ป่วยมาทำทะเบียนผู้ป่วยสงสัย หรือได้รับการวินิจฉัยโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อติดตามสถานการณ์โรค

4.3 เมื่อรับแจ้งข้อมูลจากโรงเรียนว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ดำเนินการประสานงานกับผู้นำ ชุมชนและ อสม. ในชุมชนของผู้ป่วย เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการดำเนินการให้ความรู้แก่ชุมชน และครอบครัวหรือละแวกบ้านของผู้ป่วยหากเป็นผู้ป่วยรายแรก ๆ ของตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรลงพื้นที่ด้วยตัวเองเพื่อเป็นที่เลี้ยงให้แก่ อสม.

4.4 ในกรณีที่ได้รับแจ้งจากชุมชนว่ามีผู้ป่วยโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยและผู้ป่วย เป็นเด็กนักเรียนหรือเป็นเด็กที่ถูกส่งไปศูนย์เด็กเล็ก ให้ตรวจสอบว่าโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็กรับรู้ ข้อมูลการป่วยแล้วหรือไม่เพื่อการดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ยังไม่มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทราบเรื่องก็ต่อเมื่อพบเด็ก ป่วยหลายคนในหลายห้องเรียนจนต้องปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว

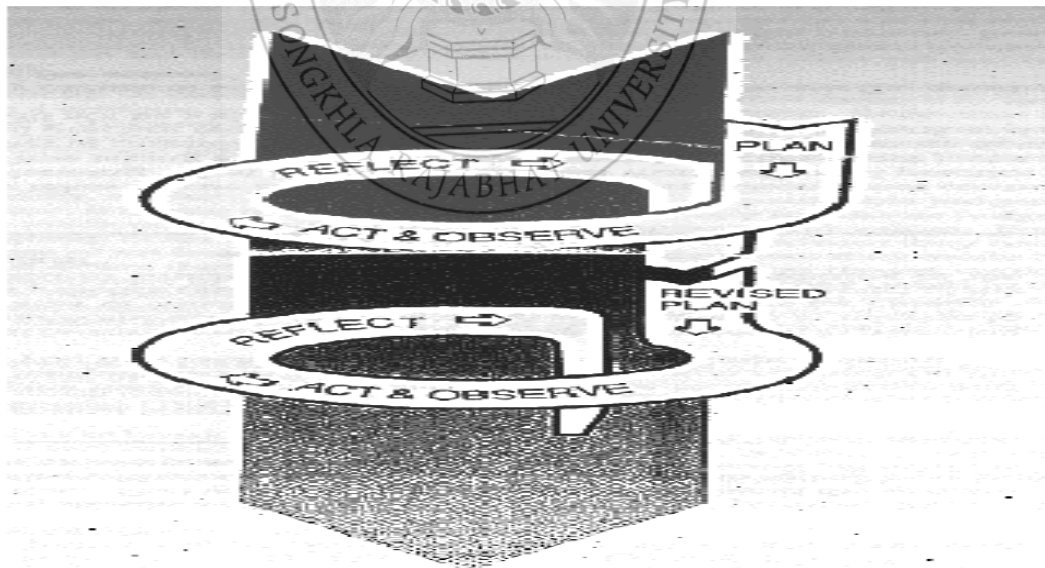
การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)

ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในโอกาสต่อไป จะทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเองทั้งหมด โดยผู้วิจัยและเลือกใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เนื่องจากมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และการดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีจากงานวิจัยหลายๆงานก่อนหน้านี้

โดยกระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ

- ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)
- ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)
- ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation)
- ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนกลับ (Reflection)

กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานโดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆเป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพ



ภาพ 8 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)

ที่มา : (Kemmis & McTaggart, 1988)

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าวจึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา (องอาจ นัยพัฒน์, 2548) ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน

เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผนภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการต่อต้านรวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้นโดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ

เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. ขั้นตอนการสังเกตการณ์

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไรการสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. ขั้นตอนการสะท้อนกลับ

เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์ กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะ วิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นวิธีการ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบ หรือเก็ลียวต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก มีดังต่อไปนี้

สันติพงษ์ กัณเฑาะวารี (2549) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.8 โดยมีความรู้เรื่องอาการ การติดต่อ การป้องกันโรคในระดับดีมาก ส่วนความรู้ด้านระยะฟักตัว แหล่งแพร่เชื้อและฤดูกาลระบาดของโรคมีความรู้ในระดับดี การได้รับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก พบว่าครูที่ผ่านการอบรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ ภูผิวีฟ้า (2557) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระดับความรู้ของโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 59.6 และ 32.1 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ จันทร์หอม (2557) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขภาพอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากในระดับดีเยี่ยม มีความรู้เฉลี่ยเรื่องกลุ่มเสี่ยงของโรคมือเท้าปากร้อยละ 100 การติดต่อของโรคมือเท้าปากร้อยละ 98.6 อาการของโรคมือเท้าปากและการป้องกันของโรคมือเท้าปากร้อยละ 95.0 และร้อยละ 89.3 ตามลำดับ ในส่วนของการจัดการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปาก พัชรภรณ์ บศิริฐและคณะ (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็กอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพในการ

ป้องกันโรค ควรมีการจัดอบรมทั้งพื้นที่โดยบุคลากรสาธารณสุข โดยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ความรู้ของผู้ดูแลเด็กมีทั้งอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กในแต่ละพื้นที่มีระดับความรู้ในเรื่องโรคมือเท้าปากแตกต่างกันมาก เนื่องจากแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญกับโรคนี้ไม่เท่ากันทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กต่อโรคมือเท้าปาก จึงควรจัดอบรมเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง ให้มีความรู้เพิ่มขึ้นและตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

2. งานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีดังต่อไปนี้

พัชรภรณ์ ไพศานมาศ (2554) ได้ศึกษาเรื่องการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปากอ้ากอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการล้างมือและการฟอกนิตยสารล้างมือของผู้ดูแลเด็กที่ทำในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ได้แก่ หลังจากพาเด็กทำกิจกรรมนอกอาคารหลังจากการเล่นทรายหลังจากพาเด็กเข้าห้องน้ำหลังการเปลี่ยนเสื้อผ้า ก่อนการจัดเตรียมอาหารว่างและอาหารกลางวันสำหรับเด็กก่อนขงนมในส่วนของกิจกรรมอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก เช่น ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน หลังจากการเข้าห้องน้ำเป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลเด็กทั้งหมดไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอนผู้ดูแลเด็กล้างมือตามความสะดวกของแต่ละบุคคลโดยส่วนมากทุกครั้งจะมีการล้างมือด้วยสบู่และมีบางส่วนที่ใช้แชมพูหรือเจลล้างมือแบบไม่ใช่และล้างด้วยน้ำเปล่า ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กพบว่าในด้านการรับประทานอาหารเด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารร้อยละ 86.7 ในการรับประทานอาหารของเด็กพบว่าเด็กใช้ช้อนในการรับประทานอาหารร้อยละ 86.7 และเด็กไม่หยิบอาหารที่ตกนอกจาน/ถาดใส่อาหารใส่ปากร้อยละ 80.0 เด็กมีการล้างมือก่อนนอนกลางวันร้อยละ 53.3 และเด็กมีการล้างหน้าแปรงฟันก่อนนอนกลางวันร้อยละ 53.3 สุขอนามัยด้านการใช้ห้องน้ำของเด็กพบว่าเด็กมีการราดน้ำทุกครั้งหลังจากใช้ห้องน้ำร้อยละ 93.3 และล้างมือหลังการใช้ห้องน้ำด้วยน้ำร้อยละ 84.6

สันติพงษ์ กัณทะวารี (2549) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความตระหนักในการล้างมือให้ถูกต้องเนื่องจากยังไม่มียุคชันป้องกันโรคโรคมือเท้าและปากที่มีประสิทธิภาพและควรมีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องการฟอกล้างมือให้ถูกต้องตามขั้นตอนเพื่อป้องกันโรคให้เป็นนิสัยโดยเฉพาะการล้างมือตามขั้นตอนทุกครั้งก่อนและหลังการเตรียมอาหารก่อนรับประทาน

อาหารและภายหลังการขับถ่าย ซึ่งเป็นวิธีที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดลงได้มาก นอกจากนี้ควรมีการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลล้างมือทั้งชนิดที่ใช้และไม่ใช้น้ำทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดโรคมือเท้าและปาก

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมือเท้าปาก พบว่าเด็กและผู้ดูแลเด็ก ยังล้างมือ ไม่ถูกต้องตามขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอนของกรมอนามัย ซึ่งการล้างมือที่ถูกต้องสามารถลดการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ จึงควรเพิ่มการล้างมือที่ถูกต้องในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก

3. งานวิจัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรคมืดต่อไป

บุญเลิศ จันทร์หอม (2557) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 22 แห่ง พบว่ามีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จัดให้มีแก้วนํ้าดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคนและจัดเก็บแก้วนํ้าในที่สะอาดร้อยละ 90.9 เครื่องนอนสะอาดร้อยละ 77.3 และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การมีของเล่นสะอาดร้อยละ 54.5 มีที่ล้างมือสะอาดร้อยละ 50.0 ห้องนํ้าห้องส้วมสะอาดพอเพียง และมีอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคร้อยละ 31.8

สันติพงษ์ กัณทะวาริ (2549) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการป้องกันโรค ได้แก่การมีเครื่องมือในการทำความสะดวกครบถ้วน การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็ก การมีผลิตภัณฑ์ในการฆ่าเชื้อโรค

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค พบว่าการมีเครื่องมือในการทำความสะดวกครบถ้วน การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็ก การมีผลิตภัณฑ์ในการฆ่าเชื้อโรค เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรค จึงควรสนับสนุนให้มีการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในครั้งนี้

4. งานวิจัยเกี่ยวกับมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากมืดต่อไป

พัชรภรณ์ ไพศายมาศ (2554) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปากอำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 แห่ง พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่มีการแยกเด็กปกติกับเด็กที่ป่วย อาทิ การขอความร่วมมือผู้ปกครองในการแยกเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไว้บ้านและการคัดกรองเด็กก่อนที่จะขึ้นรถนักเรียน โดยผู้ดูแลเด็กเป็นผู้คัดกรอง ในส่วนการดำเนินการเมื่อเกิดโรคมือเท้าปากในเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กจะมีการเตรียมพร้อมในการประสานงาน

ไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อเข้ามาดำเนินการควบคุมโรคและป้องกันการแพร่กระจายของโรคตามแนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าและปาก

จักรพงษ์ เอี่ยวตระกูลและคณะ (2555) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของบุคลากรในสถานบริการเลี้ยงเด็ก เขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 51 แห่ง พบว่าการตรวจคัดกรองโรค ควรทำตั้งแต่ก่อนเด็กเข้าประตูโรงเรียนก่อนที่ผู้ปกครองที่มาส่งจะกลับ ไม่ใช่ทำในช่วงเข้าแถวก่อนเข้าเรียน ซึ่งการคัดกรองดังกล่าวเป็นวิธีที่สำคัญมากในการป้องกันการแพร่ระบาดในสถานบริการเลี้ยงเด็ก จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่ามีสถานบริการบางแห่งที่มีการคัดกรองอย่างเข้มงวดทำให้ไม่มีการแพร่ระบาดในสถานบริการนั้น นานตั้งแต่ 3 ปีก่อนจนถึงปัจจุบันและกระบวนการนี้ทำให้เด็กผู้ปกครองทราบว่าโรงเรียนตรวจดูอะไรและถ้าหากเด็กมีอาการดังกล่าวผู้ปกครองก็จะพาไปรับการตรวจจากแพทย์ เพื่อไม่ให้ต้องเสียเวลาในการพาบุตรมาแล้วต้องพากลับ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากควรเพิ่มการคัดกรองเด็กที่ป่วยหน้าโรงเรียนก่อนเข้าประตูโรงเรียนในตอนเช้า ซึ่งจะสามารถสกัดเด็กที่ป่วยไม่ให้เข้ามาแพร่เชื้อต่อได้

5. งานวิจัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรคมื่อดังต่อไปนี้

จักรพงษ์ เอี่ยวตระกูล และคณะ (2555) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของบุคลากรในสถานบริการเลี้ยงเด็กเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 51 แห่ง พบว่าการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อพบเด็กเป็นโรคยังไม่ได้ปฏิบัติครบถ้วนร้อยละ 80.9 ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่เมื่อมีการแจ้งการระบาดจะต้องมีการปิดโรงเรียนทำให้ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงเรียนและผู้ปกครองเด็กที่ไม่ป่วยซึ่งมีจำนวนมากจะไม่พอใจ เพราะต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กที่ไม่ป่วย อีกทั้งบุคลากรให้ความสำคัญกับการแพร่ระบาดของโรคนี้น้อย เนื่องจากทราบข้อมูลเพียงบางส่วนว่าโรคมือเท้าปากเป็นโรคที่หายได้เอง การสร้างเครือข่ายป้องกันโรคสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคได้จริง เนื่องจากการรู้เร็ว สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้

ภูพาน สันประภาและคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคมือเท้าและปากในชุมชน ตำบลนามะเขือ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคมือเท้าและปาก ก่อนการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมใน ระดับปานกลาง 39 คน ร้อยละ 82.98 มีส่วนร่วมในระดับมาก และระดับน้อย 4 คน ร้อยละ 8.51 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.09 (S.D.=0.54) ส่วนภายหลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก 27 คน คิดเป็นร้อยละ

57.45 และมีส่วนร่วมระดับปานกลาง 20 คน ร้อยละ 42.55 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.55) การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน มีการเฝ้าระวังโรคทั้งในชุมชนและสถานศึกษา หากพบผู้สงสัยรายงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของชุมชนเพื่อควบคุมโรคทันที ตลอดจนการออกนิเทศติดตามประเมินผลเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคมือเท้าและปากโดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในพื้นที่

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเครือข่ายเฝ้าระวังโรค จะเห็นได้ว่าเครือข่ายมีความจำเป็นในแง่ของความร่วมมือ ความเร็วในการรับรู้ข่าวสาร การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างทันทั่วถึง

ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างได้มีการวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเมืองใน จังหวัดพัทลุงและจังหวัดตรัง จำนวน 32 แห่ง (บงกช เขียวชาญยนต์ และคณะ, 2553) โดยขั้นตอนการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1. การพัฒนากระบวนการ 5 ด้านได้แก่ ความรู้ พฤติกรรม สภาพแวดล้อม บทบาทเครือข่าย และการเฝ้าระวังโรค 2. การประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกสุขภาพเด็กและการสังเกตการสัมภาษณ์ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าได้รูปแบบเชิงรุกการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ดำเนินการโดยครูพี่เลี้ยงโดยประกอบไปด้วยกิจกรรมการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการเพื่อค้นหาผู้ป่วยสงสัยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและบทบาทเครือข่าย เปรียบเทียบผลการพัฒนากิจกรรมและสภาพแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็กก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจผลการดำเนินงานที่สามารถลดการเกิดโรคในศูนย์เด็กเล็กได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบคัดกรองโรคมือเท้าปากโดยครูพี่เลี้ยงสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค โดยเพิ่มการลงเยี่ยมบ้านเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากทุกราย การพัฒนาทั้ง 5 ด้าน มีแบบวัดชัดเจน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดโรคมือเท้าปากกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งจะช่วยให้ทราบผลการพัฒนาในด้านต่าง ๆ และประสิทธิผลของรูปแบบชัดเจนยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสระตะกอย จังหวัดสงขลา ซึ่งมีรายละเอียดและวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 15 คน โดยเลือกเป็นกลุ่มประชากรทั้งหมด 15 คน

1.1 เกณฑ์ของกลุ่มประชากรที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1.1.1 เป็นผู้ดูแลเด็กมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

1.1.2 ยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย

1.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มประชากร (Exclusion criteria)

1.2.1 เป็นผู้ดูแลเด็กมาแล้วน้อยกว่า 6 เดือน

1.2.2 ไม่ยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย

2. ผู้ปกครองของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 323 คน ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ของมหาวิทยาลัย Heinrich-Heine-Universität เลือกรูปแบบการวิเคราะห์แบบ F-test ANOVA repeated measures โดยกำหนด α เท่ากับ 0.05 (ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%) และกำหนดอำนาจของการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 (Power of test 95%) (Faul F, et al., 2007) จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 15 (Lemeshow S, et al., 1990) ได้จำนวน 7 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนประมาณ 50 คน (ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จำนวน 65 คน)

2.1 เกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

2.1.1 ดูแลเด็กในปกครองมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

2.1.2 ยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย

2.1.3 สามารถอ่านออกเขียนได้

2.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

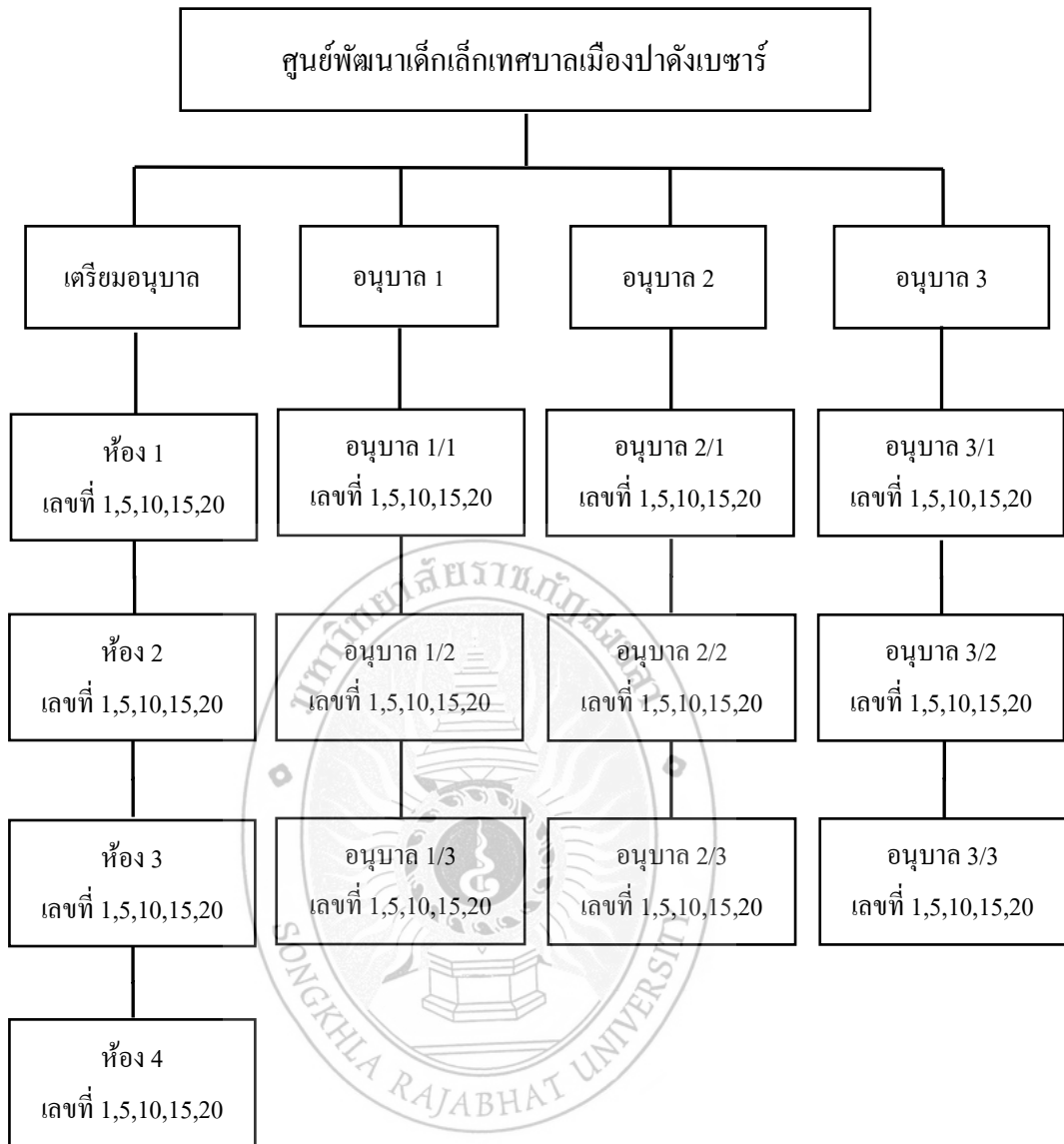
2.2.1 ดูแลเด็กในปกครองน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

2.2.2 ไม่ยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย

2.2.3 ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้

3. เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 323 คน โดยผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมตลอดการวิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ของมหาวิทยาลัย Heinrich-Heine-Universität เลือ่วิธีการวิเคราะห์แบบ F-test ANOVA repeated measures โดยกำหนด α เท่ากับ 0.05 (ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%) และกำหนดอำนาจของการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 (Power of test 95%) (Faul F, et al., 2007) จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คนแต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 15 (Lemeshow S, et al., 1990) ได้จำนวน 7 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนประมาณ 50 คน (ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จำนวน 65 คน)

คัดเลือกเด็กโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากห้องเรียนตั้งแต่ระดับเตรียมอนุบาลจนถึงระดับอนุบาล 3 ทั้งหมด 13 ห้องด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเลือกเด็กนักเรียน เลขที่ 1,5,10,15 และ 20 ของแต่ละห้องเรียน



ภาพ 9 การกลุ่มกลุ่มตัวอย่างของเด็กเพื่อสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับการเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ใช้การเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่น ๆ เนื่องจากปี พ.ศ. 2557-2559 พบอุบัติการณ์เด็กป่วยในหลายห้องเรียนจนต้องหยุดการเรียนการสอนเพื่อทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปาก

แบบแผนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยวางแผนร่วมกับผู้ดูแลเด็กและผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคมือเท้าปากในอดีต 3 ปีย้อนหลัง วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในอดีตที่ผ่านมา

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง สังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก และสังเกตมาตรการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาแบบ โดยทีมวิจัยในเดือน เมษายน 2560

1.2 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิด และวางแผนในการปฏิบัติการ เพื่อให้มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมทั้ง 5 ด้านได้แก่

- 1.2.1 พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก
- 1.2.2 พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค
- 1.2.3 พัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค
- 1.2.4 พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค
- 1.2.5 พัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

ตาราง 2 กิจกรรมการพัฒนา รูปแบบทั้ง 5 ด้านและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
1. พัฒนาการรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	- ผู้ดูแลเด็ก - ผู้ปกครอง	- ตอบแบบสอบถาม โดยผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง	- แบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังพัฒนาความรู้
2. พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค	- เด็ก - ผู้ดูแลเด็ก	- สังเกตพฤติกรรมสุขภาพเด็กและผู้ดูแลเด็กโดยทีมวิจัย	- แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรค	- เด็ก - ผู้ดูแลเด็ก	- ประเมินสิ่งแวดล้อมโดยทีมวิจัย	- แบบประเมินสิ่งแวดล้อม
4. พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค	- ผู้ดูแลเด็ก	- การตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลเด็ก	- แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก
5. พัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค	- เด็ก - ผู้ดูแลเด็ก	- สังเกตมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโดยทีมวิจัย	- แบบสังเกตการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

2. การปฏิบัติการ (Action) ได้แก่ การดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากทั้ง 5 ด้าน ชำรงต้นที่ได้มีการวางแผนไว้ โดยเริ่มดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2560 - กันยายน 2560

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามผลการพัฒนา รูปแบบในแต่ละกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ทีมวิจัยสังเกตติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรม ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาอุปสรรค โดยมีการชี้แจงรายละเอียดการสังเกตให้กับคณะผู้วิจัยและมีคู่มือการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ภายหลังจากทำกิจกรรมตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ แบบสังเกตพฤติกรรม แบบประเมินสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก แบบสังเกตการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยการจัดประชุมถอดบทเรียนกับผู้ดูแลเด็กผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้วิจัย เมื่อดำเนินการตามรูปแบบไปแล้ว 2 เดือน ในเดือนกรกฎาคม 2560 เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนา รูปแบบ สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ค้นหาข้อมูลให้กับผู้ดูแลเด็กผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา รูปแบบอย่างต่อเนื่องในวงรอบต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวจากตัวเลือก 2 ตัวเลือก มีทั้งหมด 15 ข้อ โดยหากตอบถูกจะได้ 1 คะแนนหากตอบผิดจะไม่ได้คะแนนในข้อนั้น นำคะแนนที่ได้มาจัดระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ได้แก่

ระดับความรู้	คะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79
ต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60
แปลผลได้ดังต่อไปนี้	
ระดับสูง	หมายถึง ผู้ตอบที่ได้คะแนน 12 – 15 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง ผู้ตอบที่ได้คะแนน 9 – 11 คะแนน
ระดับต่ำ	หมายถึง ผู้ตอบที่ได้คะแนน 0 – 8 คะแนน

2. แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและเด็ก โดยคณะผู้วิจัย ก่อนและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ หลังการใช้ห้องน้ำห้องส้วม จำนวน 2 ข้อ การรักษาความสะอาด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 2 ข้อ ด้านการดูแลเด็ก จำนวน 6 ข้อ

โดยหากสังเกตว่าทำจะได้ 1 คะแนนหากสังเกตว่าไม่ทำ จะไม่ได้คะแนนในข้อนั้น

3. แบบประเมินสิ่งแวดล้อมโดยคณะผู้วิจัยวัดผลก่อนและหลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก จำนวน 12 ข้อ โดยหากสังเกตว่าผ่านจะได้ 1 คะแนน หากสังเกตว่าไม่ผ่าน จะไม่ได้คะแนนในข้อนั้น

4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กจำนวน 10 ข้อ เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาตามรูปแบบป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากประกอบด้วย การวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาจำนวน 4 ข้อ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ จำนวน 3 ข้อ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Ratingscale) มี 5 ตัวเลือก ตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert's scale) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	4	คะแนน
มาก	3	คะแนน
ปานกลาง	2	คะแนน
น้อย	1	คะแนน
ไม่มีส่วนร่วม	0	คะแนน

นำมาแปลผลคะแนนจัดเป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ได้แก่

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4 - 0}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

แปลผลได้ดังต่อไปนี้

มีส่วนร่วมระดับมาก	หมายถึง ผู้ตอบที่มีคะแนนเฉลี่ย 2.67 - 4.00 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง ผู้ตอบที่มีคะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.66 คะแนน
มีส่วนร่วมระดับน้อย	หมายถึง ผู้ตอบที่มีคะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 คะแนน

5. แบบสังเกตการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากโดยคณะผู้วิจัยจำนวน 10 ข้อ หากสังเกตว่าทำได้ 1 คะแนนหากสังเกตว่าไม่ทำ จะไม่ได้คะแนนในข้อนั้น

6. แบบสอบถามโรคมือเท้าปากเฉพาะรายของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ใช้สอบถามเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากเพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคมือเท้าปากในช่วงที่ทำการศึกษากับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลัง

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาตรวจคุณภาพโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก แบบสังเกตพฤติกรรมของเด็กและผู้ดูแลเด็ก แบบประเมินสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก แบบสังเกตการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัยแล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. นำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) เป็นรายข้อ

สูตรคำนวณ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่

IOC แทนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
 $\sum R$ แทนผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ให้ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่
 -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามข้อนั้นไว้ใช้ได้

แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

โดยเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

3. แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ที่ปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบค่าความเชื่อถือ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method)

ซึ่งจากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ประชากร จำนวน 30 คน ได้ผลดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71
2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1. เสนอหัวข้อวิทยานิพนธ์ เค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาและทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. จัดทำเครื่องมือการวิจัยและตรวจคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพร้อมปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
3. ติดต่อประสานงานกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในครั้งนี้

ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากงานบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ไปยังเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการวิจัยอย่างเป็นทางการ
2. ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรับทราบสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้
3. เมื่อประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนั้นอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
4. ดำเนินการวิจัยตามแผนที่กำหนดไว้โดย
 - 4.1 ให้ความรู้ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองในเรื่อง โรคมือเท้าปาก วัตถุประสงค์ก่อนและหลังให้ความรู้ในวันเดียวกัน เนื่องจากไม่มีองค์ความรู้ใหม่ที่จะเพิ่มเติมให้กับกลุ่มตัวอย่าง

4.2 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก วัดผลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ 3 และ 5 เดือนเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

4.3 สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัดผลหลังพัฒนารูปแบบทุกเดือนเป็นเวลา 5 เดือน เนื่องจากต้องการให้สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ

4.4 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก วัดผลหลังดำเนินการตามรูปแบบไปแล้ว 5 เดือน เนื่องจากมีในส่วนของความร่วมมือประเมิณผลซึ่งต้องให้ครบระยะเวลาในการดำเนินการตามรูปแบบแล้ว

4.5 มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรควัดผลหลังพัฒนารูปแบบทุกเดือนเป็นเวลา 5 เดือน เนื่องจากต้องการให้มาตรการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ

5. ประเมินผลการดำเนินงาน สรุปปัญหาและอุปสรรค

6. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ระดับ $\alpha = 0.05$ และสถิติที่ใช้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำมาแจกแจงความถี่แสดงจำนวน และค่าร้อยละ

2. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา โดยมีการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired t-test

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและเด็กก่อนและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก นำค่าคะแนนก่อนพัฒนารูปแบบมาเปรียบเทียบกับค่าคะแนนหลังพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก 3 และ 5 เดือน โดยใช้สถิติ One - way repeated measures ANOVA

2.3 การประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิเคราะห์โดย นำคะแนนก่อนพัฒนารูปแบบมาเปรียบเทียบกับค่าคะแนน 5 ครั้งหลังดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก 1,2,3,4 และ 5 เดือน โดยใช้สถิติ One - way repeated measures ANOVA

2.4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired t-test

2.5 แบบสังเกตการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากนำคะแนนก่อนพัฒนารูปแบบเปรียบเทียบกับคะแนน 5 ครั้ง หลังพัฒนารูปแบบ 1,2,3,4 และ 5 เดือน โดยใช้สถิติ One - way repeated measures ANOVA

2.6 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบโดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคมือเท้าปากในช่วงที่ทำการศึกษากับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลัง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาได้หมายเลขรับรอง EH2017-002 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2560 โดยในขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิ์ในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้หรือปฏิเสธที่จะให้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาในแต่ละช่วงของการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบทางลบต่อผู้เข้าร่วมโครงการและการเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นทางวิชาการเท่านั้น โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใดและภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 1 ปี

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 2 ตอน ตามลำดับต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตอนที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กและเด็ก

ตอนที่ 2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตอนที่ 2.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ตอนที่ 2.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ตอนที่ 2.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

ตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 ใน 3 แห่งซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของกองการศึกษา เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ ในปีการศึกษา 2560 มีผู้ดูแลเด็กจำนวน 15 คน เด็ก 323 คน โดยแบ่งเป็นชั้นเตรียมอนุบาล 4 ห้อง

และชั้นอนุบาล 1-3 ชั้นละ 3 ห้อง รวมทั้งหมด 13 ห้องเรียน โดยตั้งแต่ปี 2557 - 2559 พบอุบัติการณ์เด็กป่วยในช่วงเดือนพฤษภาคม – กันยายน จำนวน 11,17 และ 13 รายตามลำดับในหลายห้องเรียน จนต้องมีการหยุดการเรียนการสอนเพื่อทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปาก โดยผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทีมวิจัย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดังต่อไปนี้

วงรอบที่ 1

การวางแผน (Planning)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน โดยมีทีมวิจัย ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ซึ่งทีมวิจัยได้รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปาก โดยตั้งแต่ปี 2557 - 2559 พบอุบัติการณ์เด็กป่วยในช่วงเดือนพฤษภาคม- กันยายนจำนวน 11,17 และ 13 รายตามลำดับในหลายห้องเรียนจนต้องมีการหยุดการเรียนการสอนเพื่อทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปาก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในอดีตที่ผ่านมาดังต่อไปนี้

จุดแข็ง (Strengths)

1. ผู้บริหาร ผู้ดูแลเด็กให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคมือเท้าปาก
2. ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้มานานกว่า 5 ปี ทำให้พบประสบการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปากในอดีตที่ผ่านมา
3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้มีสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและสะอาดเป็นต้นทุนเดิมอยู่แล้ว

จุดอ่อน (Weaknesses)

1. ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้ตั้งงบประมาณการจัดซื้อสบู่ล้างมือเข้าแผนในการจัดซื้อของปีงบประมาณที่ผ่านมา
3. ผู้ดูแลเด็กไม่แจ้งข่าวการระบาดของโรคมือเท้าปากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ
4. ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

โอกาส (Opportunities)

1. มีทีมวิจัยเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนด้านการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก
2. เทศบาลเมืองป่าดงเบขาร์ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดสามารถสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

อุปสรรค (Threats)

1. ผู้ปกครองไม่ยินยอมที่จะให้เด็กป่วยหยุดเรียนเนื่องจากต้องไปทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งไม่สามารถหยุดงานติดต่อกันหลายวันมาดูแลเด็กได้
2. นโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของกระทรวงสาธารณสุขที่มีต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังขาดการติดตามสถานการณ์ของโรคอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ข้อสรุปรูปแบบการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาคำร้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ในเรื่องเชื้อก่อโรค อาการแสดงของโรค ระยะฟักตัวของโรค ช่วงเวลาของการระบาด และการป้องกันควบคุมโรค
2. พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปาก ในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ การทำความสะอาด การใช้ห้องน้ำห้องส้วม และการดูแลเด็ก รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ดูแลเด็ก เป็นต้น
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ในเรื่องความสะอาดบริเวณภายในและรอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ห้องน้ำห้องส้วม การทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็ก สถานที่ปรุงอาหารและการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ เป็นต้น
4. พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก ในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคมือเท้าปาก การมีส่วนร่วมทั้งในส่วนการเฝ้าระวัง การทำความสะอาดและการคัดกรองและการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
5. พัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากได้แก่การแจ้งข่าวและประชาสัมพันธ์กรณีพบเด็กป่วย การคัดกรองหาเด็กป่วยหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงที่มีการระบาด การให้เด็กป่วยหยุดเรียน 5 วันทำการ เป็นต้น

การปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสระเคาะจังหวัดสงขลา โดยเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2560 ได้แก่

1. ทดสอบความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนา
2. สังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก
3. ประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4. สอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก
5. สังเกตมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การสังเกตการณ์ (Observation)

ทีมวิจัยสังเกตและติดตามการดำเนินงานพัฒนาทั้ง 5 ด้าน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2560 โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

หลังจากการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีปัญหาอุปสรรค ดังต่อไปนี้

ปัญหาอุปสรรค

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีสบู่อ่างล้างมือที่อ่างล้างมือ เนื่องจากยังไม่มีงบประมาณในการซื้อสบู่อ่างล้างมือเข้าแผนในงบประมาณที่ผ่านมา
2. ไม่มีห้องแยกเด็กที่เป็นสัดส่วนมีเพียงการกั้นผ้า màn ใกล้เคียงกับเด็กคนอื่นๆ
3. ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียน 5 วันทำการเนื่องจากต้องไปทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัวซึ่งไม่สามารถหยุดงานติดต่อกันหลายวันมาดูแลเด็กได้

วงรอบที่ 2

การวางแผน (Planning)

หลังจากดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ทั้ง 5 ด้านไปแล้ว 2 เดือนจึงได้จัดประชุมถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างทีมวิจัยผู้ดูแลเด็กผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยได้นำปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงแก้ไข ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำการจัดซื้อสบู่ล้างมือเข้าแผนจัดซื้อในปีงบประมาณถัดไป (เดือนกันยายน 2560)
2. จัดให้มีห้องแยกเด็กป่วยบริเวณอาคารสำนักงานส่วนกลาง (เดือนพฤษภาคม 2560)
3. ทำความเข้าใจกับผู้ปกครองเรื่องให้เด็กป่วยหยุดเรียน 5 วันทำการ (เดือนพฤษภาคม 2560)

การปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเสเดา จังหวัดสงขลา โดยเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2560

1. สังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก
2. ประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. สอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กหลังพัฒนาการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก
4. สังเกตมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การสังเกตการณ์ (Observation)

ทีมวิจัยสังเกตความก้าวหน้าของการดำเนินงานพัฒนาทั้ง 5 ด้านระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2560 โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

หลังจากการพัฒนาารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในวงรอบที่ 2 ปรากฏว่าไม่พบปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นอีก

ตอนที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กและเด็ก

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองจากกลุ่มตัวอย่าง 65 คน ประกอบด้วย เพศ จำนวนบุตรหรือเด็กต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้จำนวน และ ค่าร้อยละ

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง (n = 65)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	26.20
หญิง	48	73.80
รวม	65	100.00
จำนวนบุตรหรือเด็กต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล		
1 คน	43	66.20
2 คน	15	23.10
3 คน	5	7.70
4 คน	2	3.10
รวม	65	100.00
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	1.50
21 – 30 ปี	24	36.90
31 – 40 ปี	25	38.50
41 – 50 ปี	13	20.00
51 – 60 ปี	2	3.10
รวม	65	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (n)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	5	7.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	9.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	20.00
ปวช.	10	15.40
ปวส.	5	7.70
อนุปริญญา	6	9.20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20	30.80
รวม	65	100.00
สถานภาพสมรส		
คู่/สมรส	61	93.80
หม้าย	2	3.10
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	3.10
รวม	65	100.00

จากตาราง 4 พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.80 ส่วนเพศชายร้อยละ 26.20 มีบุตรหรือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล จำนวน 1 คน มากที่สุดร้อยละ 66.20 รองลงมาคือ 2 คน ร้อยละ 23.10 อายุของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 38.50 รองลงมาคือ อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 36.90 ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุดร้อยละ 30.80 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 20.00 สถานภาพสมรสของผู้ปกครองมากที่สุดคือ คู่/สมสร้อยละ 93.80 รองลงมาคือ หย่าร้าง/แยกกันอยู่และหม้ายร้อยละ 3.10

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กจำนวน 15 คน โดยใช้จำนวนและค่าร้อยละ

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก (n = 15)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	15	100.00
รวม	15	100.00
จำนวนเด็กต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล		
ไม่มีเด็กในการดูแล	3	20.00
21 คน	2	13.30
22 คน	2	13.30
24 คน	3	20.00
25 คน	1	6.70
28 คน	1	6.70
29 คน	2	13.30
32 คน	1	6.70
รวม	15	100.00
อายุ		
21 – 30 ปี	1	6.70
31 – 40 ปี	5	33.30
41 – 50 ปี	8	53.30
51 – 60 ปี	1	6.70
รวม	15	100.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	3	20.00
คู่/สมรส	11	73.30
หม้าย	1	6.70
รวม	15	100.00

จากตาราง 5 พบว่าผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยมีเด็กต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล 24 คนมากที่สุดร้อยละ 20.00 อายุของผู้ดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 41 - 50 ปีมากที่สุดร้อยละ 53.30 รองลงมาคืออายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 33.30 ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า สถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็กมากที่สุดคือ คู่/สมรสร้อยละ 73.30 รองลงมาคือ โสดร้อยละ 20.00

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กจากกลุ่มตัวอย่าง 65 คน ได้แก่ เพศ อายุ โดยใช้ค่าจำนวนและร้อยละ

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (n = 65)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	44.61
หญิง	36	55.39
รวม	65	100.00
อายุ		
อายุ 2 - 3 ปี	20	30.70
อายุ 3 - 4 ปี	15	23.10
อายุ 4 - 5 ปี	15	23.10
อายุ 5 - 6 ปี	15	23.10
รวม	65	100.00

จากตาราง 6 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.39 และมีอายุระหว่างอายุ 2 - 3 ปี เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 30.70

ตอนที่ 2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองจำนวน 65 คน ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก

ตาราง 7 ระดับความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนพัฒนาความรู้ (n = 65)

คะแนนความรู้ของผู้ปกครอง	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
0 – 8 คะแนน	ระดับต่ำ	13	20.00
9 – 11 คะแนน	ระดับปานกลาง	38	58.46
12 – 15 คะแนน	ระดับสูง	14	21.54
รวม		65	100.00

จากตาราง 7 พบว่าระดับความรู้ก่อนการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58.46 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 21.54

ตาราง 8 ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองก่อนและหลังพัฒนาความรู้จำแนกรายข้อ (n = 65)

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก	ก่อนพัฒนาตอบถูก	หลังพัฒนาตอบถูก
1. โรคมือเท้าปากสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส	49 (75.38)	64 (98.46)
2. โรคมือเท้าปากส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป	46 (70.76)	63 (96.92)
3. อาการแสดงของโรคนี้ ได้แก่ มีตุ่มแผลแดงในปากฝ่ามือฝ่าเท้าและก้น	58 (89.23)	63 (96.92)
4. เด็กจะเริ่มมีอาการป่วยหลังได้รับเชื้อแล้ว 1-2 วัน	12 (18.46)	61 (93.84)
5. เชื้อโรคจะอาศัยอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของเด็กที่ติดเชื้อ	43 (66.15)	61 (93.84)
6. การรับประทานอาหารและไม่ดื่มนมมีน้ำลายไหลบ่นว่าเจ็บปาก เป็นอาการหนึ่งของโรคมือเท้าปาก	48 (73.84)	62 (95.38)
7. การใช้สิ่งของร่วมกันเช่น ช้อน แก้วน้ำ ของเล่น ไม่ทำให้เกิดการติดต่อของโรค	31 (47.69)	55 (84.61)

ตาราง 8 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก	ก่อนพัฒนาตอบถูก	หลังพัฒนาตอบถูก
8. เด็กที่ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ตามปกติ	50 (76.92)	56 (86.15)
9. โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยให้เด็กล้างมือบ่อย ๆ	57 (87.31)	60 (92.30)
10. การทำความสะอาดห้องน้ำของเล่นของใช้ส่วนตัวของเด็กเป็นประจำสามารถป้องกันโรคมือเท้าปากได้	55 (87.69)	64 (98.46)
11. โรคมือเท้าปากสามารถพบได้บ่อยมากขึ้นในช่วงหน้าร้อน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเมษายนของทุกปี	28 (43.07)	59 (90.76)
12. หากพบว่าเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากให้หยุดเรียนและงดพาไปยังที่ชุมชนอย่างน้อย 5 วัน	56 (86.15)	62 (95.38)
13. น้ำยาซักผ้า/ผงซักฟอกสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้	40 (61.53)	60 (92.30)
14. การตรวจคัดกรองเด็กที่บ้านและก่อนเข้าโรงเรียนสามารถป้องกันการแพร่เชื้อโรคมือเท้าปาก	36 (55.38)	63 (96.92)
15. โรคมือเท้าปากสามารถป้องกันได้โดยพาเด็กไปฉีดวัคซีน	37 (56.92)	63 (96.92)

จากตาราง 8 พบว่าก่อนพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากผู้ปกครองตอบคำถามในเรื่องระยะพักตัวของโรคถูกต้องเพียงร้อยละ 18.4 ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคถูกต้องร้อยละ 43.07 ส่วนหลังการพัฒนาความรู้ผู้ปกครองตอบคำถามได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อ โดยหัวข้อที่ยังตอบถูกน้อยได้แก่ การใช้สิ่งของร่วมกันเช่นช้อนแก้วน้ำของเล่นไม่ทำให้เกิดการติดต่อของโรคร้อยละ 84.61 และหัวข้อเด็กที่ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ตามปกติร้อยละ 86.15

ตาราง 9 ระดับความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากหลังพัฒนาความรู้ (n = 65)

คะแนนความรู้ของผู้ปกครอง	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
0 – 8 คะแนน	ระดับต่ำ	1	1.54
9 – 11 คะแนน	ระดับปานกลาง	3	4.62
12 – 15 คะแนน	ระดับสูง	61	93.84
รวม		65	100.00

จากตาราง 9 พบว่า ระดับความรู้หลังการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 93.84 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 4.62

ตาราง 10 เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองก่อนพัฒนาความรู้ และหลังพัฒนาความรู้ (n = 65) ด้วยสถิติ Paired t-test

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครอง	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนาความรู้	10.06	1.77	15.55	.0001
หลังพัฒนาความรู้	14.02	1.52		

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 10 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาความรู้และหลังพัฒนาความรู้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก

ตาราง 11 ระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนพัฒนาความรู้ (n = 15)

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็ก	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
0 – 8 คะแนน	ระดับต่ำ	0	0.00
9 – 11 คะแนน	ระดับปานกลาง	9	60.00
12 – 15 คะแนน	ระดับสูง	6	40.00
รวม		15	100.00

จากตาราง 11 พบว่า ระดับความรู้ก่อนการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 40.00

ตาราง 12 ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาความรู้จำแนกรายข้อ (n = 15)

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก	ก่อนพัฒนาตอบถูก	หลังพัฒนาตอบถูก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคมือเท้าปากสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส	4 (26.67)	15 (100.00)
2. โรคมือเท้าปากส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป	10 (66.67)	15 (100.00)
3. อาการแสดงของโรคนี้ได้แก่มีตุ่มแผลแดงในปากฝ่ามือฝ่าเท้าและก้น	13 (86.67)	15 (100.00)
4. เด็กจะเริ่มมีอาการป่วยหลังได้รับเชื้อแล้ว 1-2 วัน	3 (20.00)	15 (100.00)
5. เชื้อโรคจะอาศัยอยู่ในน้ำมูกน้ำลายและอุจจาระของเด็กที่ติดเชื้อ	8 (53.34)	15 (100.00)
6. การเบื่ออาหารและไม่ดื่มนมมีน้ำลายไหลบ่นว่าเจ็บปากเป็นอาการหนึ่งของโรคมือเท้าปาก	9 (60.00)	15 (100.00)
7. การใช้สิ่งของร่วมกันเช่นช้อนแก้วน้ำของเล่นไม่ทำให้เกิดการติดต่อของโรค	15 (100.00)	15 (100.00)
8. เด็กที่ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับเพื่อนๆได้ตามปกติ	15 (100.00)	15 (100.00)
9. โรคนี้อาจป้องกันได้โดยให้เด็กล้างมือบ่อยๆ	15 (100.00)	15 (100.00)
10. การทำความสะอาดห้องน้ำของเล่นของใช้ส่วนตัวของเด็กเป็นประจำสามารถป้องกันโรคมือเท้าปากได้	15 (100.00)	15 (100.00)
11. โรคมือเท้าปากสามารถพบได้บ่อยมากขึ้นในช่วงหน้าร้อนตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายนของทุกปี	13 (86.67)	15 (100.00)
12. หากพบว่าเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากให้หยุดเรียนและงดพาไปยังที่ชุมชนอย่างน้อย 5 วัน	12 (80.00)	15 (100.00)
13. น้ำยาซักผ้า/ผงซักฟอกสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้	8 (53.34)	15 (100.00)
14. การตรวจคัดกรองเด็กที่บ้านและก่อนเข้าโรงเรียนสามารถป้องกันการแพร่เชื้อโรคมือเท้าปาก	15 (100.00)	15 (100.00)
15. โรคมือเท้าปากสามารถป้องกันได้โดยพาเด็กไปฉีดวัคซีน	9 (60.00)	15 (100.00)

จากตาราง 12 พบว่า ก่อนพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ผู้ดูแลเด็กตอบคำถามถูกทุกคนในเรื่องการใช้สิ่งของร่วมกันของเด็ก การตรวจคัดกรองเด็กหน้าโรงเรียน การล้างมือป้องกันโรค การแยกเด็กป่วยจากเด็กปกติ ในส่วนของระยะพักตัวของโรค เชื้อก่อโรค ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ตอบถูก

เพียงร้อยละ 20.00 และร้อยละ 26.67 ตามลำดับ โดยหลังพัฒนาความรู้เรื่อง โรคมือเท้าปากผู้ดูแลเด็กตอบคำถามได้ถูกต้องในทุกหัวข้อ

ตาราง 13 ระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่อง โรคมือเท้าปากหลังพัฒนาความรู้ (n = 15)

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็ก	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
0 – 8 คะแนน	ระดับต่ำ	0	0.00
9 – 11 คะแนน	ระดับปานกลาง	0	0.00
12 – 15 คะแนน	ระดับสูง	15	100.00
รวม		15	100.00

จากตาราง 13 พบว่าระดับความรู้หลังการพัฒนาความรู้เรื่อง โรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ความรู้เรื่อง โรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กจำนวน 15 คน ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้เรื่อง โรคมือเท้าปาก

ตาราง 14 เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้เรื่อง โรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาความรู้และหลังพัฒนาความรู้ (n = 15) ด้วยสถิติ Paired t-test

ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ของผู้ดูแลเด็ก	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนาความรู้	11.00	1.41	11.04	.0001
หลังพัฒนาความรู้	14.87	0.35		

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 14 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่อง โรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาความรู้และหลังพัฒนาความรู้ ปรากฏว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังพัฒนาความรู้เรื่อง โรคมือเท้าปาก

ตอนที่ 2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก

ตาราง 15 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน
จำแนกรายข้อ (n = 65)

พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก	ก่อนพัฒนาทำ	หลัง 3 เดือนทำ	หลัง 5 เดือนทำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. ใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร	65 (100.00)	65 (100.00)	65 (100.00)
3. หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจาน	30 (46.16)	13 (20.00)	11 (16.93)
4. กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่น ๆ	5 (7.70)	2 (3.08)	2 (3.08)
5. ล้างมือด้วยสบู่หลังใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
6. ราดน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย	26 (40.00)	55 (84.62)	53 (81.54)
7. ล้างมือด้วยสบู่หลังการเล่นของเล่น	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
8. มีการดูคอมของเล่นร่วมกับเพื่อน	30 (46.16)	12 (18.46)	8 (12.30)
9. มีการใช้แก้วน้ำร่วมกับคนอื่น	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
10. มีการใช้ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัวร่วมกัน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
11. มีการใช้แปรงสีฟันร่วมกับคนอื่น	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
12. ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ	43 (66.16)	60 (92.31)	65 (100.00)
13. เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก	24 (36.93)	9 (13.85)	11 (16.93)

จากตาราง 15 พบว่า ก่อนพัฒนาเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้แก่ การใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร การไม่ใช้แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัวร่วมกับคนอื่นร้อยละ 100 ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอร้อยละ 66.16 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำห้องส้วม หลังการเล่นของเล่น ซึ่งเด็กไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่เลยทุกคน หลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือนเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ขึ้นในทุกหัวข้อ เว้นแต่การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำห้องส้วม หลังการเล่นของเล่น

ตาราง 16 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของเด็กชั้นเตรียมอนุบาล (n = 20) และชั้นอนุบาล (n = 45) ก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายข้อ

พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก	ชั้นเตรียมอนุบาลทำ (ร้อยละ)	ชั้นอนุบาลทำ (ร้อยละ)
1. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร	0 (0.00)	0 (0.00)
2. ใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร	20 (100.00)	45 (100.00)
3. หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปาก	5 (25.00)	25 (55.55)
4. กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่น ๆ	4 (20.00)	1 (2.22)
5. ล้างมือด้วยสบู่หลังใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	0 (0.00)	0 (0.00)
6. รดน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย	8 (40.00)	16 (35.55)
7. ล้างมือด้วยสบู่หลังการเล่นของเล่น	0 (0.00)	0 (0.00)
8. มีการดูคอม ของเล่นร่วมกับเพื่อน	11 (55.00)	19 (42.22)
9. มีการใช้แก้วน้ำร่วมกับคนอื่น	0 (0.00)	0 (0.00)
10. มีการใช้ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัวร่วมกัน	0 (0.00)	0 (0.00)
11. มีการใช้แปรงสีฟันร่วมกับคนอื่น	0 (0.00)	0 (0.00)
12. ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ	8 (40.00)	35 (77.77)
13. เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก	16 (80.00)	8 (17.77)

จากตาราง 16 พบว่า ก่อนพัฒนาเด็กชั้นเตรียมอนุบาลมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่การเอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปากร้อยละ 80.00 มีการดูคอมของเล่นร่วมกับเพื่อน ร้อยละ 55.00 และตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอเพียงร้อยละ 40.00 ส่วนเด็กชั้นอนุบาลมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปากร้อยละ 55.55 รดน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่ายเพียงร้อยละ 35.55และมีการดูคอมของเล่นร่วมกับเพื่อนร้อยละ 42.22

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและ
หลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน (n = 65)

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ		\bar{X}	S.D.
จำนวน (n)			
ก่อนการพัฒนาพฤติกรรม	65	7.40	1.08
หลังการพัฒนาพฤติกรรม 3 เดือน	65	9.26	1.02
หลังการพัฒนาพฤติกรรม 5 เดือน	65	9.38	0.96

จากตาราง 17 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก 3 เดือนและ 5 เดือนมีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กจำนวน 65 คนก่อนและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคมือเท้าปากผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมของเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็น Compound symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงใช้ค่า Sphericity assumed

ตาราง 18 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน 5 เดือน ด้วย One – way repeated measures ANOVA (n = 65)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p - value
ช่วงเวลา	2	160.74	80.37	92.47	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	128	111.25	0.86		

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 18 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือนและ 5 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (p-value <0.001)

ตาราง 19 การทดสอบรายคู่ (Post Hoc test) พฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา
พฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน

พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก	พฤติกรรม	Mean difference	p -value
พฤติกรรม	ก่อนพัฒนาหลัง 3 เดือน	-1.86	.001*
	หลัง 5 เดือน	-1.98	.001*
	ก่อนพัฒนาหลัง 3 เดือน	1.86	.001*
	หลัง 5 เดือน	-.123	1.00
	ก่อนพัฒนาหลัง 5 เดือน	1.98	.001*
	หลัง 3 เดือน	.123	1.00

* p-value <0.05

จากตาราง 19 พบว่า พฤติกรรมเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือนไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมสุขภาพเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 5 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 20 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือนจำแนกรายข้อ (n = 15)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก	ก่อนพัฒนาทำ	หลัง 3 เดือน	หลัง 5 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	ทำจำนวน (ร้อยละ)	ทำจำนวน (ร้อยละ)
1. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ เด็ก	14 (93.34)	15 (100.00)	15 (100.00)
4. ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก	8 (53.34)	15 (100.00)	15 (100.00)
5. ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ	15 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)
6. ปิดปากจมูกขณะไอจามทุกครั้ง	15 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)
7. มีแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ	15 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)
8. ทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง	15 (100.00)	15 (100.00)	15 (100.00)

จากตาราง 20 พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ดูแลเด็กทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้แก่ ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ ปิดปากจมูกขณะไอจามทุกครั้ง แยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง ส่วนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็กร้อยละ 53.34 และผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำ ห้องส้วม หลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือนผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดีขึ้นในทุกหัวข้อเว้นแต่ผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำห้องส้วม

ตาราง 21 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือน (n = 15)

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n)	\bar{X}	S.D.
ก่อนการพัฒนาพฤติกรรม	15	5.47	0.51
หลังการพัฒนาพฤติกรรม 3 เดือน	15	6.00	0.00
หลังการพัฒนาพฤติกรรม 5 เดือน	15	6.00	0.00

จากตาราง 21 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก 3 เดือน และ 5 เดือนมีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 15 คนก่อนและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคมือเท้าปากผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าปากในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็น Compound symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่า Sphericity assumed

ตาราง 22 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน 5 เดือน ด้วย One - way repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p - value
ช่วงเวลา	2	2.84	1.42	16.00	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	28	2.48	0.08		

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 22 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือนและ 5 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (p-value < 0.001)

ตาราง 23 การทดสอบรายคู่ (Post Hoc test) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน 5 เดือน

พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ดูแลเด็ก	พฤติกรรม	Mean difference	p -value
พฤติกรรม	ก่อนพัฒนาหลัง 3 เดือน	-.533	.004*
	หลัง 5 เดือน	-.533	.004*
	หลัง 3 เดือน ก่อนพัฒนา	-.533	.004*
	หลัง 5 เดือน	-.000	N/A
	หลัง 5 เดือน ก่อนพัฒนา	.533	.004*
	หลัง 3 เดือน	.000	N/A

* p-value < 0.05 N/A = not available

จากตาราง 23 พบ ว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือนไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 5 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 13 ห้องเรียน

ตาราง 24 การประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือนจำแนกรายข้อ (n = 13)

เกณฑ์มาตรฐาน	ก่อนพัฒนา ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา 1,2,3,4,5 ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)
1. ตัวอาคารสะอาดเป็นระเบียบ ไม่มีน้ำขังมีอากาศถ่ายเท	13 (100.00)	13 (100.00)
2. ห้องน้ำห้องส้วมสะอาดพื้นไม่ลื่นไม่มีกลิ่น	4 (30.77)	13 (100.00)
3. ห้องน้ำมีจำนวนเฉลี่ยอย่างน้อย 1 โถต่อเด็ก 10-12 คน	13 (100.00)	13 (100.00)
4. มีอ่างล้างมือสบู่ล้างมือผ้าเช็ดมือติดตั้งบริเวณห้องส้วม	0 (0.00)	0 (0.00)
5. มีภาระรองรับขยะสภาพดีมีฝาปิดมิดชิดพร้อมมีถุงรองรับขยะและทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ	13 (100.00)	13 (100.00)
6. แก้วน้ำดื่มแก้วสำหรับแปรงฟันผ้าเช็ดมือที่นอนผ้าห่มของใช้ประจำตัวเด็กทุกคนมีการจัดเก็บแยกเป็นรายบุคคล	13 (100.00)	13 (100.00)
7. มีการแยกเด็กป่วยโดยมีห้องแยกพักสำหรับเด็กป่วยหรือหากไม่มีห้องแยกใช้ม่านหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วนห่างจากเด็กปกติอย่างน้อย 1 เมตร	13 (100.00)	13 (100.00)
8. มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้สำหรับเด็กโดยการล้างฟุ้งแดดได้แก่ของเล่นที่นอนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	13 (100.00)	13 (100.00)
9. ทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3 (23.08)	13 (100.00)
10. มีการทำความสะอาดบริเวณภายในอาคารและบริเวณรอบศูนย์เด็กเล็กด้วยการกวาดถูให้สะอาดทุกวัน	13 (100.00)	13 (100.00)
11. สถานที่ปรุงอาหารสะอาดไม่วางอาหารที่เตรียมเสร็จแล้วที่พื้นมีฝาปิดมิดชิด	13 (100.00)	13 (100.00)
12. ผู้ปรุงอาหารแต่งกายสะอาดเล็บมือสั้นสวมเสื้อมีแขนใส่ผ้ากันเปื้อนสวมหมวกคลุมผมทำความสะอาดทุกวัน	13 (100.00)	13 (100.00)

จากตาราง 24 พบว่า ก่อนพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานแต่ยังมีห้องน้ำห้องส้วมไม่สะอาดมีกลิ่นร้อยละ 69.23 และมีการทำความสะอาด

ห้องน้ำแ้ววันละ 1 ครั้งร้อยละ 76.92 ส่วนห้องน้ำ ห้องส้วม ไม่มีสบู่ล้างมือในทุกห้อง หลังพัฒนาสิ่งแวดล้อม 1,2,3,4 และ 5 เดือน พบว่าห้องเรียนทุกห้องมีการดำเนินการได้ถูกต้องครบถ้วนทุกข้อ ยกเว้นห้องน้ำห้องส้วมไม่มีสบู่ล้างมือ

ตาราง 25 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินสิ่งแวดล้อมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน (n = 13)

การประเมินสิ่งแวดล้อม	จำนวน (n)	\bar{X}	S.D.
ก่อนการพัฒนาสิ่งแวดล้อม	13	9.31	0.48
หลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อม 1 เดือน	13	11.00	0.00
หลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อม 2 เดือน	13	11.00	0.00
หลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อม 3 เดือน	13	11.00	0.00
หลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อม 4 เดือน	13	11.00	0.00
หลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อม 5 เดือน	13	11.00	0.00

จากตาราง 25 พบ ว่าคะแนนการประเมินสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนก่อนพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 13 ห้องเรียน ตั้งแต่ชั้นเตรียมอนุบาลจนถึงชั้นอนุบาล 3 ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนการประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็น Compound symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่า Sphericity assumed

ตาราง 26 การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน ด้วย One – way repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p - value
ช่วงเวลา	5	31.02	6.20	161.33	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	60	2.30	0.03		

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 26 พบว่า คะแนนประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา
สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (p-value < 0.001)

ตาราง 27 การทดสอบรายคู่ (Post Hoc test) การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาและ
หลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือน

สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อม	Mean difference	p -value
การประเมิน สิ่งแวดล้อม	ก่อนพัฒนา	หลัง 1 เดือน	-1.69	.001*
		หลัง 2 เดือน	-1.69	.001*
		หลัง 3 เดือน	-1.69	.001*
		หลัง 4 เดือน	-1.69	.001*
		หลัง 5 เดือน	-1.69	.001*
	หลัง 1 เดือน	ก่อนพัฒนา	1.69	.001*
		หลัง 2 เดือน	.000	N/A
		หลัง 3 เดือน	.000	N/A
		หลัง 4 เดือน	.000	N/A
		หลัง 5 เดือน	.000	N/A
หลัง 2 เดือน	ก่อนพัฒนา	1.69	.001*	
	หลัง 1 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 3 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 4 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 5 เดือน	.000	N/A	
หลัง 3 เดือน	ก่อนพัฒนา	1.69	.001*	
	หลัง 1 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 2 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 4 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 5 เดือน	.000	N/A	
หลัง 4 เดือน	ก่อนพัฒนา	1.69	.001*	
	หลัง 1 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 2 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 3 เดือน	.000	N/A	
	หลัง 5 เดือน	.000	N/A	

ตาราง 27 (ต่อ)

สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	สิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อม	Mean difference	p -value
	หลัง 5 เดือน	ก่อนพัฒนา	1.69	.001*
		หลัง 1 เดือน	.000	N/A
		หลัง 2 เดือน	.000	N/A
		หลัง 3 เดือน	.000	N/A
		หลัง 4 เดือน	.000	N/A

* p-value < 0.05 N/A = not available

จากตาราง 27 พบว่า สิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนและหลังพัฒนาสิ่งแวดล้อม 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก จำนวน 15 คน ก่อนและหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก

ตาราง 28 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากด้าน
การวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา ก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม

ด้านการวางแผน และวิเคราะห์ปัญหา	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p - value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน แก้ปัญหาโรคมือเท้าปากในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก	2.93	0.96	มาก	3.67	0.48	มาก	2.955	0.100
2. ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าปาก	2.87	0.74	ปานกลาง	3.73	0.59	มาก	3.389	0.004
3. ที่ผ่านมามีท่านมีส่วนร่วมในการ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นการ ระบาดของโรคมือเท้าปากที่ เกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.53	1.06	ปานกลาง	3.60	0.63	มาก	2.978	0.100
4. ท่านมีส่วนร่วมเสนอแผนการ ป้องกันโรคมือเท้าปากเพื่อขอ งบประมาณจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	2.07	0.79	ปานกลาง	3.40	0.63	มาก	5.739	0.001

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 28 พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา
ก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของหลังการพัฒนาการมีส่วน
ร่วมของผู้ดูแลเด็กการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกหัวข้อ และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของ
ผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ในทุกหัวข้อ

ตาราง 29 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากด้าน
การมีส่วนร่วมปฏิบัติการก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติการ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p - value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
1. ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค มือเท้าปาก	3.13	0.51	มาก	3.80	0.41	มาก	3.568	0.003
2. ท่านมีส่วนร่วมในการทำความสะอาดของ เล่นห้องเรียนของใช้ส่วนตัวเด็กกรณีพบ เด็กป่วย	3.60	0.63	มาก	3.87	0.35	มาก	1.293	0.021
3. ท่านมีส่วนในการตรวจคัดกรองเด็กป่วย ก่อนที่จะเข้ามาในโรงเรียน	3.00	0.75	มาก	3.80	0.41	มาก	3.292	0.005

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 29 พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติการก่อนและ
หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
เด็กก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใน
ทุกหัวข้อ

ตาราง 30 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p - value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
1. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	2.87	0.99	มาก	3.87	0.35	มาก	3.416	0.004
2. ท่านมีส่วนในการให้ข้อเสนอแนะในการป้องกัน ควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.73	1.03	มาก	3.67	0.48	มาก	2.956	0.010
3. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาอุปสรรคใน การป้องกันโรคมือเท้าปาก	2.67	0.97	มาก	3.53	0.51	มาก	2.982	0.010

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 30 พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกหัวข้อ

ตาราง 31 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนและหลังพัฒนาการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p - value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
1. ด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา	2.60	0.94	ปานกลาง	3.60	0.58	มาก	7.215	0.001
2. ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติการ	3.24	0.67	มาก	3.82	0.38	มาก	4.619	0.001
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.75	0.98	มาก	3.68	0.46	มาก	5.511	0.001

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 31 พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติการ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกหัวข้อ

ตอนที่ 2.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก จำนวน 13 ห้องเรียน

ตาราง 32 การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา
1 และ 2 เดือน จำแนกรายข้อ

มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค	ก่อนพัฒนา	หลัง 1 เดือน	หลัง 2 เดือน
	ทำ	ทำ	ทำ
1. หากพบเด็กหยุดเรียนไม่ทราบสาเหตุครูประจำชั้นควร โทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียน ว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปาก	0 (0.00)	6 (46.15)	10 (76.92)
2. ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปาก	0 (0.00)	13 (100.00)	12 (92.30)
3. การแจ้งข่าวต่อผู้เกี่ยวข้องของครุภัณฑ์พบเด็กป่วย	0 (0.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
4. การเพิ่มการคัดกรองนักเรียนที่หน้าประตูโรงเรียนโดย ผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาด	0 (0.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
5. การให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วัน	0 (0.00)	12 (92.30)	12 (92.30)
6. โรงเรียนมีการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่น ๆ กรณีพบเด็กป่วย	0 (0.00)	1 (7.70)	1 (7.70)
7. การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ	13 (100.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
8. ผู้ปกครองมารับเด็กป่วยกลับบ้านไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลัง ได้รับแจ้งจากผู้ดูแลเด็ก	0 (0.00)	12 (92.30)	12 (92.30)
9. การทำความสะอาดห้องเรียนห้องน้ำห้องส้วมกรณีพบ เด็กป่วยหนึ่งคนโดยผู้ดูแลเด็ก	0 (0.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
10. มีการประชาสัมพันธ์ให้เด็กทราบอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง	0 (0.00)	11 (84.61)	13 (100.00)

จากตาราง 32 พบว่า ก่อนพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก มีเพียงการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ
เท่านั้นที่ดำเนินการ ส่วนหลังพัฒนา 1 และ 2 เดือนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติตามได้ดีทุกข้อของการประเมิน
ยกเว้นการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่น ๆ กรณีพบเด็กป่วย และครูประจำชั้นโทรศัพท์
ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากหรือไม่

ตาราง 33 การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากหลังพัฒนา 3,4 และ 5 เดือน
จำแนกรายข้อ

มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค	หลัง 3 เดือน	หลัง 4 เดือน	หลัง 5 เดือน
	ทำ	ทำ	ทำ
1. หากพบเด็กหยุดเรียนไม่ทราบสาเหตุครูประจำชั้นควรโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปาก	9 (69.24)	11 (84.61)	7 (53.84)
2. ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค	10 (76.92)	12 (92.30)	13 (100.00)
3. การแจ้งข่าวต่อผู้เกี่ยวข้องของครูผู้ปกครองต่อผู้บริหารสถานศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกรณีพบเด็กป่วย	13 (100.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
4. การเพิ่มการคัดกรองนักเรียนที่หน้าประตูโรงเรียนโดยผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาด	13 (100.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
5. การให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วัน	13 (100.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
6. โรงเรียนมีการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่นๆ เพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคกรณีพบเด็กป่วย	1 (7.70)	1 (7.70)	0 (0.00)
7. การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ	13 (100.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
8. ผู้ปกครองมารับเด็กป่วยกลับบ้านไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังได้รับแจ้งจากผู้ดูแลเด็ก	13 (100.00)	11 (84.61)	13 (100.00)
9. การทำความสะอาดห้องเรียนห้องน้ำห้องส้วมของใช้ส่วนตัวเด็กรวมทั้งของเล่นกรณีพบเด็กป่วยหนึ่งคนโดยผู้ดูแลเด็ก	13 (100.00)	13 (100.00)	13 (100.00)
10. มีการประชาสัมพันธ์ให้เด็กทราบว่ามีการระบาดของโรคมือเท้าปากที่หน้าเสาธงอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง	9 (69.24)	10 (76.92)	7 (53.84)

จากตาราง 33 พบว่า หลังพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 3,4 และ 5 เดือน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติได้ดีทุกข้อ ยกเว้นการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่นๆ กรณีพบเด็กป่วยและประชาสัมพันธ์ให้เด็กทราบว่ามีการระบาดของโรคมือเท้าปากที่หน้าเสาธงอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลง

ตาราง 34 เปรียบเทียบคะแนนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคก่อนการกับหลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค มือเท้าปาก 1,2,3,4 และ 5 เดือน

การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค	\bar{X}	S.D.
ก่อนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง	1.08	0.27
หลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง 1 เดือน	8.23	0.72
หลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง 2 เดือน	8.38	0.65
หลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง 3 เดือน	8.31	0.75
หลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง 4 เดือน	8.46	0.51
หลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง 5 เดือน	8.08	0.64

จากตาราง 34 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากหลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง

ตาราง 35 วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือน ด้วย One – way repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p - value
ช่วงเวลา	5	565.14	113.02	282.26	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	60	24.02	0.40		

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$

จากตาราง 35 พบว่า การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (p-value < 0.001)

ตาราง 36 การทดสอบรายคู่ (Post Hoc test) การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
มือเท้าปากก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือน

การพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค	ระยะเวลา	ระยะเวลา	Mean difference	p-value
การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค	ก่อนพัฒนา	หลัง 1 เดือน	-7.15	.001*
		หลัง 2 เดือน	-7.30	.001*
		หลัง 3 เดือน	-7.23	.001*
		หลัง 4 เดือน	-7.38	.001*
		หลัง 5 เดือน	-7.00	.001*
	หลัง 1 เดือน	ก่อนพัฒนา	7.15	.001*
		หลัง 2 เดือน	-.154	1.000
		หลัง 3 เดือน	-.077	1.000
		หลัง 4 เดือน	-.231	1.000
		หลัง 5 เดือน	.154	1.000
หลัง 2 เดือน	ก่อนพัฒนา	7.30	.001*	
	หลัง 1 เดือน	.154	1.000	
	หลัง 3 เดือน	.077	1.000	
	หลัง 4 เดือน	-.077	1.000	
	หลัง 5 เดือน	.308	1.000	
หลัง 3 เดือน	ก่อนพัฒนา	7.23	.001*	
	หลัง 1 เดือน	.077	1.000	
	หลัง 2 เดือน	-.077	1.000	
	หลัง 4 เดือน	-.154	1.000	
	หลัง 5 เดือน	.231	1.000	
หลัง 4 เดือน	ก่อนพัฒนา	7.38	.001*	
	หลัง 1 เดือน	.231	1.000	
	หลัง 2 เดือน	.077	1.000	
	หลัง 3 เดือน	.154	1.000	
	หลัง 5 เดือน	.385	1.000	

ตาราง 36 (ต่อ)

การพัฒนามาตรการเฝ้า ระวังป้องกันโรค	ระยะเวลา	ระยะเวลา	Mean difference	p-value
	หลัง 5 เดือน	ก่อนพัฒนา	7.00	.001*
		หลัง 1 เดือน	-.154	1.000
		หลัง 2 เดือน	-.308	1.000
		หลัง 3 เดือน	-.231	1.000
		หลัง 4 เดือน	-.385	1.000

* p-value < 0.05

จากตาราง 36 พบว่า การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคก่อนและหลังพัฒนา
มาตรการ 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลัง
การพัฒนา 1,2,3,4 และ 5 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 2.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุม โรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 พบอุบัติการณ์เด็กป่วย
ด้วยโรคมือเท้าปากจำนวน 11,17 และ 13 รายตามลำดับในหลายห้องเรียนจนต้องมีการหยุดการเรียน
การสอนเพื่อทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค

ตาราง 37 เปรียบเทียบอุบัติการณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในเดือน
พฤษภาคม- กันยายน ปี พ.ศ. 2560 เปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีซ้อนหลัง

ปี	อุบัติการณ์เด็กป่วย
ปี พ.ศ. 2557	11
ปี พ.ศ. 2558	17
ปี พ.ศ. 2559	13
ปี พ.ศ. 2560	2

จากตาราง 37 พบว่า อุบัติการณ์เด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของปี 2560 มีอุบัติการณ์ของ
โรคลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีซ้อนหลัง

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

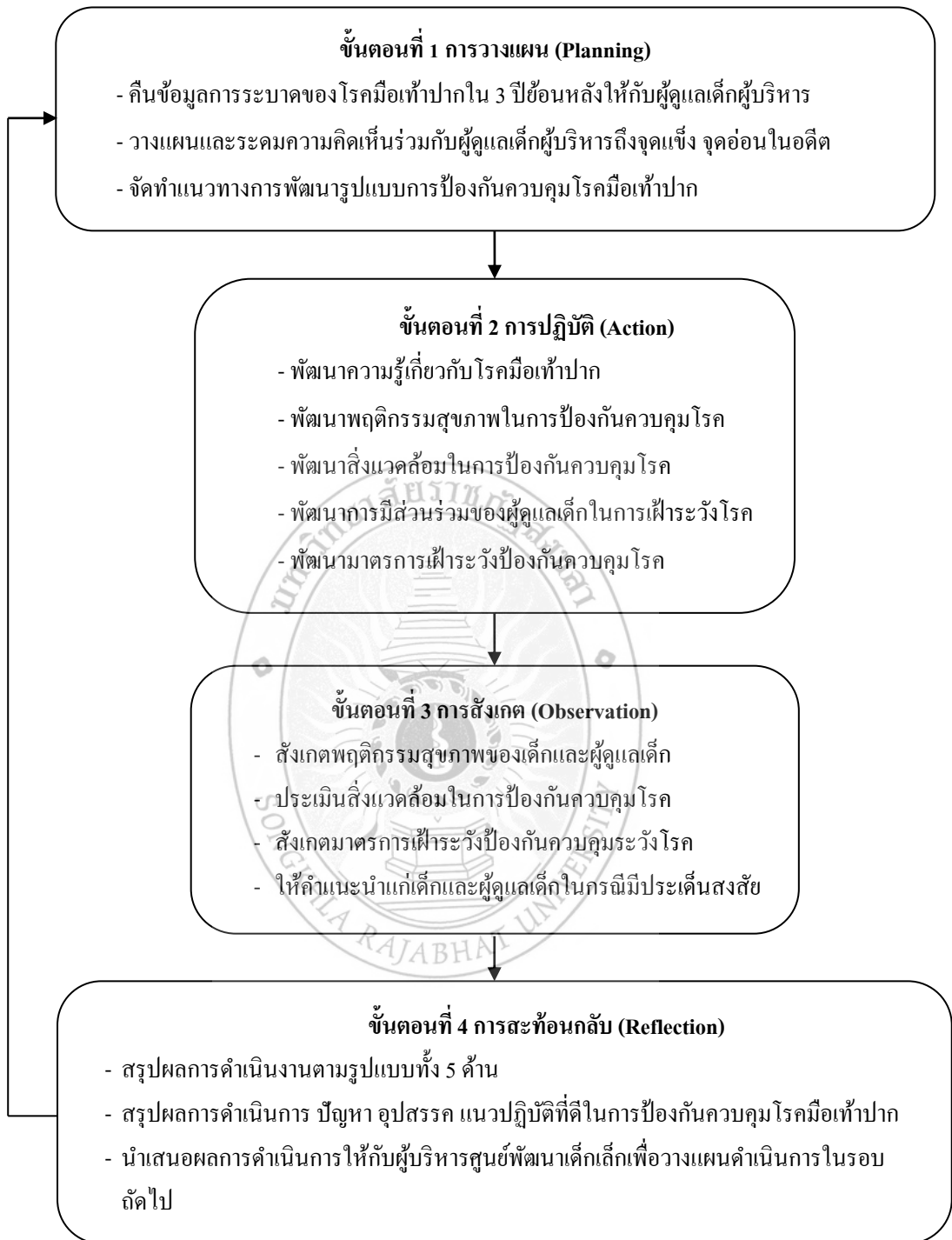
การพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ในครั้งนี้ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถสรุป อภิปรายผลและมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

ผลการพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนการปฏิบัติการสังเกตและคาร์สะท่อนกลับ ดังภาพ 10



ภาพ 10 รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก

2.1.1 ผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้ปกครองจำนวน 65 คน โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.80 ส่วนเพศชายร้อยละ 26.20 มีบุตรหรือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในการดูแลจำนวน 5 คนมากที่สุดร้อยละ 66.20 รองลงมาคือ 2 คนร้อยละ 23.10 อายุของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 38.50 รองลงมาคืออายุ 21 – 30 ปีร้อยละ 36.90 ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุดร้อยละ 30.80 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 20.00 สถานภาพสมรสของผู้ปกครองมากที่สุดคือคู่/สมรสร้อยละ 93.80 รองลงมาคือหย่าร้าง/แยกกันอยู่ และหม้ายร้อยละ 3.10

ระดับความรู้ก่อนการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58.46 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 21.54 ก่อนพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากผู้ปกครองตอบคำถามในเรื่องระยะฟักตัวของโรคถูกต้องเพียงร้อยละ 18.4 ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคถูกต้องร้อยละ 43.07 หลังพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ผู้ปกครองมีความรู้อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 93.84 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 4.62 โดยหลังการพัฒนาความรู้ผู้ปกครองตอบคำถามได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อโดยหัวข้อที่ยังตอบถูกน้อยได้แก่การใช้สิ่งของร่วมกันเช่นช้อนแก้วน้ำของเล่นไม่ทำให้เกิดการติดต่อของโรคร้อยละ 84.61 และหัวข้อเด็กที่ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ได้ตามปกติร้อยละ 86.15 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาความรู้และหลังพัฒนาความรู้พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ กล่าวคือผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นหลังพัฒนาความรู้

2.1.2 ผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์จำนวน 15 คน ผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเป็นเพศหญิงโดยมีเด็กต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล 24 คนมากที่สุดร้อยละ 20.00 อายุของผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41 - 50 ปีมากที่สุดร้อยละ 53.30 รองลงมาคืออายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 33.30 ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าสถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็กมากที่สุดคือคู่/สมรสร้อยละ 73.30 รองลงมาคือโสดร้อยละ 20.00

ระดับความรู้ก่อนการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 40.00 โดยก่อนพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากผู้ดูแลเด็กตอบคำถามถูกทุกคนในเรื่องการใช้สิ่งของร่วมกันของเด็กการตรวจ

คัดกรองเด็กหน้าโรงเรียนการล้างมือป้องกันโรคการแยกเด็กป่วยจากเด็กปกติในส่วนระยะพักตัวของโรคของและเชื้อก่อโรคผู้ดูแลเด็กตอบถูกเพียงร้อยละ 20.00 และร้อยละ 26.67 ตามลำดับ ระดับความรู้หลังการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยผู้ดูแลเด็กทุกคนตอบคำถามเรื่องความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากหลังพัฒนาความรู้ได้ถูกต้องทุกข้อและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องโรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาความรู้และหลังพัฒนาความรู้ปรากฏว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ กล่าวคือผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นหลังพัฒนาความรู้

2.2 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค

2.2.1 เด็ก

เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.16 และมีอายุ 2-3 ปี เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 30.70 โดยก่อนพัฒนาเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร ไม่ใช่แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ฟันเช็ดหน้า ฟันเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น ร้อยละ 100 ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 66.16 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำห้องส้วม หลังการเล่นของเล่นซึ่งเด็กมีการล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่เลยทุกคน และพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรม 3 เดือน เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร ไม่ใช่แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ฟันเช็ดหน้า ฟันเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น ร้อยละ 100 ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 92.31 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำห้องส้วม หลังการเล่นของเล่นซึ่งเด็กไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่เลยทุกคน หลังพัฒนาพฤติกรรม 5 เดือนเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร ไม่ใช่แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ฟันเช็ดหน้า ฟันเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 100 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ การล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ห้องน้ำห้องส้วม หลังการเล่นของเล่นซึ่งเด็กไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่เลยทุกคนซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก 3 เดือนและ 5 เดือน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและยังพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 5 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

และพบว่าก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นเตรียมอนุบาลมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่การเอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปากร้อยละ 80.00 มีการดูคอมของเล่นร่วมกับเพื่อนร้อยละ 55.00 และตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอเพียงร้อยละ 40.00 ส่วนเด็กชั้นอนุบาลมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปากร้อยละ 55.55 ราคาน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่ายเพียงร้อยละ 35.55 และมีการดูคอมของเล่นร่วมกับเพื่อนร้อยละ 42.22

2.2.2 ผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็กทั้งหมดเป็นเพศหญิงโดยมีเด็กต่ำกว่า 5 ปีในการดูแล 24 คน มากที่สุดร้อยละ 20.00 อายุของผู้ดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 41 - 50 ปีมากที่สุดร้อยละ 53.30 รองลงมาคืออายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 33.30 ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าสถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็กมากที่สุดคือคู่/สมรสร้อยละ 73.30 รองลงมาคือโสดร้อยละ 20.00 โดยก่อนพัฒนาผู้ดูแลเด็กทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอปิดปากจมูกขณะไอจามทุกครั้งมีการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กอย่างน้อยอาทิตย์ละครึ่งส่วนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การไม่ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็กร้อยละ 46.66 และผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือแต่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำห้องส้วมและพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรม 3 และ 5 เดือน ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็กล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ ปิดปากจมูกขณะไอจามทุกครั้ง มีแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ ทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง ผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือด้วยน้ำเปล่าแต่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำห้องส้วม คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก 3 เดือนและ 5 เดือน มีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก และยังพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน และ 5 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ อีกทั้งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือนมีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 5 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ อีกด้วย

2.2 การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ผลการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่ระดับชั้นเตรียมอนุบาลจนถึงระดับชั้นอนุบาล 3 จำนวน 13 ห้องเรียน พบว่าก่อนพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม แต่ยังไม่ในส่วนของห้องน้ำห้องส้วม ไม่สะอาด

มีกลิ่นรื้อยละ 69.23 และมีการทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วมเพียงวันละ 1 ครั้งรื้อยละ 76.92 โดยห้องน้ำห้องส้วมไม่มีสบู่ล้างมือในทุกห้อง และพบว่าหลังพัฒนาสิ่งแวดล้อมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อคงเหลือเพียงแต่ห้องน้ำห้องส้วมที่ยังไม่มีสบู่ล้างมือในทุกห้องเช่นเดิม โดยคะแนนการประเมินสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนก่อนพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและยังพบว่าคะแนนประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ส่วนหลังพัฒนาเดือนที่ 1,2,3,4 และเดือนที่ 5 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

2.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา ก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคมือเท้าปากที่เกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การมีส่วนร่วมเสนอแผนการป้องกันโรคมือเท้าปากเพื่อของบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนการมีส่วนร่วมปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยหลังพัฒนาการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกข้อ และเมื่อเปรียบเทียบกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ กล่าวคือ ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาการมีส่วนร่วมปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อ

2.4 การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตั้งแต่ระดับชั้นเตรียมอนุบาลจนถึงระดับอนุบาล 3 จำนวน 13 ห้องเรียน พบว่าก่อนพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก มีเพียงการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติเท่านั้นที่ดำเนินการส่วนหลังพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 1 เดือน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติได้ดีทุกข้อของการประเมินยกเว้นการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่น ๆ กรณีพบเด็กป่วยและครูประจำชั้นโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครอง

เพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากหรือไม่ในส่วนของหลังพัฒนามาตรการ
 ฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 2 และ 3 เดือนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติได้ดีทุกข้อยกเว้นการทำหนังสือ
 แจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่น ๆ กรณีพบเด็กป่วย และหลังพัฒนามาตรการฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
 4 และ 5 เดือนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติได้ดีทุกข้อของการประเมินยกเว้นการทำหนังสือแจ้ง
 ผู้ปกครองนักเรียนคนอื่น ๆ กรณีพบเด็กป่วยและครูประจำชั้นโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุ
 ของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากหรือไม่ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาระบบฝ้าระวัง
 ป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากหลังการพัฒนามาตรการฝ้าระวังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา
 มาตรการฝ้าระวังและยังพบว่าการพัฒนามาตรการฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากก่อนการ
 พัฒนามาตรการฝ้าระวังเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนามาตรการฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือ
 เท้าปาก 1,2,3,4 และ 5 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ส่วน
 หลังการพัฒนาเดือนที่ 1,2,3,4 และเดือนที่ 5 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $\alpha = 0.05$

2.5 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก

พบว่าอุบัติการณ์เด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของปี 2560 มีอุบัติการณ์ของโรค
 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลังโดย

เด็กป่วยรายที่ 1 อายุ 3 ปี 1 เดือน เริ่มป่วยวันที่ 9 กรกฎาคม 2560 มารับการรักษาที่
 โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2560 โดยไม่มีอาการไข้ มีผื่นบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า รอบๆปาก
 โดยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก โดยไม่พบผู้ป่วยรายอื่น ๆ เพิ่มเติมทั้งที่
 บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่วันที่ 29 มิถุนายน 2560 ถึง 19 กรกฎาคม 2560

เด็กป่วยรายที่ 2 อายุ 3 ปี 7 เดือน เริ่มป่วยวันที่ 29 สิงหาคม 2560 มารับการรักษาที่
 โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2560 โดยมีอาการไข้ มีผื่นขึ้นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ที่ปากและก้น ได้รับการ
 การวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก โดยไม่พบผู้ป่วยรายอื่น ๆ เพิ่มเติมทั้งที่บ้านและ
 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตั้งแต่วันที่ 19 สิงหาคม 2560 ถึง 10 กันยายน 2560

เด็กป่วยทั้งสองรายไม่พบความเชื่อมโยงกันของโรคทางระบาดวิทยา (ชื่อนานนามสกุล
 ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล รวมทั้งที่อยู่ของผู้ป่วยทั้งสองราย)

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา มี 4 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนกลับ ซึ่งการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีต การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของการดำเนินงานที่ผ่านมา มีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยแนวทางการพัฒนา 5 ด้านเพื่อลดอุบัติการณ์เด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าปากเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลังดังต่อไปนี้

1. พัฒนาคำความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง
2. พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรค
3. พัฒนาล้างแวล้อมในการป้องกันควบคุมโรค
4. พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค
5. พัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

โดยการพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สร้างขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์เด็กป่วยลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลังซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้างต้น โดยมีแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานครั้งนี้คือ การทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กทั้งห้องเรียนกรณีพบเด็กป่วย 1 คน และการตรวจคัดกรองหาเด็กป่วยที่หน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงที่มีการระบาดของโรคมือเท้าปาก

2. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก

ผลการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองพบว่าก่อนพัฒนาความรู้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ (สิววิชัย พิมพ์ประเสริฐ, 2552) ส่วนหลังพัฒนาความรู้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ (ภูพาน สันประภาและคณะ, 2559) โดยหลังพัฒนาความรู้ผู้ปกครองตอบคำถามเรื่องการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติถูกต้องเพียงร้อยละ 86.15 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองยังไม่มีมีความรู้ความเข้าใจมากพอในการป้องกันควบคุมโรค จึงอาจทำให้เกิดการระบาดของโรคมือเท้าปากขึ้นในที่ ๆ น้อย ๆ ของเด็กที่ป่วยเนื่องจากไม่มีการแยกเด็กที่ป่วยออกจากที่ ๆ น้อย ๆ ของตนเองโดยหลังการพัฒนาความรู้ผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลดีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชนซึ่งเด็กได้อาศัยอยู่

ผลการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กพบว่าก่อนพัฒนาความรู้ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ (สันติพงษ์ กัณฑ์ทวาริ, 2549) ส่วนหลังพัฒนาผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในเรื่องโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูงมากสอดคล้องกับการศึกษาของ (บุญเลิศ จันทร์หอม, 2557) โดยหลังการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นและตอบคำถามถูกทุกคนในทุกหัวข้อ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้และยังมีหัวข้อระยะพักตัวของโรคมือเท้าปากซึ่งผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองตอบคำถามถูกต้องยังมีเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำอยู่ จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองทราบว่าระยะพักตัวของโรคประมาณ 3 - 5 วัน เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการของเด็กที่ อยู่ในการดูแลของตนเอง

2.2 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค

ผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเด็ก 3 และ 5 เดือน เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ไม่หยิบเศษอาหารที่ตกลง ออกนอกจานใส่ปากไม่กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่น ๆ ภาชนะทุกครั้งหลังการรับประทานอาหารของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่น ๆ ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอไม่เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปากแต่พบว่าเด็กทั้งหมดล้างมือด้วยน้ำเปล่าโดยไม่ใช้สบู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ (บุญเลิศ จันทร์หอม, 2557) ทางเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดไม่มีงบประมาณสนับสนุนสบู่ให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเนื่องจากผู้ดูแลเด็กยังไม่มีการนำเข้าแผนจัดซื้อในปีงบประมาณ 2560 เนื่องจากคิดว่าไม่จำเป็นต้องมีก็ได้ซึ่งการล้างมือด้วยน้ำเปล่าโดยไม่ใช้สบู่ไม่สามารถลดเชื้อโรคที่

ติดมากับมือได้ทั้งหมดการล้างมือที่ไม่ถูกต้องสามารถทำให้เกิดการติดและแพร่เชื้อโรคได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558. สันติพงษ์ กัณฑ์วาริ, 2549) และเด็กยังมีการอมดูดของเล่นร่วมกับเพื่อนคนอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคมือเท้าปากโดยจุดที่ควรเน้นสำหรับเด็กชั้นเตรียมอนุบาลคือการตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ ส่วนเด็กชั้นอนุบาลควรเน้นไม่ให้หยิบอาหารที่ตกออกนอกจานใส่ปากซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถลดการแพร่เชื้อโรคมือเท้าปากได้

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพบว่าหลังพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ดูแลเด็ก 3 และ 5 เดือน ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ เด็กล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก โดยผู้ดูแลเด็กมีการล้างมือแต่ไม่ถูกต้องตามการล้างมือ 7 ขั้นตอน (พัชรภรณ์ ไพศานมาศ, 2554. บุญเลิศ จันทร์หอม, 2557) หลังจากรับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ดูแลเด็กทุกคนล้างมือได้อย่างถูกวิธีก่อนหลังรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ ห้องส้วม หลังสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ เด็กก่อนและหลังเตรียมอาหาร ให้เด็กการล้างมือของผู้ดูแลเด็กนั้นใช้แค่ น้ำธรรมดาไม่มีการใช้สบู่ ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำแนะนำว่าการล้างมือด้วยน้ำธรรมดาก็อย่างเดียวยังไม่ได้ผลดีพอจะมีผลเพียงลดคราบสกปรกของฟองละอองเท่านั้นแต่เชื้อโรคมือเท้าปากยังมีเหมือนเดิมการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่ถูกวิธีจะช่วยลดปริมาณเชื้อโรคที่มีอยู่ได้ดีที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการล้างมือให้ถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่สำหรับเด็กและผู้ดูแลเด็กก่อนหลังรับประทานอาหาร ก่อนหลังเข้าห้องน้ำ ห้องส้วม หลังจากเล่นของเล่น และหลังจากผู้ดูแลเด็กสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ เด็ก เพราะสามารถลดการติดต่อกับโรคมือเท้าปากได้และยังพบอีกว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากทางเทศบาล จึงควรเสนอแนะให้ผู้บริหารของเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยติดตามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรงลดการแพร่เชื้อโรคต่าง ๆ ให้กับเด็กได้ด้วย

3. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ผลการพัฒนาพบว่าก่อนพัฒนาสิ่งแวดล้อมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วมเพียงวันละครั้ง ทำให้มีกลิ่นและไม่สะอาดนำมาซึ่งการสะสมของเชื้อโรคได้ แต่หลังจากการพัฒนาสิ่งแวดล้อมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวอาคารสะอาดและปลอดภัย ไม่มีน้ำขัง ห้องเรียนมีอากาศถ่ายเทสะดวก แม่บ้านทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วมวันละ 2 ครั้ง มีการแยกของใช้ส่วนตัวเด็กเป็นรายบุคคลได้แก่ แก้วน้ำ ผ้าห่ม ที่นอน แปรงสีฟัน

โดยมีการทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กอาทิตย์ละครั้ง มีภาชนะรองรับขยะสภาพดีมีฝาปิด มีคิซิดพร้อมมีถุงรองรับขยะและทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการขยะออกจากตัวอาคารทุกวัน สถานที่ปรุงอาหารสะอาดไม่วางอาหารที่เตรียมเสร็จแล้วที่พื้นมีฝาปิดคิซิด ผู้ปรุงอาหารแต่งกายสะอาดเล็บมือสั้นสวมเสื้อมีแขนใส่ผ้ากันเปื้อนสวมหมวกคลุมผมขณะปฏิบัติงานและทำความสะอาดบริเวณเตรียมอาหารเป็นประจำทุกวัน

การปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นสามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากได้ โดยยังมีในส่วนของอ่างล้างมือซึ่งยังไม่มีสบู่ล้างมือ เนื่องจากทางเทศบาลซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดไม่ได้ตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ โดยการล้างมือโดยน้ำเปล่าไม่สามารถล้างเชื้อโรคออกไปได้หมด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้โดยในปีงบประมาณถัดไปผู้ดูแลเด็กได้ทำแผนการจัดซื้อสบู่ล้างมือไว้ในแผนงาน โครงการของเทศบาลเมืองปาดังเบซาร์แล้ว

4. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรค

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วมในหัวข้อการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภูพาน สันประภา และคณะ, 2559) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกัน โรคมือเท้าปากก่อนการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนภายหลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก

การที่ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคมือเท้าปากตั้งแต่การวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จะทำให้ผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กมีผลกระทบโดยตรงต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนวิเคราะห์ปัญหา ร่วมในการปฏิบัติการ และร่วมประเมินผลซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา และเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากตลอดจนลดการแพร่ระบาดของโรคได้

5. การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

ก่อนการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้ดำเนินการตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก โดยมีการปฏิบัติเพียงการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ

โดยใช้มันกัณฑ์เท่านั้น ส่วนหลังการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคมือเท้าปากของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การแจ้งข่าวกรณีพบเด็กป่วยให้กับผู้บริหารสถานศึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วถึง เนื่องจากในอดีตกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้บริหารสถานศึกษาจะทราบเรื่องก็ต่อเมื่อมีเด็กเป็นโรคมือเท้าปากหลายคนในหลายห้องเรียนแล้ว ซึ่งต้องทำการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อทำความสะอาดและลดการแพร่ระบาดของโรค การวิจัยครั้งนี้ได้เน้นย้ำให้ผู้ดูแลเด็กดำเนินการในส่วนของการทำความสะอาดเครื่องใช้ส่วนตัวเด็กทุกรายในห้องเรียนกรณีพบเด็กป่วย 1 คน การให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วันทำการเพื่อลดการระบาดของโรค การเพิ่มการคัดกรองหาเด็กป่วยที่หน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงก่อนการระบาดและช่วงที่มีการระบาดเป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถป้องกันลดการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลงได้

6. การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ด้วยการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการป้องกันควบคุมโรคพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังโรคและพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 จนถึงเดือนกันยายน 2560 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พบการระบาดของโรคมือเท้าปากใน 3 ปีย้อนหลัง พบว่ารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์เด็กป่วยลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ 3 ปีย้อนหลัง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้างต้น รวมถึงสามารถเป็นต้นแบบเชิงรุกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่น ๆ ซึ่งมีบริบทที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรกำหนดมาตรการเพิ่มเติมในช่วงที่มีการระบาดของโรคมือเท้าปาก ได้แก่ การทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็กในห้องเรียน กรณีพบเด็กป่วย 1 คน การตรวจคัดกรองหาเด็กป่วยที่หน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงเดือน พฤษภาคมถึง กันยายน ของทุกปี
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรหามาตรการรองรับเพิ่มเติมโดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ในกรณีที่ผู้ปกครองไม่สามารถมาดูแลเด็กที่ป่วยซึ่งต้องหยุดเรียน 5 วัน
3. เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์ควรจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพของผู้ดูแลเด็กเป็นประจำทุกปี เพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก
4. ควรวัดความรู้ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองหลังจากที่มีการใช้รูปแบบไปแล้ว 5 เดือนเพื่อวัดความรู้ที่คงอยู่และสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการให้ความรู้ผู้ปกครองในด้านพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก
2. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองเด็กเพื่อความครบถ้วนรอบด้านของข้อมูลที่จะประกอบการตัดสินใจดำเนินการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าปากและการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

_____. (2554). **คู่มือการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค**. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

_____. (2558). **แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บอร์นทูปีพับลิชชิง จำกัด.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2553). **มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบอร์นทูปีพับลิชชิง จำกัด.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). **“บทความเพื่อการมีสุขภาพที่ดี”** (Online). <http://hed.go.th/menuHome/print/73>, 15 พฤษภาคม 2561.

จักรพงษ์ เอี้ยวตระกูล, วิษเณทร์ โชติวนิช, ปุณริดา มุ่งวัฒนา, วัลยาณี เนื่องโพธิ์, สรัญญา ฐิติสุริยารักษ์, สราวุธ สุวรรณ, วรรมน ภัทรพงศ์ดีดก, อมรรัตน์ รัตนศิริ, ภพโกศ ลารักษ์, และอมร เปรมกมล. (2555). **“ความรู้และการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของบุคลากรในสถานบริการเลี้ยงเด็กเขตเทศบาลนครขอนแก่น.”** ศรีนครินทร์เวชสาร. (3), 250-257

ทัศนีย์ พาณิชย์กุล, สุชาดา โทผด, ชาญฤทธิ คำบาย, พิสุทธิ ปทุมมาสูตร, สุภาวดี สมบูรณ์, ชลภัทร์ สุขเกษม, และจุฑาทิพย์ ศรีจันทร์ศรี. (2553). **“มาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเอนเทอโรไวรัสกับการเกิดโรคมือเท้าปากในเด็กปฐมวัย”**. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. ปีที่ 8 (2), 172-185.

ทัศนียา วังสะจันทานนท์, สุคนธ์ วรธนะอมร, นิลภา จิระรัตนวรรณ, และนุชนารถ บรรทมพร. (2557). **“บทบาทผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในการคัดกรองและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก”**. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ. ปีที่ 6 (12), 114-121.

บงกช เชี่ยวชาญยนต์, ปรีชา หนูฟอง, และสุนีย์ เหมพัฒน์. (2553). **“รูปแบบการป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเมืองในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดตรัง”**. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 36 (3), 170-177.

บุญเลิศ จันทร์หอม. (2557). **การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขภาพอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พัชรภรณ์ บดีรัฐ, และ ธนัช กนกเทศ. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พัชรภรณ์ ไพศานมาศ. (2554). การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและสุขอนามัยของเด็กรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกิดโรคมือเท้าและปาก อำเภอออยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณรัตน์ เป็นสุข, และพรรณิ ปัญชรหัตถกิจ. (2556). “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์.” วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 8(1), 80-93.
- พิสิฐ เทพไกรวัล. (2554). การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อคุณภาพการจัดการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก. คุชฎินิพนธ์ปริญญาคุชฎินิพนธ์บัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทร วาสนา, และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2558). “ประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมตามบริบทที่เน้นความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.” วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. ปีที่ 4(2), 7-18.
- ภูพาน สันประภา, บั๊วรุณ ศรีชัยกุล, และชาญชัย ฉรงค์ทรงศาศรี. (2559). “การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคมือเท้าและปากในชุมชน ตำบลนามะเขือ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.” วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 23(1), 1-10.
- วิษญาภา เมธีวรฉัตร. (2557). รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธของมหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือตอนล่าง 2. คุชฎินิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรคุชฎินิพนธ์บัณฑิตสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- วิมล จันท์แก้ว. (2555). รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงสร้างสรรค์ของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานีเขต 3. คุชฎินิพนธ์ศึกษาศาสตร์คุชฎินิพนธ์บัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วิลาวณิชย์ พิเชิธรเสถียร, สมจิตร เกียรติวัฒนเจริญ, จิราภรณ์ สายพรหมมา, สุธิศา ล่ามช้าง, และอุษณีย์ จินดาเวช. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในสถานเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน: กรณีศูนย์ศึกษาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. (2561). **สถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 12** (Online).http://info.sasuk12.com/archives/ceo12/july60/3_3.pdf, 13 พฤษภาคม 2561.
- สำนักงานเลขาธิการ สภากาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2556). **บทบาทของพ่อแม่ครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็กในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กปฐมวัย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คุรุสภา.
- สิาววิชัย พิมพ์ประเสริฐ. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าและปากของมารดาเด็กอายุ 0-5 ปี ในศูนย์เด็กเล็ก เขตตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร**. รายงานการค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สันติพงษ์ กัณทะวาริ. (2549). **พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทาจังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพงษ์ ภูผิวน้ำ. (2557). “**พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**.” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 7(1), 195-203.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- อัจจิมา ชนะกุล. (2558). “**พฤติกรรมของครูต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่**.” วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 3(3), 453-468.
- Best, J.W. (1996). **Research in education (4th ed.)**. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.
- Bloom, B.S., and others. (1971). **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: McGraw-Hill.
- Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3. (2007). A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**; 39: 175-91.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). **The action research planner (3rd ed.)**. Geelong: Deakin University Press.
- Lemeshow S, David W.K., Lwanga J, Kaggwa S. (1990). **Adequacy of sample size in health studies**. New York: Chichester Wiley.
- World Health Organization. (2018). **Hand, Foot, Mouth Disease Situation Update** (Online). <http://www.wpro.who.int>, May 16, 2018.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|--------------------------|--------------|--|
| 1. ดร.วันทก ดิษสุวรรณ | ตำแหน่ง | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา |
| | สถานที่ทำงาน | มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 2. นางบงกช เชี่ยวชาญยนต์ | ตำแหน่ง | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| | สถานที่ทำงาน | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12
จังหวัดสงขลา |
| 3. นางสาวจงดี สุขโข | ตำแหน่ง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| | สถานที่ทำงาน | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหม่อม |





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖ ๐๐๐๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๙ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ด้วย นายสรารุช อัมพร รหัส ๕๘0๒๗๗๑๐๑๓ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตกา จังหวัดสงขลา”

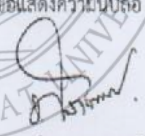
โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ดร.เพ็ญมาศ สุคนธ์จิตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
๒. ดร.ธนิษฐา ดิษสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.วัลลภ ดิษสุวรรณ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรณ์ จุลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๕๓๓ ๖๐๕๘

<http://bundit.skru.ac.th/>www.facebook.com/gsskru



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖ ๐๐๐๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๙ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา

ด้วย นายสราวุธ อัมพร รหัส ๕๔๖๒๗๗๑๐๑๓ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตกา จังหวัดสงขลา"

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ดร.เพ็ญมาศ สุคนธ์จิตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
๒. ดร.สนิษฐา จุลสุวรรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณแล้วเห็นว่า นางบงกช เชี่ยวชาญยนต์ (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ) บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรณ์ จุลสุวรรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๙๙๓๓ ๖๙๙๙
<http://bunhit.skr.u.ac.th/>
www.facebook.com/gsskr



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ว ๐๐๐๙

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๙ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอนาหม่อม

ด้วย นายสรราช อัมพร รหัส ๕๘G๒๗๗๑๐๑๓ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสะเตกา จังหวัดสงขลา"

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| ๑. ดร.เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์ | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
| ๒. ดร.ธนัชฐา ดิษสุวรรณ | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวจงดี สุขไซ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จิตสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๕๓๓ ๖๙๔๘

<http://bundit.skru.ac.th/>www.facebook.com/gsskru



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามวิจัยเรื่อง
การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา

คำชี้แจง

เอกสารชุดนี้เป็นแบบสอบถามการทำวิทยานิพนธ์ ตามหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลการตอบคำถามในแบบสอบถามครั้งนี้จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยซึ่งจะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่ผลเสียใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่าน ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามอย่างตรงไปตรงมาตามข้อเท็จจริงและตามความรู้ที่มีอยู่ของตัวท่านเอง หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง มีทั้งหมด 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก มีทั้งหมด 15 ข้อ

ขอขอบพระคุณในความกรุณาอย่างสูง

นาย สราวุธ อัมพร

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง

คำชี้แจงทำเครื่องหมาย / หรือเติมคำลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง

1. เพศ

ชาย หญิง

2. ท่านเป็นผู้ปกครอง

จำนวนบุตรหรือเด็กต่ำกว่า 5 ปี ในการดูแลของท่าน จำนวน.....คน

3. ปัจจุบันท่านอายุ

ต่ำกว่า 20 ปี 21 - 30 ปี
 31 - 40 ปี 41 - 50 ปี
 51 - 60 ปี 60 ปี ขึ้นไป

4. การศึกษาสูงสุดของท่าน

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.
 ปวส. อนุปริญญา
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ไม่ได้เรียนหนังสือ

5. สถานภาพสมรสของท่าน

โสด คู่/สมรส
 หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก

คำชี้แจง คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง ตอบตามความเข้าใจของท่าน สามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ลำดับที่	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคมือเท้าปาก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส		
2.	โรคมือเท้าปากส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป		
3.	อาการแสดงของโรคนี้ได้แก่ มีตุ่มแผลแดงในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และก้น		
4.	เด็กจะเริ่มมีอาการป่วยหลังได้รับเชื้อแล้ว 1-2 วัน		
5.	เชื้อโรคจะอาศัยอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของเด็กที่ติดเชื้อ		
6.	การเบื่ออาหารและไม่ดื่มนม มีน้ำลายไหล บ่นว่าเจ็บปาก เป็นอาการหนึ่งของโรคมือเท้าปาก		
7.	การใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ ของเล่น ไม่ทำให้เกิดการติดต่อของโรค		
8.	เด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้ สามารถอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ได้ตามปกติ		
9.	โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยให้เด็กล้างมือบ่อยๆ		
10.	การทำความสะอาดห้องน้ำ ของเล่น ของใช้ส่วนตัวของเด็กเป็นประจำ สามารถป้องกันโรคมือเท้าปากได้		
11.	โรคมือเท้าปากสามารถพบได้บ่อยมากขึ้นในช่วงหน้าร้อนตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน ของทุกปี		
12.	หากพบว่าเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากให้หยุดเรียน และงดพาไปยังที่ชุมชน อย่างน้อย 5 วัน		
13.	น้ำยาซักผ้า/ผงซักฟอก สามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้		
14.	การตรวจคัดกรองเด็กที่บ้านและก่อนเข้าโรงเรียน สามารถป้องกันการแพร่เชื้อโรคมือเท้าปากได้		
15.	โรคมือเท้าปากสามารถป้องกันได้โดยพาเด็กไปฉีดวัคซีน		

แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมสุขภาพ	ทำ	ไม่ทำ
เด็ก	1. การรับประทานอาหาร		
	1.1 ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร		
	1.2 ใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร		
	1.3 หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปาก		
	1.4 กินอาหารจานเดียวกับเพื่อนคนอื่นๆ		
	2. หลังการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม		
	2.1 ล้างมือด้วยสบู่		
	2.2 ราดน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย		
	3. การรักษาความสะอาด		
	3.1 ล้างมือด้วยสบู่หลังการเล่นของเล่น		
	3.2 มีการดูแลของเล่น ร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ		
	3.3 มีการใช้แก้วน้ำร่วมกับคนอื่น		
	3.4 มีการใช้ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น		
	3.5 มีการใช้แปรงสีฟันร่วมกับคนอื่น		
3.6 ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ			
3.7 เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก			
ผู้ดูแลเด็ก	1. ด้านการดูแลตนเอง		
	1.1 ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม		
	1.2 ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร		
	2. ด้านการดูแลเด็ก		
	2.1 ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็ก		
	2.2 ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก		
	2.3 ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ		
	2.4 ปิดปาก จมูก ขณะไอจามทุกครั้ง		
	2.5 มีแยกเด็กป่วย ออกจากเด็กปกติ		
	2.6 ทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็ก อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง		

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ลำดับที่	เกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.	ตัวอาคารสะอาดเป็นระเบียบ ไม่มีน้ำขัง มีอากาศถ่ายเทสะดวก		
2.	ห้องน้ำ ห้องส้วมสะอาด พื้นไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น มีการระบายอากาศที่ดี		
3.	ห้องน้ำมีจำนวนโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 โถ ต่อเด็ก 10-12 คน		
4.	มีอ่างล้างมือ สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ติดตั้งบริเวณห้องส้วม		
5.	มีภาชนะรองรับขยะสภาพดี มีฝาปิดมิดชิด พร้อมมีถุงรองรับขยะ และทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอมีการจัดการขยะออกจากอาคารทุกวัน		
6.	แก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟัน ผ้าเช็ดมือ ที่นอน ผ้าห่ม ของใช้ประจำตัวเด็กทุกคน มีการจัดเก็บแยกเป็นรายบุคคล เป็นระเบียบสะอาด		
7.	มีการแยกเด็กป่วย โดยมีห้องแยกพักสำหรับเด็กป่วย หรือหากไม่มีห้องแยกใช้ม่านหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วน ห่างจากเด็กปกติอย่างน้อย 1 เมตร		
8.	มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ สำหรับเด็กโดยการล้าง ผึ่งแดด ได้แก่ ของเล่น ที่นอน อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง		
9.	มีการทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		
10.	มีการทำความสะอาดบริเวณภายในอาคารและบริเวณรอบศูนย์เด็กเล็ก ด้วยการกวาด ถู ให้สะอาดทุกวัน		
11.	สถานที่ปรุงอาหารสะอาด ไม้วางอาหารที่เตรียมเสร็จแล้วที่พื้น มีฝาปิดมิดชิด		
12.	ผู้ปรุงอาหารแต่งกายสะอาด เล็บมือสั้น สวมเสื้อมีแขน ใส่ผ้ากันเปื้อน สวมหมวกคลุมผม ขณะปฏิบัติงานและทำความสะอาดทุกวัน		

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีส่วนร่วม
การวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้					
2. ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก					
3. ที่ผ่านมาท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคมือเท้าปากที่เกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก					
4. ท่านมีส่วนร่วมเสนอแผนการป้องกันโรคมือเท้าปากเพื่อของบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมือเท้าปาก					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการทำความสะอาดของเล่นห้องเรียน ของใช้ส่วนตัวเด็ก กรณีพบเด็กป่วย					
3. ท่านมีส่วนในการตรวจคัดกรองเด็กป่วย ก่อนที่จะเข้ามาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก					
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก					
2. ท่านมีส่วนในการให้ข้อเสนอแนะ ในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา อุปสรรค ในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก					

แบบสังเกตการพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

ช่วงเวลา	เกณฑ์	ทำ	ไม่ทำ
	1. หากพบเด็กหยุดเรียนไม่ทราบสาเหตุครูประจำชั้นควรโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากหรือไม่		
	2. การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปากและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก		
	3. การแจ้งข่าวต่อผู้เกี่ยวข้องของครู ผู้ปกครองต่อผู้บริหารสถานศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีพบเด็กป่วย		
	4. การเพิ่มการคัดกรองนักเรียนที่หน้าประตูโรงเรียน โดยผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาดของโรค (เดือนพฤษภาคม – กันยายน)		
	5. การให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วันทำการ		
	6. โรงเรียนมีการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียนคนอื่นๆ เพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคกรณีพบเด็กป่วย		
	7. การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ		
	8. ผู้ปกครองมารับเด็กป่วยกลับบ้านไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังได้รับแจ้งจากผู้ดูแลเด็ก		
	9. การทำความสะอาดห้องเรียน ห้องน้ำ ห้องส้วม ของใช้ส่วนตัวเด็ก รวมทั้งของเล่น กรณีพบเด็กป่วยหนึ่งคน โดยผู้ดูแลเด็ก		
	10. มีการประชาสัมพันธ์ให้เด็กทราบว่ามีการระบาดของโรคมือเท้าปาก ที่หน้าเสาธง อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง		

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคมือเท้าปาก

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน.....

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....เกี่ยวข้องกับ.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องกับ.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

วันเริ่มป่วย.....วันที่มาโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ไม่สนใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

เสียชีวิต วันที่.....สาเหตุการเสียชีวิต : มีภาวะขาดสารอาหาร มีโรคแทรกซ้อน

อื่นๆ ระบุ.....

อาการและอาการแสดง

ไข้ <input type="checkbox"/> มี.....วัน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นที่กระพุ้งแก้ม/เหงือก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ช้ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซึม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สับสนหรือระดับความรู้สึกลดลง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลเป็นที่ก้น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หมดสติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หอบเหนื่อยง่าย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ
แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ	วันที่ทราบผล

การรักษา

- รับการตรวจรักษา ที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

0 ได้พบแพทย์ 0 พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 0 อื่นๆ ระบุ.....

- ได้รับการวินิจฉัยโรค.....แพทย์ผู้รักษา.....

- เป็นผู้ป่วยประเภท 0 ผู้ป่วยนอก 0 ผู้ป่วยใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU หรือไม่

0 ไม่ได้เข้า ICU 0 เข้า ICU

ปัจจัยเสี่ยง

ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วย

เดินทาง ระบุ จังหวัด.....วันที่กลับ.....2 ไม่ได้เดินทาง

มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือชาว ต่างชาติมาเยี่ยมหรือไม่

มี

1. ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

จากประเทศ.....มาถึงประเทศไทย เมื่อ.....

2. ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

จากประเทศ.....มาถึงประเทศไทย เมื่อ.....

ไม่มี

การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน ในชุมชน ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

1. ที่บ้าน

1. มี ชื่อ.....อายุ.....ปี.....เพศ..... 2. ไม่มี

2. ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก

1. มี ชื่อ.....อายุ.....ปี.....ที่อยู่..... 2. ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....ปี.....ที่อยู่.....

หมายเหตุ ระยะฟักตัว 3 - 5 วัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....



ภาคผนวก ง
การหาคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือ

ค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา (IOC)

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3		
1. เพศ	+1	+1	+1	+1	นำไปใช้ได้
2. ท่านเป็นผู้ปกครอง	0	+1	+1	0.67	นำไปใช้ได้
3. ปัจจุบันท่านอายุ	+1	+1	+1	+1	นำไปใช้ได้
4. การศึกษาสูงสุดของท่าน	+1	+1	+1	+1	นำไปใช้ได้
5. สถานภาพสมรสของท่าน	+1	+1	+1	+1	นำไปใช้ได้

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง

แบบสอบถามความรู้	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3		
1. โรคมือเท้าปาก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2. โรคมือเท้าปากส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป	+1	+1	+1	0.67	นำไปใช้ได้
3. อาการแสดงของโรคนี้ได้แก่ มีตุ่มแผลแดงในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและก้น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
4. เด็กจะเริ่มมีอาการป่วยหลังได้รับเชื้อแล้ว 1-2 วัน	+1	0	+1	0.67	นำไปใช้ได้
5. เชื้อโรคจะอาศัยอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของเด็กที่ติดเชื้อ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
6. การเบื่ออาหารและไม่ดื่มนม มีน้ำลายไหล บ่นว่าเจ็บปาก เป็นอาการหนึ่งของโรคมือเท้าปาก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง

แบบสอบถามความรู้	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการ พิจารณา
	1	2	3		
8. เด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้ สามารถอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ได้ตามปกติ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
9. โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยให้เด็กล้างมือบ่อยๆ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
10. การทำความสะอาดห้องน้ำ ของเล่น ของใช้ ส่วนตัวของเด็กเป็นประจำ สามารถป้องกันโรคมือเท้าปากได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
11. โรคมือเท้าปากสามารถพบได้บ่อยมากขึ้นในช่วงหน้าร้อนตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน ของทุกปี	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
12. หากพบว่าเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากให้หยุดเรียน และงดพาไปยังที่ชุมชน อย่างน้อย 5 วัน	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
13. น้ำยาซักผ้า/ผงซักฟอก สามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้	+1	0	+1	0.67	นำไปใช้ได้
14. การตรวจคัดกรองเด็กที่บ้านและก่อนเข้าโรงเรียน สามารถป้องกันการแพร่เชื้อโรคมือเท้าปากได้	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
15. โรคมือเท้าปากสามารถป้องกันได้โดยพาเด็กไปฉีดวัคซีน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

2. แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
1.1 ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
1.2 ใช้ช้อนในการรับประทานอาหาร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
1.3 หยิบเศษอาหารที่ตกลงออกนอกจานใส่ปาก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
1.4 กินอาหารงานเดียวกับเพื่อนคนอื่นๆ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.1 ล้างมือด้วยสบู่	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.2 ราคาน้ำทุกครั้งหลังการขับถ่าย	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
3.1 ล้างมือด้วยสบู่หลังการเล่นของเล่น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3.2 มีการดูแลของเล่น ร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ	+1	0	+1	0.67	นำไปใช้ได้
3.3 มีการใช้แก้วน้ำร่วมกับคนอื่น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3.4 มีการใช้ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัวร่วมกับคนอื่น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3.5 มีการใช้แปรงสีฟันร่วมกับคนอื่น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3.6 ตัดเล็บมือให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3.7 เอามือตนเองหรือมือของเพื่อนเข้าปาก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

2.1 แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก

แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
1.1 ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังเข้าห้องน้ำห้องส้วม	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
1.2 ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังรับประทานอาหาร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.1 ล้างมือหลังจากสัมผัสตัวเด็ก น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระเด็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.2 ล้างมือก่อนและหลังเตรียมอาหารให้เด็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.3 ตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.4 ปิดปาก จมูก ขณะไอจามทุกครั้ง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
2.5 มีแยกเด็กป่วย ออกจากเด็กปกติ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2.6 ทำความสะอาดของใช้ส่วนตัวเด็ก อย่างน้อย อาทิตย์ละครั้ง	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้

3. แบบประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
1. ตัวอาคารสะอาดเป็นระเบียบ ไม่มีน้ำขัง มีอากาศถ่ายเทสะดวก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2. ห้องน้ำ ห้องส้วมสะอาด พื้นไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น มีการระบายอากาศที่ดี	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3. ห้องน้ำมีจำนวน โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 โถ ต่อเด็ก 10-12 คน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
4. มีอ่างล้างมือ สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ติดตั้งบริเวณห้องส้วม	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
5. มีภาชนะรองรับขยะสภาพดี มีฝาปิดมิดชิด พร้อมมีถุงรองรับขยะ และทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอมีการจัดการขยะออกจากอาคารทุกวัน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
6. แก้วน้ำดื่ม แก้วสำหรับแปรงฟัน ผ้าเช็ดมือ ที่นอน ผ้าห่ม ของใช้ประจำตัวเด็กทุกคน มีการจัดเก็บแยกเป็นรายบุคคล เป็นระเบียบสะอาด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
7. มีการแยกเด็กป่วยโดยมีห้องแยกพักสำหรับเด็กป่วย หรือหากไม่มีห้องแยกใช้ม่านหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วน ห่างจากเด็กปกติอย่างน้อย 1 เมตร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
8. มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้สำหรับเด็ก โดยการล้าง ผึ่งแดด ได้แก่ ของเล่น ที่นอน อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
9. มีการทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	0	0	1	0.33	ปรับปรุง
10. มีการทำความสะอาดบริเวณภายในอาคารและบริเวณรอบศูนย์เด็กเล็กด้วยการกวาดถูให้สะอาด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
11. สถานที่ปรุงอาหารสะอาด ไม่วางอาหารที่เตรียมเสร็จแล้วที่พื้น มีฝาปิดมิดชิด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
12. ผู้ปรุงอาหารแต่งกายสะอาด เล็บมือสั้น สวมเสื้อมีแขน ใส่ผ้ากันเปื้อน สวมหมวกคลุมผม ขณะปฏิบัติงานและทำความสะอาดทุกวัน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
2. ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3. ที่ผ่านมามีท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคมือเท้าปากที่เกิดขึ้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
4. ท่านมีส่วนร่วมเสนอแผนการป้องกันโรคมือเท้าปาก เพื่อของบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
5. ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมือเท้าปาก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
6. ท่านมีส่วนร่วมในการทำความสะอาดของเล่นห้องเรียน ของใช้ส่วนตัวเด็ก กรณีพบเด็กป่วย	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
7. ท่านมีส่วนในการตรวจคัดกรองเด็กป่วยก่อนที่จะเข้ามาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
8. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
9. ท่านมีส่วนในการให้ข้อเสนอแนะ ในการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
10. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา อุปสรรค ในการป้องกันโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

5. แบบสังเกตการณ์พัฒนามาตรการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก

แบบสังเกตการณ์พัฒนามาตรการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผลการพิจารณา
	(คนที่)				
	1	2	3		
1. หากพบเด็กหยุดเรียนไม่ทราบสาเหตุ ครูประจำชั้นควรโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครอง เพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้าปากหรือไม่	+1	0	+1	0.67	นำไปใช้ได้
2. การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องโรคมือเท้าปาก และมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

แบบสังเกตการณ์พัฒนามาตรการป้องกันควบคุมโรค มือเท้าปาก	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการ พิจารณา
	1	2	3		
	3. การแจ้งข่าวต่อผู้เกี่ยวข้องของครู ผู้ปกครอง ต่อ ผู้บริหารสถานศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีพบเด็กป่วย	+1	+1		
4. การเพิ่มการคัดกรองนักเรียนที่หน้าประตู โรงเรียน โดยผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาดของโรค (เดือนพฤษภาคม – กันยายน)	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
5. การให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 5 วันทำการ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
6. โรงเรียนมีการทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองนักเรียน คนอื่นๆ เพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและ แนวทางการป้องกันควบคุมโรค กรณีพบเด็กป่วย	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
7. การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ	+1	+1	0	0.67	นำไปใช้ได้
8. ผู้ปกครองมารับเด็กป่วยกลับบ้านไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้งจากผู้ดูแลเด็ก	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
9. การทำความสะอาดห้องเรียน ห้องน้ำ ห้องส้วม ของใช้ส่วนตัวเด็ก รวมทั้งของเล่น กรณีพบเด็ก ป่วยหนึ่งคน โดยผู้ดูแลเด็ก	+1	0	+1	0.67	นำไปใช้ได้
10. มีการประชาสัมพันธ์ให้เด็กทราบว่ามีการระบาดของ ของโรคมือเท้าปาก ที่หน้าเสาธง อย่างน้อย อาทิตย์ละครั้ง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้



ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ด้านการวิจัยในมนุษย์
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

เลขที่ใบรับรอง : EH2017-002
 ชื่อโครงการ : การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา
 รหัสโครงการ : 002
 ชื่อหัวหน้าโครงการ : นายสราวุธ อัมพร
 ประเภท : นักศึกษา
 หน่วยงานที่สังกัด : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
 เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
 3. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย
 4. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
 5. ผลสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์
 วันที่รับรอง : 24 กรกฎาคม 2560
 วันที่หมดอายุ : 25 กรกฎาคม 2561

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ด้านการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชา ธาตุทอง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ด้านการวิจัยในมนุษย์
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ลงนาม

(ดร.บรรจง ทองสร้าง)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา



ภาคผนวก ฉ

ภาพกิจกรรม

1. ภาพกิจกรรมการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง



ภาพกิจกรรมการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็ก



2. ภาพกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ



3. ภาพกิจกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อม



4. ภาพกิจกรรมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก ก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วม



หลังพัฒนาการมีส่วนร่วม



5. การพัฒนามาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค





ภาคผนวก ช

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคมือเท้าปาก

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคมือเท้าปาก

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิงอาชีพ นักเรียน ลักษณะงานที่ทำ สถานที่ เกี่ยวข้องเป็น(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น บิดาผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ป.1 โรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล เมือง อำเภอ สิงหนคร จังหวัด สงขลา ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล เมือง อำเภอ สิงหนคร จังหวัด สงขลา ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.วันเริ่มป่วย 9/7/60 วันที่มาโรงพยาบาล 12/7/60 วันที่จำหน่าย 13/7/60ผลการรักษา รักษาหายดี หาย ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ เสียชีวิต วันที่ สาเหตุการเสียชีวิต : มีภาวะขาดสารอาหาร มีโรคแทรกซ้อน อื่นๆ ระบุ

อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นที่กระพุ้งแก้ม/เหงือก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ช้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซึม	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลเป็นทึบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สับสนหรือระดับความรู้สึกลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หมดสติ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หอบเหนื่อยง่าย	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ			
แน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ				

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ	วันที่ทราบผล
-				

การรักษา

- รับการตรวจรักษา ที่ ร.พ. ป่าชิงบ่อ วันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ได้พบแพทย์ 0 พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 0 อื่นๆ ระบุ.....

- ได้รับการวินิจฉัยโรค มือเท้าเปื่อย แพทย์ผู้รักษา.....

- เป็นผู้ป่วยประเภท 0 ผู้ป่วยนอก 0 ผู้ป่วยใน วันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษานในหน่วย ICU หรือไม่

ไม่ได้เข้า ICU เข้า ICU

ปัจจัยเสี่ยง

ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วย

เดินทาง ระบุ จังหวัด..... วันที่กลับ..... 2 ไม่ได้เดินทาง

มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือชาวต่างชาติมาเยี่ยมหรือไม่

มี

1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

จากประเทศ..... มาถึงประเทศไทย เมื่อ

2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

จากประเทศ..... มาถึงประเทศไทย เมื่อ

ไม่มี

การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน ในชุมชน ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

1. ที่บ้าน

1. มี ชื่อ..... อายุ..... ปี..... เพศ..... 2. ไม่มี

2. ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก

1. มี ชื่อ..... อายุ..... ปี..... ที่อยู่..... 2. ไม่มี

ชื่อ..... อายุ..... ปี..... ที่อยู่.....

หมายเหตุ ระยะพักตัว 3 - 5 วัน

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง นวกสาธิตสุข

ที่ทำงาน ร.พ. ป่าชิงบ่อ วันที่สอบสวน 12/7/60 โทรศัพท์ 081-9579714

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคมือเท้าปาก

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน

อายุ 3.7 ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ นิติกร ลักษณะงานที่ทำ สถานที่ เกี่ยวข้องเป็น

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น อ.1 โรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล วังน้ำเย็น อำเภอ สิงหนคร จังหวัด สงขลา ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.ภูมิสำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล วังน้ำเย็น อำเภอ สิงหนคร จังหวัด สงขลา ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.วันเริ่มป่วย 29/8/60 วันที่มาโรงพยาบาล 29/8/60 วันที่จำหน่าย 29/8/60ผลการรักษา สำเร็จรักษา หาย ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ เสียชีวิต วันที่ สาเหตุการเสียชีวิต : มีภาวะขาดสารอาหาร มีโรคแทรกซ้อน อื่นๆ ระบุ

อาการและอาการแสดง

ไข้	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นที่กระพุ้งแก้ม/เหงือก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชัก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คลื่นไส้	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สับสนหรือระดับความรู้สึกลดลง	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลเป็นที่อื่น	<input checked="" type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หมดสติ	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ			
หอบเหนื่อยง่าย	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ				
แน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ				

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ	วันที่ทราบผล

การรักษา

- รับการตรวจรักษา ที่ ป๋อริเวจาร์ วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

0 ได้พบแพทย์ 0 พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 0 อื่นๆ ระบุ.....

- ได้รับการวินิจฉัยโรค ไข้หวัด แพทย์ผู้รักษา.....

- เป็นผู้ป่วยประเภท 0 ผู้ป่วยนอก 0 ผู้ป่วยใน วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษานในหน่วย ICU หรือไม่
 0 ไม่ได้เข้า ICU 0 เข้า ICU

ปัจจัยเสี่ยง

ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วย

เดินทาง ระบุ จังหวัด..... วันที่กลับ..... 2 ไม่ได้เดินทาง

มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือชาวต่างชาติมาเยี่ยมหรือไม่

1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

จากประเทศ..... มาจิงประเทศไทย เมื่อ.....

2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

จากประเทศ..... มาจิงประเทศไทย เมื่อ.....

ไม่มี

การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน ในชุมชน ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

1. ที่บ้าน

1. มี ชื่อ..... อายุ..... ปี..... เพศ..... 2. ไม่มี

2. ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก

1. มี ชื่อ..... อายุ..... ปี..... ที่อยู่..... 2. ไม่มี

ชื่อ..... อายุ..... ปี..... ที่อยู่.....

หมายเหตุ ระยะเวลาที่กักตัว 3 - 5 วัน

ชื่อผู้สอบสวน สิริวรรณ อึ้งอารุ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
 ที่ทำงาน ร.พ. ป๋อริเวจาร์ วันที่สอบสวน 31/8/60 โทรศัพท์ ๐๙๑-๕๕๖๓๖๑๔

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นายสรารุช อัมพร
วัน เดือน ปีเกิด	2 กรกฎาคม 2525
สถานที่เกิด	อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	31/3 หมู่ที่ 2 ตำบลท่าประดู่ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลป่าดงเบงชาร อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2546	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2552	วิทยาศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
พ.ศ. 2561	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา