

ประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมตามบริบทที่เน้นความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Effectiveness of Activity and Context Based Learning Emphasizing Risk and Social Support to Prevent Hand Foot and Mouth Disease in Pre-school Children

ภัทร วาสนา

นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: patvasana@gmail.com

อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม

รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: adssattam@gmail.com

บทคัดย่อ

โรคมือ เท้า ปากเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มเอ็นเทอโรไวรัส พบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งโรคนี้สามารถป้องกันได้ แต่ผู้ปกครองและครูผู้สอน มีความรู้ เข้าใจและทัศนคติต่อโรคไม่ถูกต้อง จึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ตามแนวทางของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมตามบริบทที่เน้นความเสี่ยง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมผู้ปกครอง ครูผู้สอน และแม่บ้านให้ป้องกันโรคมือ เท้า ปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวนำสิ่งที่ได้ไปสนับสนุนให้เด็กมีพฤติกรรมป้องกันการโรคต่อไป โดยการจัดการอบรมให้แก่กลุ่มทดลองของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ่อเงิน ซึ่งประกอบด้วยผู้ปกครอง 43 คน ครูผู้สอน 2 คน และแม่บ้าน 1 คน โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 เดือน และวัดผลทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม และเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลสามโคก ประกอบด้วย ผู้ปกครอง 33 คน ครูผู้สอน 2 คน และแม่บ้าน 1 คน ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูล และเครื่องมือเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) แต่การสนับสนุนทางด้านประเมิณผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับยังคงมีมากในระดับเดิม ซึ่งพอสรุปได้ว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพดี ดังนั้น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดโปรแกรมทางสุขศึกษา โดยให้ผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปากให้แก่เด็ก เพื่อลดความเสี่ยงต่อแพร่กระจายของโรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

คำสำคัญ: โรคมือ เท้า ปาก, โปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก, การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก, อนามัยส่วนบุคคล, ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ABSTRACT

Hand foot and mouth disease (HFMD) caused by Enterovirus group. The patients are generally present very mild symptoms. However, serious complication occurs in some cases, especially under 5 years children which may be fatal. Personal hygiene is considered to be the best prevention technique, but parents and teachers have incorrect knowledge, understanding and attitude on HFMD and its preventive techniques. A program was developed to promote parents and teachers to support their children in HFMD prevention according to social support theory and context based learning emphasizing risk. This study aims to evaluate the effectiveness of that program which applied in pre-school children. The experimental group is Borngern day care and pre-school which 43 patients, 2 teachers and 1 janitor. The comparison group is Sam Khok day care and pre-school which 33 patients,

2 teachers and 1 janitor. The experimental group was trained on techniques to promote their children to prevent HFMD. The results revealed an increasing in knowledge, attitude, perceived susceptibility, perceived severity, emotional support, informational support, and instrumental support in experimental group only after trained. However, appraisal support was stable at high level. Therefore, the program was effective in promoting HFMD prevention.

KEYWORDS: Hand foot and mouth disease, Preventive program in Hand foot and mouth disease, Prevention of Hand foot and mouth disease, Personal hygiene, Social support theory.

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก หรือ Hand Foot and Mouth Disease (HFMD) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสกลุ่มเอ็นเทอโรไวรัสที่เกิดเฉียบพลัน ไวรัสที่พบเป็นสาเหตุบ่อย คือ ไวรัสค็อกแซกกี เอ (Coxsackie A) หรือบี (Coxsackie B) และไวรัสเอ็นเทอโร 71 (Enterovirus 71) (ฝ่ายพัฒนามาตรฐานและวิจัยทางระบาดวิทยา โรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา, 2555) โดยทั่วไปโรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรง อาการที่พบได้บ่อย คือ มีไข้มาก่อน จากนั้นอีก 1-2 วันต่อมาจะมีแผลในปากซึ่งมีลักษณะคล้ายแผลร้อนใน ส่วนใหญ่พบที่บริเวณคอหอย หากเป็นมากจะลามมาที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเบื่ออาหาร ต่อมาจะเกิดตุ่มหรือผื่นนูนสีแดงเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือมักอยู่ทางด้านข้างของนิ้ว ฝ่าเท้ามักอยู่ที่สันเท้า ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถหายได้เอง แต่ในผู้ป่วยบางรายพบอาการแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งมักมีไข้สูงร่วมกับอาการทางระบบประสาท เช่น ชัก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ แขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2550)

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมือ เท้า ปาก ได้แก่ กลุ่มเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าเด็กโต จึงมักพบโรคระบาดในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (กรมควบคุมโรค, 2550) เด็กมักได้รับเชื้อจากการสัมผัสของเล่น หรือสิ่งของอื่น ๆ ที่เปื้อนน้ำลายหรือน้ำมูกของผู้ป่วย หรือจากการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อที่ปนเปื้อนในน้ำมูกน้ำลายหรืออุจจาระของผู้ป่วย จากนั้นใช้มือซึ่งสัมผัสเชื้อเหล่านั้นมาหยิบขนมหรืออาหารเข้าปาก (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2552)

จากสถิติอัตราการป่วยของโรคมือ เท้า ปาก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยทั่วประเทศจำนวน 45,961 ราย คิดเป็นอัตราการป่วย 72.35 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 3 ราย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2556) เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2555 ทั้งปีพบว่าจำนวนผู้ป่วยสูง

มากขึ้น ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 31,378 รายทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราการป่วย 49.39 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 2 ราย และสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราป่วยไม่เกินค่ามัธยฐาน 5 ปี ซึ่งปัจจุบันยังสูงกว่าค่ามัธยฐานถึง 3 เท่า

ในขณะนี้ยังไม่มีวิธีการรักษาเฉพาะโรค แพทย์จะรักษาตามอาการเท่านั้น ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุดขณะนี้ คือ การปฏิบัติป้องกันโรคตามสุขบัญญัติแห่งชาติให้เป็นนิสัย เช่น การรักษาความสะอาดและการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการล้างมือหลังจากการถ่ายอุจจาระและก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง (Luby et al., 2011) และการไม่ใช้ภาชนะในการรับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ช้อนกลาง และหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือ หลอดดูดน้ำร่วมกัน เป็นวิธีที่สามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดต่อทางระบบทางเดินอาหารอื่นๆ ได้อีกด้วย เช่น โรคอุจจาระร่วง และโรคไวรัสตับอักเสบเอ (Jinadu et al., 2007; Luby et al., 2011; Torner, 2012)

การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวในเด็กจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำพร่ำสอนจากผู้ปกครองและครูผู้สอน เนื่องจากเด็กเล็กเกินกว่าที่จะเข้าใจและรับผิดชอบตัวเองได้ และบุคคลเหล่านี้ เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและสามารถให้การสนับสนุนต่อเด็กได้ดีที่สุด การได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้านเป็นแนวคิดของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม หรือ Social support ซึ่งอธิบายถึงความช่วยเหลือแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้รับมีพฤติกรรมไปในทางที่ผู้ส่งต้องการ การสนับสนุนตามทฤษฎีนี้มี 4 ประเภท คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านการประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Appraisal support) การให้ความสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

ดังนั้นโดยหากประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุน จากสังคม ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการป้องกัน โรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาจจะช่วยลด การแพร่กระจายของโรคและป้องกันเด็กเล็กไม่ให้ป่วย ด้วยโรคมือ เท้า ปากได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อัตราป่วย ด้วยโรคดังกล่าวลดลงได้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลบ่อเงิน อำเภอลาด หลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 มีอัตราการเกิดโรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก จำนวน 3 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.50 และ 14.29 (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอลาดหลุม แก้ว, 2556) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสาม โคน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ในปีการศึกษา พ.ศ. 2556 ในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ.2556 มีอัตราการ เกิดโรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 ราย และ 5 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.14 และ 15.15 ซึ่งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองศูนย์นี้ เป็นศูนย์ที่มีอัตรา การเพิ่มขึ้นของนักเรียนที่ป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปากมาก ที่สุดในจังหวัดปทุมธานี

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปากดังกล่าว ทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองศูนย์ จำเป็นต้องปิดชั่วคราวเพื่อกวาดล้างโรคด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ทำให้การเรียนของนักเรียนขาดช่วงออกไป จากข้อมูล เบื้องต้นของผู้ปกครอง และครูผู้สอนพอประเมินได้ว่า ผู้ปกครอง และครูผู้สอนมีความรู้ ความเข้าใจต่อการ ป้องกันโรคมือ เท้า ปากที่ไม่ถูกต้อง ทั้งไม่ตระหนักใน การป้องกันโรค เช่น ไม่ทำความสะอาดของเล่น ทำให้ เด็กยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค มือ เท้า ปาก ดังจะเห็นได้จากการที่เด็กไม่ล้างมือหลัง เข้าห้องน้ำ ก่อนรับประทานอาหาร ใช้แก้วน้ำร่วมกัน และอมลูกอมเม็ดเดียวกัน ดังนั้นหากส่งเสริมให้ ผู้ปกครอง และครูผู้สอนมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก รวมไปถึงการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น จนก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและ เหมาะสม จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงของการติดต่อของ โรคมือ เท้า ปากให้น้อยลง

ผู้วิจัยจึงพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากขึ้น ตาม ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมตามบริบทที่ เน้นความเสี่ยง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา พัฒนาการป้องกันโรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทาง สังคมในการส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และเปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

2. เปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน ก่อนและหลังการ ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และ เปรียบเทียบทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

3. เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความ รุนแรงของโรคมือ เท้า ปากของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและ แม่บ้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และเปรียบเทียบการรับรู้ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุน ทางสังคมของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน ก่อนและ หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากและเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทาง สังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

ตามแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดสมมุติฐานในการ วิจัย ดังนี้

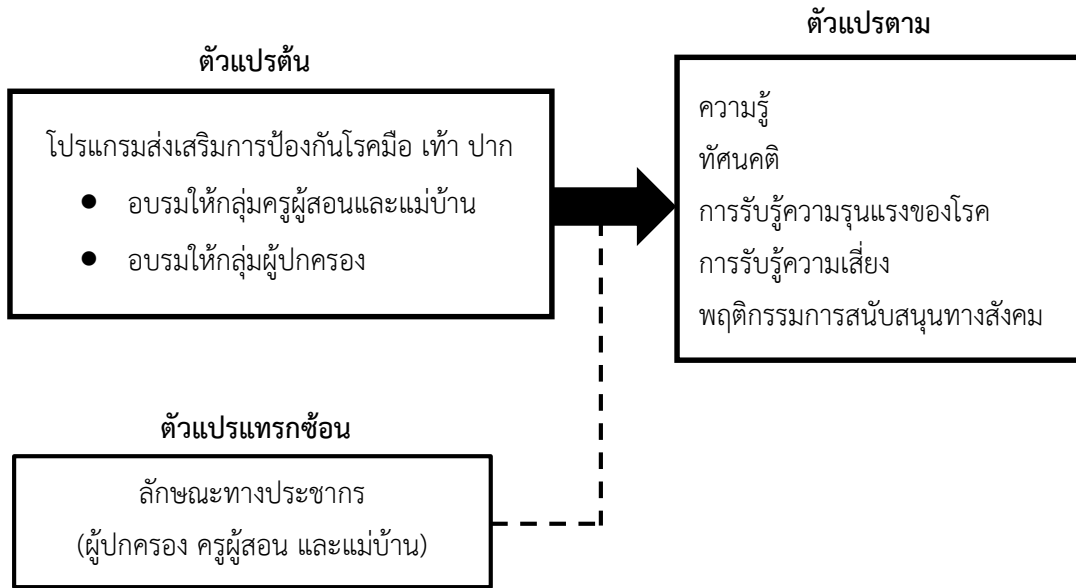
ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรงของโรค โรคมือ เท้า ปาก และพฤติกรรมให้ แรงสนับสนุนทางสังคมแก่เด็กของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ซึ่ง โปรแกรมดังกล่าวจะฝึกอบรมผู้ปกครอง ครูผู้สอนและ แม่บ้านตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคคลเหล่านี้นำ

ความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้บุตรหลานหรือนักเรียนของตนต่อไป โปรแกรมนี้มุ่งเน้นปรับเปลี่ยน ความรู้ ทักษะคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ

พฤติกรรมทำให้แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการจัดกิจกรรมตามปกติ หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ปกครองของเด็กนักเรียน ครูผู้สอน และแม่บ้านของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 9 แห่งที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานี ระหว่างปีการศึกษา 2557

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 42 คน เป็นชาย 11 คน และหญิง 31 คน ครูผู้สอน 2 คนและแม่บ้าน 1 คนเป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์พัฒนาเด็กเทศบาลตำบลสามโคก อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เป็นกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 33 คน

เป็นชาย 14 คน และหญิง 19 คนครูผู้สอน 2 คนและแม่บ้าน 1 คน

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายพร้อมแสดงเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือ Consent form แก่ประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทุกคน พร้อมลงนามแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

1. วิดีทัศน์สอนวิธีล้างมือ 7 ขั้นตอน ฉบับการ์ตูนพร้อมเพลงประกอบ
2. วิดีทัศน์จากประสบการณ์ของผู้ปกครองที่บุตรของตนเคยป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปากมาก่อน ซึ่งจะกล่าวถึงอาการ ความรุนแรงของโรค การดูแลรักษา ปัญหา และอุปสรรคที่ตนได้ประสบ
3. โปสเตอร์ติดเตือนล้างมือและขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน
4. โปสเตอร์การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
5. แผ่นพับเกี่ยวโรคมือ เท้า ปาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้านเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งจะประกอบไปด้วยทั้งหมด 9 ส่วน จำนวนทั้งหมด 40 ข้อ

1. ลักษณะข้อมูลทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ
2. ความรู้ และการป้องกันเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก
3. ทศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือ เท้า ปาก
5. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก
6. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์
7. การสนับสนุนทางด้านประเมิผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ
8. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล
9. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ

วิธีการประเมินผลแบบสอบถามจะประเมินโดยการให้คะแนน ถ้าตอบถูกจะให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดจะไม่มีคะแนน หรือให้ 0

การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. ความเที่ยงตรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง
2. ความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการ try out กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบอิงกลุ่มโดยใช้ค่าความแปรปรวนด้วยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยมีค่าความเชื่อมั่นดังนี้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.752

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.833

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมือ เท้า ปาก ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.747

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.936

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.820

ส่วนที่ 7 ข้อคำถามการสนับสนุนทางด้านประเมิผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.750

ส่วนที่ 8 ข้อคำถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูล ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.952

ส่วนที่ 9 ข้อคำถามการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.920

การดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองทั้งหมด 2 เดือน โดยจะมีการทำเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการให้โปรแกรมดังกล่าว และทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง โดยห่างกัน 1 เดือน โดยวิธีการที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีทั้งหมด 3 วิธีการ ได้แก่ Active learning, Participation และ Scenario-based risk information ซึ่งการจัดอบรมในครั้งนี้ แบ่งผู้เข้าร่วมการอบรมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มครูผู้สอนและแม่บ้าน และกลุ่มผู้ปกครอง โดยกลุ่มผู้ปกครองจะแบ่งออกเป็นรอบ รอบละไม่เกิน 8 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรมประมาณ 3 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. วิดีทัศน์เรื่องประสบการณ์ตรงของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก
2. ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก
3. สาเหตุ อาการ การติดต่อของโรคมือ เท้า ปาก
4. การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
 - วิธีล้างมือและวิธีสอนเด็กล้างมือ
 - วิธีทำความสะอาดแก้วน้ำและวิธีสอนล้างเด็กแก้วน้ำ
 - วิธีทำความสะอาดของเล่น
 - วิธีทำความสะอาดห้องน้ำ
 - วิธีทำความสะอาดอุจจาระเด็กที่ไม่ได้ถ่ายลงส้วม

โดยมีรายละเอียดวิธีการและกลยุทธ์ในทางปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. วิธีการ Active learning และกลยุทธ์ในทางปฏิบัติ

การสอนด้วยการถาม การแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ดังนี้

- ความรุนแรงของโรค
 - สาเหตุ อาการ การติดต่อของโรค
 - การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
- การฝึกปฏิบัติ และการทดสอบย่อย ดังนี้
- วิธีล้างมือและวิธีสอนเด็ก
 - วิธีทำความสะอาดแก้วและวิธีสอนเด็ก
 - วิธีทำความสะอาดของเล่น
 - วิธีทำความสะอาดห้องน้ำ
 - วิธีทำความสะอาดอุจจาระ

2. วิธีการ Participation และกลยุทธ์ในทางปฏิบัติ

การพูดคุย การแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม

- วิธีล้างมือและวิธีสอนเด็ก
- วิธีทำความสะอาดแก้วและวิธีสอนเด็ก
- วิธีทำความสะอาดของเล่น
- วิธีทำความสะอาดห้องน้ำ
- วิธีทำความสะอาดอุจจาระ

3. วิธีการ Scenario - based risk information และกลยุทธ์ในทางปฏิบัติ

เรื่องราวของตัวแบบในวิดีโอที่เกี่ยวกับประสบการณ์ตรงของผู้ปกครองที่เคยมีบุตรป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก

ผู้วิจัยติดโปสเตอร์การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และขั้นตอนการล้างมือภายในโรงเรียนตามจุดต่างๆ และแจกแผ่นพับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก โปสเตอร์ภาพประกอบขั้นตอนการล้างมือ และวิดีโอที่สอนวิธีการล้างมือฉบับการ์ตูนเพื่อให้ผู้ปกครอง และครูผู้สอนสามารถนำข้อมูลดังกล่าวกลับไปทบทวนได้ด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical package for the social science version 15.0 for windows) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร ร้อยละของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้านที่มีความรู้ ทักษะ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน โดยเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน โดยเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบ กับคะแนนของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบ กับคะแนนของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ซึ่งการเปรียบเทียบทั้งหมดจะทำการทดลองสถิติ Independent samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

สรุปผลการทดลอง

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 21 ถึง 40 ปี สถานภาพสมรสเป็นผู้ที่สมรสแล้ว และยังคงอยู่ด้วยกัน รองลงมาหม้าย หรือหย่า หรือแยกกันอยู่ จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และพนักงานบริษัทเอกชน

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 21 ถึง 40 ปี สถานภาพสมรสเป็นผู้ที่สมรสแล้ว และยังคงอยู่ด้วยกัน รองลงมาหม้าย หรือหย่า หรือแยกกันอยู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และพนักงานบริษัทเอกชน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก คะแนนเต็ม 39 คะแนน โดยจะแบ่งคะแนนออกเป็นควอไทล์ (Quartiles) ดังนี้

- ควอไทล์ที่ 1 มีคะแนนในช่วง 0 ถึง 10 คะแนน
- ควอไทล์ที่ 2 มีคะแนนในช่วง 11 ถึง 20 คะแนน
- ควอไทล์ที่ 3 มีคะแนนในช่วง 21 ถึง 30 คะแนน
- ควอไทล์ที่ 4 มีคะแนนในช่วง 31 ถึง 39 คะแนน

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้

สถิติ Dependent samples t-test (ตารางที่ 1) ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 28.73 (SD = 3.60) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 34.69 (SD = 0.31)

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent samples t-test (ตารางที่ 2) ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 34.69 (SD = 2.31) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 27.83 (SD = 3.69)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ประชากรในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากเพิ่มขึ้นสอดคล้องกันสมมติฐาน แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมยังมีข้อบกพร่อง เนื่องจากคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน ซึ่งห่างกัน 13 คะแนน ซึ่งให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการอบรม บางรายไม่เข้าใจและไม่ได้รับความรู้เรื่องโรค มือ เท้า ปากที่เพียงพอ ซึ่งน่าจะเกิดจากเวลาในการให้ความรู้ที่ไม่เพียงพอ เพราะเป็นการให้ความรู้เพียงครั้งเดียว เนื่องจากผู้เข้าร่วมอบรมมีพื้นฐานความรู้ที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นควรให้ผู้เข้าร่วมการอบรมทดสอบความรู้ก่อนการอบรม เพื่อจะนำผลการทดสอบที่ได้ไปปรับใช้กับโปรแกรมเพื่อเน้นในสิ่งที่ผู้เข้าร่วมการอบรมยังไม่ทราบ

3. ทักษะติดต่อโรคมือ เท้า ปาก

การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent samples t-test (ตารางที่ 1) ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 3.98 (SD = 0.92) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 4.82 (SD = 0.44)

การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent samples t-test (ตารางที่ 2) ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 4.82 (SD = 0.44) และค่าเฉลี่ยของ

กลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 3.86 (SD = 0.91)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ประชากรในกลุ่มทดลองมีทัศนคติเชิงบวกโรคมือ เท้า ปากเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับสมมติฐาน แต่โปรแกรมดังกล่าว ไม่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้เข้าร่วมการอบรมได้ทุกคน ซึ่งเห็นได้จากร้อยละของคะแนน พบต่ำกว่าคะแนนเต็มร้อยละ 15.6 เนื่องจากทัศนคติเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคล อาจจะใช้ระยะเวลาในการเปิดรับทัศนคติ ที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ครูผู้สอนช่วยเน้นย้ำแก่ผู้ปกครอง โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เมื่อผู้ปกครองมาส่ง หรือรับบุตรหลานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถึงอันตรายที่สามารถเกิดเมื่อป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดต่ออื่นๆ เพื่อให้ผู้ปกครองระวัง และป้องกันบุตรหลานของตนเองมากขึ้น

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือเท้าปาก

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched paired signed ranks test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 2.20 (SD = 1.04) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 2.98 (SD = 0.15)

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปากของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 2.98 (SD = 0.15) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง เท่ากับ 2.09 (SD = 1.09)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายหลังการทดลอง ข้อคำถามที่มักตอบผิดเป็นข้อคำถามจะเกี่ยวกับการโอกาสที่สามารถเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเมื่อป่วยเป็นโรค ดังนั้นโปรแกรมดังกล่าว ควรเน้นเนื้อหาของโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	N	\bar{X}	SD	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก	ก่อนการทดลอง	45	28.73	3.60	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	34.69	0.31	
ทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก	ก่อนการทดลอง	45	3.98	0.92	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	4.82	0.44	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปาก	ก่อนการทดลอง	45	2.20	1.04	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	2.98	0.15	
การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือ เท้า ปาก	ก่อนการทดลอง	45	1.53	1.31	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	2.87	0.40	
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	ก่อนการทดลอง	45	13.58	1.59	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	14.58	0.99	
การสนับสนุนทางด้านประเมิณผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ	ก่อนการทดลอง	45	11.93	0.44	0.317
	หลังการทดลอง	45	12.00	0.00	
การสนับสนุนทางด้านข้อมูล	ก่อนการทดลอง	45	12.40	7.89	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	26.98	0.15	
การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ	ก่อนการทดลอง	45	8.13	2.05	< 0.001
	หลังการทดลอง	45	11.09	1.31	

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	N	\bar{X}	SD	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก	กลุ่มทดลอง	45	34.69	0.31	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	27.83	3.69	
ทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก	กลุ่มทดลอง	45	4.82	0.44	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	3.86	0.91	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปาก	กลุ่มทดลอง	45	2.98	0.15	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	2.09	1.09	
การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือ เท้า ปาก	กลุ่มทดลอง	45	2.87	0.40	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	1.43	1.40	
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	กลุ่มทดลอง	45	14.58	0.99	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	13.37	0.97	
การสนับสนุนทางด้านประเมิณผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ	กลุ่มทดลอง	45	12.00	0.00	0.107
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	11.74	1.12	
การสนับสนุนทางด้านข้อมูล	กลุ่มทดลอง	45	26.98	0.15	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	11.63	7.73	
การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ	กลุ่มทดลอง	45	11.09	1.31	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	35	7.17	2.28	

5. การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าปาก

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าปากของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched paired signed ranks test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าปากของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 1.53 (SD = 1.31) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 2.87 (SD = 0.40)

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าปากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าปากของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 2.87 (SD = 0.40) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 1.43 (SD = 1.40)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือเท้าปาก ทำให้ประชากรในกลุ่มทดลองรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมือเท้าปากถูกต้องมากขึ้นก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ซึ่งจากโปรแกรมดังกล่าวยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ความรุนแรงได้ทุกคน จะสังเกตได้จากการที่ผู้เข้าร่วมอบรมบางคนยังเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการแทรกซ้อน จะเห็นได้จากข้อที่มีการตอบผิดจะเกี่ยวกับความรุนแรงที่ทำให้เกิดอาการช็อกถึงขั้นหมดสติ หรืออาจหมดสติ ถึงขั้นหัวใจวายได้ ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมครั้งต่อไป ควรเน้นเรื่องความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนให้มากขึ้น อาจจะทำเป็นวีดิทัศน์เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

6. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent samples t-test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 13.58 (SD = 1.59) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 14.58 (SD = 0.99)

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent samples t-test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนน

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 14.58 (SD = 0.99) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 13.37 (SD = 0.97)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือเท้าปาก ทำให้ประชากรในกลุ่มมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่เด็กเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน จากค่าเฉลี่ยและร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อยู่ในระดับที่ไม่ดีทั้งก่อนและหลังการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อาจเป็นเพราะมาตรการการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของโปรแกรมหดงกล่าว ถูกจัดให้อยู่ในช่วงท้าย ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่อนล้าไม่สามารถรับรู้ได้อีก

7. การสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อน

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับของกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched paired signed ranks test ปรากฏว่า p -value = 0.317 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 11.93 (SD = 0.44) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 12.00 (SD = 0.00)

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test ปรากฏว่า p -value = 0.107 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 12.00 (SD = 0.00) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 11.74 (SD = 1.12)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน เนื่องจากผู้เข้าร่วมอบรมวิธีให้แรงสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่เด็ก และปฏิบัติเป็นประจำ คือ การบอกให้ทราบถึงผลดี หรือ ผลเสีย เช่น ถ้าทำถูกต้องบอกว่า ทำถูกต้องแล้ว หรือทำดีแล้ว แต่ถ้าทำผิดควรบอกว่า ทำผิด และที่ถูกต้องควรจะทำอย่างไร แต่

เมื่อผ่านการอบรมโปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก พบผู้เข้าร่วมการอบรมทุกคนได้คะแนนการสนับสนุนทางด้านประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับเต็ม 12 คะแนนเต็ม

8. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched paired signed ranks test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 12.40 (SD = 7.89) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 26.98 (SD = 0.15)

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 26.98 (SD = 0.15) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 11.63 (SD = 7.73)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ทำให้กลุ่มทดลองมีการสนับสนุนทางด้านข้อมูลแก่เด็กเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

9. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched paired signed ranks test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 8.13 (SD = 2.05) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 11.09 (SD = 1.31)

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test ปรากฏว่า p -value < 0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 11.09 (SD = 1.31) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองเท่ากับ 7.17 (SD = 2.28)

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ประชากรใน

กลุ่มทดลอง มีการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือแก่เด็กเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน อย่างไรก็ตาม มีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ที่เข้ารับการอบรมเท่านั้น ที่เข้าใจการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ อาจเป็นเพราะเครื่องมือที่ใช้สำหรับการสนับสนุนในการป้องกันโรคมือ เท้า ปากให้แก่เด็กที่บ้านมีอยู่แล้ว จึงคิดว่าไม่ต้องเตรียมให้เด็กอีก เช่น ที่คว่ำแก้วน้ำ น้ายาล้างจาน และมีเครื่องมือบางอย่างที่ไม่สามารถจัดเตรียมได้ด้วยตนเอง เช่น โปสเตอร์ติดเตือนล้างมือ หรือล้างมือ 7 ขั้นตอน และวีดิทัศน์ขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอนฉบับการ์ตูน ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจผิดว่าเมื่อไม่สามารถจัดเตรียมมาได้ด้วยตัวเอง จึงไม่จำเป็นต้องเตรียมให้แก่เด็ก

10. การตอบแบบสอบถามแจกแจงรายชื่อกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

จากผลการตอบแบบสอบถามแบบแจกแจงรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าข้อความที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ปกครอง ครูผู้สอน และแม่บ้านที่ตอบได้คะแนนน้อยเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่ม คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การสนับสนุนทางด้านข้อมูล และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ แสดงให้เห็นว่าบุคคลดังกล่าว ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก รวมไปถึงวิธีการป้องกันโรค ขั้นตอนการป้องกันโรค และเครื่องมือที่ใช้ป้องกันโรค ซึ่งอาจจะมีส่วนเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคมือ เท้า ปากได้ง่ายมากขึ้น ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ครั้งต่อไป ควรจะปรับโปรแกรมให้เพิ่มเนื้อหาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การสนับสนุนทางด้านข้อมูล และด้านเครื่องมือเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการส่งเสริมโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรคมือ เท้า ปากให้แก่ผู้ปกครอง ครูผู้สอน และแม่บ้านของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ่อเงิน ซึ่งในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีป้องกันโรคมือ เท้า ปากเป็นการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวในช่วงระยะเวลาที่จำกัด ดังนั้นควรเพิ่มเวลาในช่วงการให้ความรู้มากขึ้นและเพิ่มจำนวนครั้งของการให้ความรู้ให้มากขึ้น เพื่อเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมอบรมจดจำได้มากขึ้น

การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งแต่ละบุคคลใช้ระยะเวลาในการเปิดรับทัศนคติที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในเรื่องอันตรายที่สามารถเกิดเมื่อป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก อาจจะทำให้ครูผู้สอนช่วยเน้นย้ำให้แก่ผู้ปกครอง โดยการพูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเมื่อผู้ปกครองมาส่ง หรือรับบุตรหลานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในการปรับเปลี่ยนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคควรเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนให้มากขึ้น เช่น โอกาสเสี่ยงที่สามารถเกิดอาการแทรกซ้อน หรือความรุนแรงของอาการแทรกซ้อน ซึ่งอาจจะปรับเนื้อหาให้เป็นวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอบรมเข้าใจได้ง่ายและดึงดูดความสนใจจากผู้เข้าร่วมอบรมได้มากขึ้น

การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางการประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนทางด้านข้อมูล และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมืออื่น อาจมีส่วนที่ผู้เข้าร่วมการอบรมทราบและปฏิบัติกับเด็กเป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้นควรวัดระดับการสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามก่อนการทดลองและนำผลการทดสอบที่ได้ไปปรับใช้กับโปรแกรม เพื่อเน้นในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมการอบรมยังไม่ทราบและไม่รู้วิธีปฏิบัติให้มากขึ้น และมาตรการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้เข้าร่วมการอบรม อาจปรับเป็นวีดิทัศน์ หรือการเล่าประสบการณ์ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้าร่วมการอบรม เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าสนใจและทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายมากขึ้น

ในแต่ละปีการศึกษา ผู้ปกครองจะเปลี่ยนเป็นผู้ปกครองรุ่นใหม่ เนื่องจากนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรุ่นเก่าได้จบการศึกษา ทำให้ผู้ปกครองที่เข้ามาใหม่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจและไม่รู้จักวิธีการป้องกันโรคมือ เท้า ปากตามโปรแกรมดังกล่าว อาจทำให้ไม่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปากในเด็กได้ ดังนั้นควรจัดการอบรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากตามโปรแกรมในทุกปีการศึกษา โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้จัดอบรม และในระยะยาวควรให้ครูผู้สอนเป็นผู้จัดอบรมแก่ผู้ปกครองด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ปกครองทุกปีการศึกษาเป็นผู้สนับสนุนให้เด็กมีพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดต่อและการแพร่กระจายของเชื้อโรคมือ เท้า ปากต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไป สำหรับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมและป้องกันโรคมือ เท้า ปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการใช้สนับสนุนทางสังคม ในช่วงก่อนเริ่มดำเนินการทดลองตามโปรแกรมดังกล่าว ควรให้ผู้เข้าร่วมการอบรมทดสอบความรู้ก่อนการอบรม เพื่อจะนำผลการทดสอบที่ได้ไปปรับใช้กับโปรแกรมเพื่อเน้น ในสิ่งที่ผู้เข้าร่วมการอบรมยังไม่ทราบ และโปรแกรมดังกล่าว เป็นโปรแกรมต้นแบบระยะสั้น มีการวัดผลเพียงแค่ว่าก่อนและหลังการทดลองเท่านั้น ซึ่งควรจะมีการวัดซ้ำทุกภาคเรียน หรือทุกเทอม เพื่อความยั่งยืนของโปรแกรมดังกล่าว

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มที่แตกต่างกันได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้สอนและแม่บ้าน ดังนั้นอาจจะปรับโปรแกรมให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของลักษณะทางประชากรของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับโปรแกรมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ในผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชະນนวนทอง ชาญสุภาภรณ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชัยณรงค์ อภิณหพัฒน์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม ที่ให้ความกรุณาสละเวลาเป็นกรรมการและที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่คอยแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และชี้แนะให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณครูผู้สอนและคณะจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบ่อเงิน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสามโคกที่สละเวลาในการจัดอบรมตามโปรแกรม และเอื้อเฟื้อสถานที่ที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ รวมไปถึงผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองแห่งที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณครอบครัววาศนาที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. 2550. แนวทางการปฏิบัติงาน
นทพฐี
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2552. คู่มือการเก็บ
ตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ. ใน: การ

- ตรวจวินิจฉัยโรคจากไวรัสกลุ่มเอนเตอโร.**
(หน้า 25). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
กรมแพทย์ทหารเรือ. กองเวชกรรมป้องกัน 2548. **คู่มือ
การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน
โรค.** กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารเรือ.
- ฝ่ายพัฒนามาตรฐานและสำนักโรคติดต่อ
สำนักวิจัยทางระบาดวิทยา. 2555. **สถานการณ์
โรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทย พ.ศ. 2555
รายงาน 506** ณ วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2555.
โรคมือ เท้า ปากและโรคติดต่ออื่นเอนเทอโรไวรัส
71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลาดหลุมแก้ว. 2556. **รายงานโรค
ในระบบเฝ้าระวัง 506.** ณ วันที่
31 สิงหาคม พ.ศ. 2556.
- สำนักงานสาธารณสุข อำเภอสามโคก. 2556. **รายงาน
โรคในระบบเฝ้าระวัง 506.** ณ วันที่ 30
กันยายน พ.ศ. 2556.
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2556. **รายงานโรค
ในระบบเฝ้าระวัง 506.** ณ วันที่ 27
พฤศจิกายน พ.ศ. 2556.
- Jinadu, M. K., Adegbenro, C. A., Esmail, A. O., Ojo,
A. A. and Oyeleye, B. A. 2007. Health
promotion intervention for hygienic
disposal of children's faeces in a rural
area of Nigeria. **Health Education
Journal.** 66(3): 222 - 228. doi:
10.1177/0017896907080120
- Luby, S.P., Halder, A.K., Huda, T., Unicomb, L.
and Johnston, R.B. 2011. The effect of
handwashing at recommended times
with water alone and with soap on child
diarrhea in rural Bangladesh: an
observational study. **Plos Medicine.**
8(6): 1 - 12.
- Torner, N. 2012. Factors Associated to Duration
of Hepatitis A Outbreaks: Implications
for Control. **Plos Medicine,** 7(2): 1 - 4.