

**Prevalence, implementation of preventive measures, and associated risk factors of
hand, foot and mouth disease in early childhood development centers
in Ban Du Sub-district, Mueang District, Chiang Rai Province**

Mae Fah Luang University

Received: January 17, 2025 | Revised: February 24, 2025 | Accepted: February 24, 2025

อุบัติการณ์ของโรคมือ เท้า ปาก ในประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงรายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมักพบการระบาดในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัจจัยที่ส่งผลต่อการระบาดของโรค ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก รวมถึงปัจจัยด้านสุขอนามัยและการจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคมือ เท้า ปาก ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยใช้การสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ปกครอง 389 คน ครูผู้ดูแลเด็ก 49 คน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 11 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา chi-square และสถิติพหุคูณถอยลอจิสติก ผลการศึกษาพบอัตราความชุกของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ร้อยละ 26.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ คือ รายได้ ผู้ดูแลหลัก จำนวนเด็กในบ้าน ระดับความรู้ของผู้ปกครอง และระดับพฤติกรรมของผู้ปกครอง การประเมินสิ่งแวดล้อม พบว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 63.6 ซึ่งสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ทุกปี สรุปผลและข้อเสนอแนะ ความชุกของโรคมือเท้าปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตเทศบาลบ้านดู่ อยู่ในระดับสูงเด็กเล็กที่อยู่ครอบครัวที่มีรายได้สูง และมีผู้ตายายเป็นผู้เลี้ยงดู มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ควรประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปากที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ติดต่อผู้พิมพ์ : พีรดาณ์ ศรีจันทร์ อีเมล : peeradone.sri@mfu.ac.th

The incidence of hand, foot, and mouth disease (HFMD) in Thailand, particularly Chiang Rai province, is on an upward trend and the HFMD outbreaks mostly occur in early childhood development

centers, most notably among children aged under 5 years, the most susceptible group. Factors contributing to the outbreaks of HFMD include personal hygiene of children, parents, and child caregivers in the centers, as well as hygiene practices and environmental management in early childhood development centers, which generally are required to follow the quality standards of the Department of Disease Control, Thailand Ministry of Public Health. This study aimed to determine the prevalence and identify factors associated with HFMD in Ban Du Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province. A cross-sectional analytical study was conducted to collect the data using questionnaires, environmental investigation was performed using the environmental checklists. A total of 389 parents, 49 child caregivers, and 11 early childhood development centers were included into the study. Descriptive statistics, which included number, percentage, and mean and standard deviation, and the following inferential statistics: chi-square tests and multiple binary logistic regression were applied to identify association between variables. The prevalence of HFMD was 26.7%. Factors associated with the transmission of HFMD were household incomes, primary caregivers, number of children in the household, level of parental knowledge and preventive behaviors on HFMD. Having two or more children in the household had 1.85 (95% CI=1.07–3.21) times greater odds of getting HFMD than those individuals who have one child. Environmental assessments of the 11 early childhood development centers revealed that 63.6% met the required standards. In the meantime, those non-compliant centers still continuously report HFMD cases every year. The prevalence of HFMD in early childhood development centers of Ban Du Municipality is high. Children whose families had higher incomes and grandparents served as primary caregivers were more likely to HFMD infection. Early childhood development centers should be continuously evaluated to prevent the outbreak of HFMD.

Correspondence: Peeradone Srichan

E-mail: peradone.sri@mfu.ac.th

คำสำคัญ

เด็ก, ผู้ปกครอง, ครูผู้ดูแลเด็ก, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย, โรคมือเท้าปาก

Keywords

child, parent, child caregiver, early childhood development centers, hand, foot, and mouth disease

บทนำ

องค์การอนามัยโลก WHO ได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease) เป็นภัยคุกคามทางด้านสาธารณสุขรูปแบบใหม่ที่มีการติดเชื้อขนาดใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก รวมทั้งประเทศไทย⁽¹⁾ ซึ่งพบผู้ป่วยและเกิดการระบาดได้ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังตั้งแต่ปี 2540⁽²⁾ โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดเฉียบพลัน

มักพบการระบาดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งมีการระบาดในช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน–สิงหาคม) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร ที่พบเฉพาะในมนุษย์พบได้หลายสายพันธุ์ ได้แก่ Coxsackie A และ Coxsackie B โดยทั่วไปโรคนี้มีอาการไม่รุนแรง แต่ถ้ามมีการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 จะทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอาการป่วยรุนแรง และเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ สมออักเสบ ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย ระบบหายใจล้มเหลว และอาจรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้⁽²⁾ จากข้อมูลการ

เฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าเด็กมากกว่า 2 ใน 3 ที่ป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก เป็นเด็กที่อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด⁽²⁾ เนื่องจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นสถานที่ที่เด็กเล็ก ไปอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคในเด็กได้ง่าย⁽³⁾

จากข้อมูลสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทยในปี 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 96,627 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 137.16 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ข้อมูลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดเชียงรายย้อนหลัง 5 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2563-2567 มีอัตราป่วย 61.08, 212.07, 196.08, 200.84 และ 366.21 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในปี 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 4,757 ราย อำเภอที่พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร สูงสุด 5 ลำดับแรก คือ อำเภอเมืองเชียงราย (84.50) อำเภอแม่จัน (40.33) อำเภอพาน (28.63) อำเภอแม่สรวย (26.24) และอำเภอแม่ฟ้าหลวง (25.40) ตามลำดับ⁽⁴⁾ สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในตำบลบ้านดู่ ย้อนหลัง 3 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2565-2567 มีอัตราป่วย 101.25, 126.03 และ 260.45 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นแนวโน้มการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย มีแนวโน้มสูงขึ้น ตำบลบ้านดู่เป็นพื้นที่มีขนาดใหญ่ของพื้นที่เขตเมืองและเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของจังหวัดเชียงราย มีประชากรหนาแน่น ทำให้เด็กอยู่ในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก แออัด เช่น โรงเรียน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หรือสนามเด็กเล่น การศึกษาของของ Kua Ja et al.⁽⁵⁾ พบว่าของเล่น หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในสถานที่สาธารณะ อาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ทำให้การสัมผัสใกล้ชิดระหว่างเด็ก ๆ เพิ่มโอกาสแพร่กระจายของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค อีกทั้งพื้นที่ในเมืองเป็นพื้นที่ที่มีการเดินทางและการติดต่อกับคนนอกพื้นที่มาก อาจทำให้เชื้อแพร่กระจายได้เร็วกว่าชนบท ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ อันเนื่องมาจากมีปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพของเด็ก⁽⁶⁾ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อาจทำให้เกิดภาวะ

แทรกซ้อนของโรคได้ หากมีเด็กป่วยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผู้ปกครองต้องพาเด็กไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และเมื่อพบการระบาดของโรค มือ เท้าปาก จะมีการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครั้งละ 5-7 วัน เพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคบริเวณพื้นผิว อาคาร ของเล่น และของใช้ต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง เนื่องจากไม่สามารถนำบุตรหลานมาฝากเลี้ยงได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ การประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิต และเกิดภาวะเครียด⁽³⁾

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก สำหรับครูผู้ดูแลเด็กเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน แต่ก็ยังพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี และยังไม่สามารถลดปัญหาดังกล่าวได้ และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่เขตเมืองที่กล่าวมานี้ยังมีไม่มากพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคมือ เท้า ปาก ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งจะนำผลการศึกษาปัจจัยที่สำคัญไปกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและส่งเสริมแก้ไข ปรับปรุงมาตรการการดำเนินงานให้เหมาะสมเพื่อเฝ้าระวังควบคุมโรคมือเท้าปากในพื้นที่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถามและแบบสำรวจสภาพแวดล้อมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการทางสถิติ

1. การเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยทำการเลือกเป็นสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่ง

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยออกเป็นกลุ่มตามประเภทของศูนย์ เช่น สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของรัฐและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของเอกชน ทำการสุ่มเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวน 11 แห่ง โดยอัตราส่วนของแต่ละประเภทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดเลือกต้องสอดคล้องกับสัดส่วนของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในพื้นที่

2. การสุ่มเลือกผู้ปกครองหลังจากได้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการศึกษาแล้ว ทำการสุ่มเลือกกลุ่มผู้ดูแลเด็กเล็ก (พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในครอบครัว) ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแต่ละแห่ง จำนวนตัวอย่างที่เลือกจากแต่ละแห่งจะเป็นไปตามสัดส่วนของเด็กที่อยู่ในการดูแลของแห่งนั้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายอย่างแท้จริง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองทั้งหมด 395 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างดังนี้⁽⁷⁾

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

Z = ค่าสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = อัตราความชุกของการเกิดโรคมือเท้าปากเท่ากับ 0.43⁽⁸⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่จะพบโรคมือเท้าปากจากการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 5

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 376 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 5% นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 395 ราย

3. การเลือกกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กจากแต่ละศูนย์ที่ได้รับการคัดเลือกโดยดำเนินการเก็บตัวอย่างทั้งหมดเป็นครูผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลบ้านคูใต้กลุ่มตัวอย่างครูผู้ดูแลเด็กทั้งหมด 49 คน

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ประสิทธิภาพการดูแลเด็กที่ติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วิรุทธ ปานหล้า⁽⁹⁾ มีลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ เป็นตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ที่ได้มีค่า 0-10 คะแนน จัดระดับความรู้เป็น 3 กลุ่ม โดยปรับใช้ตามเกณฑ์ของ Bloom คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ กนกวรรณ นวลเกิด⁽¹⁰⁾ เพื่อวัดทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 5 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ โดยใช้มาตรวัด Likert-scale 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5-0 จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับคำถามเชิงบวก และให้คะแนนกลับกันสำหรับคำถามเชิงลบ คะแนนที่ได้มีค่า 0-50 คะแนน จัดระดับทัศนคติเป็น 3 กลุ่ม โดยปรับใช้ตามเกณฑ์ของ Bloom ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชฎาพร อินตะ⁽¹¹⁾ เป็นแบบสอบถามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 5 ข้อ เชิงลบ 5 ข้อ เป็นคำถามแบบจัดลำดับ ซึ่งแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ จัดระดับพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่ม โดยปรับใช้ตามเกณฑ์ของ Bloom ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง

ปฏิบัติในระดับสูง หรือ ดี คะแนนร้อยละ 60 – 79 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำหรือที่ต้องปรับปรุง

การประเมินด้านการดำเนินงานป้องกันโรคและด้านสิ่งแวดล้อม ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 (ข้อ 1-17) เป็นแบบสอบถามและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรค และส่วนที่ 2 (ข้อ 18-35) เป็นแบบสังเกตและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรค โดยการสังเกต และการตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคตามหัวข้อที่กำหนด พร้อมระบุเหตุผลในกรณีที่ไม่ผ่านการประเมิน เพื่อให้คำแนะนำแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการปรับปรุงแก้ไข เกณฑ์การผ่านการประเมินคือ คะแนนรวมตั้งแต่ 28 คะแนนขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ +1 หมายถึง เห็นว่าข้อคำถามสามารถวัดวัตถุประสงค์นั้น 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดวัตถุประสงค์นั้น และ -1 หมายถึง เห็นว่าข้อคำถามไม่สามารถวัดวัตถุประสงค์นั้น จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) ซึ่งผลคะแนน IOC ภาพรวมของเครื่องมือกลุ่มผู้ปกครองเท่ากับ 0.92 และกลุ่มผู้ดูแลเด็กเท่ากับ 0.96 ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (แบบสอบถาม) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปกครอง ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

(IOC=0.90) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก (IOC=0.87) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก (IOC=1) และส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก (IOC=0.93) และกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (IOC=0.97) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก (IOC=0.87) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก (IOC=1) และส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก (IOC=1)

2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการตรวจสอบความคงเส้นคงวาของผลการวัดโดยใช้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha ซึ่งมีเกณฑ์คือ ไม่ต่ำกว่า 0.7 โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และดูความเข้าใจและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล สรุปได้ดังนี้ กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.782 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.801 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.714 และค่าของแบบสอบถามรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.747 กลุ่มผู้ดูแลเด็ก พบว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคมือ เท้า ปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.806 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.812 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ

เท้า ปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.724 และค่าของแบบสอบถามรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.781

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมและเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อขอรายชื่อผู้ปกครองจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และทำการสุ่มตัวอย่างตามวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กตามแผนงานที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและประเมินมาตรฐานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในระหว่างการเก็บข้อมูล ครูผู้ดูแลเด็กได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเข้าถึงข้อมูลและผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการควบคุมคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีหลังการเก็บข้อมูล เพื่อแก้ไขข้อผิดพลาดหรือข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการป้อนข้อมูล และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยรวมอีกครั้งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลและควบคุมคุณภาพข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่ได้รับการกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน และนำมาบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง รหัสโครงการวิจัย EC 24035-18 ลงวันที่ 4 เมษายน 2567 และขออนุญาตจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่ละพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและนามสกุล ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว

สถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ chi square และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปร โดยใช้สถิติพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) สำหรับใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

จากการศึกษา ผู้ปกครองทั้งหมด 389 ราย พบว่า ร้อยละ 74.0 เป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 35.5 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 88.2 อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และร้อยละ 81.0 มีสมาชิกในครัวเรือน 3-5 คน ร้อยละ 81.0 มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้าน 3-5 คน ร้อยละ 33.7 ประกอบอาชีพค้าขาย และร้อยละ 54.8 มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 10,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.8 ในด้านบทบาทการดูแลเด็ก พบว่า ร้อยละ 78.4 พ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ในส่วนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก พบว่า ร้อยละ 84.8 ของผู้ปกครองมีระดับความรู้สูง ร้อยละ 81.7 มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรค และร้อยละ 87.7 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับสูงหรือในระดับดี

สำหรับคุณลักษณะของเด็ก พบว่าร้อยละ ประวัติการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก เป็นเพศชายมากกว่า 52.4 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 3 ปี ร้อยละ 26.7 เคยมี เพศหญิง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก (n=389)

Table 1 General characteristics of parents and children (n=389)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ปกครอง		
เพศ		
ชาย	101	26.0
หญิง	288	74.0
อายุของผู้ปกครอง (ปี)		
≤30	74	19.0
31-40	252	64.8
≥40	63	16.2
ค่าเฉลี่ย=35.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.25 ค่าสูงสุด=58 ค่าต่ำสุด=22		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	14	3.6
3-5	315	81.0
6 และมากกว่า	60	15.4
เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้าน (คน)		
1 คน	307	78.9
2 คน และมากกว่า	82	21.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	4.4
ค้าขาย	131	33.7
ข้าราชการ	49	12.6
รับจ้าง	91	23.3
ธุรกิจส่วนตัว	101	26.0
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	28	7.2
10,001-30,000	213	54.8
30,001-50,000	88	22.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 50,000	60	15.4
ค่าเฉลี่ย 36,268 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=34,305 ค่าสูงสุด=460,000 ค่าต่ำสุด=9,000		
ผู้ดูแลหลัก		
พ่อ/แม่	304	78.2
ปู่ย่า/ตายาย / ญาติ	85	21.8
ระดับความรู้		
ต่ำ	22	5.7
กลาง	37	9.5
สูง	330	84.8
ค่าเฉลี่ย=8.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.17 ค่าสูงสุด=10 ค่าต่ำสุด=3		

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก (n=389) (ต่อ)

Table 1 General characteristics of parents and children (n=389) (continue)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติ		
ต่ำ	2	0.5
ปานกลาง	69	17.7
สูง	318	81.7
ค่าเฉลี่ย=4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.55 ค่าสูงสุด=5 ค่าต่ำสุด=2		
ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก		
ต่ำ	2	0.5
ปานกลาง	46	11.8
สูง	341	87.7
ค่าเฉลี่ย=4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.55 ค่าสูงสุด=5 ค่าต่ำสุด=2		
เด็ก		
เพศ		
ชาย	204	52.4
หญิง	185	47.6
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	234	60.2
4-6	155	39.8
ค่าเฉลี่ย=3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.06 ค่าสูงสุด=6 ค่าต่ำสุด= 1		
ประวัติการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก		
ป่วย	104	26.7
ไม่ป่วย	285	73.3
ผู้ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก แยกตามเพศ		
ชาย	56	53.8
หญิง	48	46.2

ครูผู้ดูแลเด็ก

คุณลักษณะของครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 49 ราย พบว่า ร้อยละ 85.7 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46 ปี ร้อยละ 51 ไม่เคยอบรมเรื่องโรคติดต่อ สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้าปาก พบว่าร้อยละ 79.6 อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ร้อยละ 75.5 อยู่

ในระดับสูงที่สนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคดังกล่าว นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 95.9 มีพฤติกรรมในการป้องกันเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดี ไม่พบว่ามีครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในระดับต่ำ หรือที่ต้องปรับปรุง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของครูผู้ดูแลเด็ก (n=49)

Table 2 General Characteristics of Child Care Teachers (n=49)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ครูผู้ดูแลเด็ก		
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า35	4	8.2
มากกว่าหรือเท่ากับ35	45	91.8
ค่าเฉลี่ย=46.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=8.697 ค่าสูงสุด=59 ค่าต่ำสุด=27		
เพศ		
ชาย	7	14.3
หญิง	42	85.7
การอบรมเรื่องโรคติดต่อ		
เคย	24	49.0
ไม่เคย	25	51.0
ระดับความรู้		
ต่ำ	0	0.0
กลาง	10	20.4
สูง	39	79.6
ค่าเฉลี่ย=8.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.89 ค่าสูงสุด=10 ค่าต่ำสุด=6		
ระดับทัศนคติ		
ต่ำ	0	0.0
ปานกลาง	12	24.5
สูง	37	75.5
ค่าเฉลี่ย=4.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.61 ค่าสูงสุด=5 ค่าต่ำสุด=2		
ระดับพฤติกรรม		
ต่ำ	0	0.0
ปานกลาง	2	4.1
สูง	47	95.9
ค่าเฉลี่ย=4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.42 ค่าสูงสุด=5 ค่าต่ำสุด=3		

สภาพแวดล้อมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ทั้ง 11 แห่ง พบว่า 7 แห่ง (ร้อยละ 63.6) ผ่านเกณฑ์

มาตรฐาน ขณะที่อีก 4 แห่ง (ร้อยละ 36.4) ไม่ผ่านเกณฑ์

มาตรฐาน และยังพบการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ต่อเนื่อง

ทุกปีในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ผลการ

ประเมินพบว่าร้อยละ 63.6 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ไม่มีแผนปฏิบัติงานในการป้องกันโรคติดต่อ ร้อยละ

54.5 ของครูผู้ดูแลเด็กไม่ได้รับการอบรมด้านการ

ป้องกันโรค ร้อยละ 45.5 พบว่าจำนวนก๊อกรที่ล้างมือ

1 จุด ต่อเด็ก 10 คน ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังตาราง

ที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (n=11)

Table 3 Early Childhood Development Center Evaluation Results (n=11)

ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 11 แห่ง		
ผ่านเกณฑ์	7	63.6
ไม่ผ่านเกณฑ์	4	36.4
แผนการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค		
ไม่มีแผน	7	63.6
มีแผน	4	36.4
การอบรมด้านการป้องกันโรคติดต่อ		
ได้รับการอบรม	5	45.5
ไม่ได้รับการอบรม	6	54.5
จำนวนก๊อกล้างมือ 1 จุด ต่อเด็ก 10 คน		
ผ่านเกณฑ์	6	54.5
ไม่ผ่านเกณฑ์	5	45.5

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก

การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก (HFMD) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (Multiple Binary Logistic Regression) ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือนที่สูงขึ้น ซึ่งพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ 30,001–50,000 บาท มีโอกาสติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ $\leq 10,000$ บาท 2.28 เท่า (AOR=2.28, 95% CI=1.06–4.93, $p\text{-value}=0.036$) และเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ $\geq 50,000$ บาท มีโอกาสติดเชื้อมากกว่า 2.94 เท่า (AOR=2.94, 95% CI=1.28–6.76, $p\text{-value}=0.011$) นอกจากนี้ เด็กที่อยู่ในความดูแลของปู่ย่า/ตายาย/ญาติ มีโอกาสป่วยมากกว่าเด็กที่ดูแลโดยพ่อแม่ 2.48 เท่า (AOR=2.48, 95% CI=1.45–4.26, $p\text{-value}=0.001$) ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีระดับความรู้สูงส่งผลให้เด็กมี

โอกาสติดเชื้อ 0.20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำ (AOR=0.20, 95% CI=0.06–0.69, $p\text{-value}=0.011$) สำหรับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก พบว่าเด็กที่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก สูง มีโอกาสป่วยมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ต่ำ/ปานกลาง 3.02 เท่า (AOR=3.02, 95% CI=1.11–8.14, $p\text{-value}=0.029$) และเด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเด็กต่ำกว่า 6 ปี ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีโอกาสป่วยมากกว่าเด็กที่อยู่บ้านเดียวกับเด็กต่ำกว่า 6 ปี เพียง 1 คน 1.85 เท่า (AOR=1.85, 95% CI=1.07–3.21, $p\text{-value}=0.027$)

จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก ได้แก่ รายได้ครอบครัวที่สูงขึ้น การดูแลโดยปู่ย่า/ตายาย/ญาติ ระดับความรู้ที่สูง ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่สูง และการมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีมากกว่า 1 คนในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก

Table 4 Factors associated with infection of hand, foot and mouth disease

ลักษณะทั่วไป	HFMD			Simple Binary Logistic			Multiple Binary Logistic		
	จำนวน เด็ก	จำนวน ป่วย	ร้อยละ ที่ป่วย	COR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value
รายได้ครอบครัวต่อเดือน									
≤10,000 ^(ref)	28	6	21.43						
10,001–30,000	213	57	26.76	1.36	0.44–4.22	0.590	2.27	0.69–7.51	0.180
30,001–50,000	88	31	35.23	1.83	0.87–3.84	0.112	2.28	1.06–4.93	0.036
≥50,000	60	10	16.67	2.72	1.21–6.10	0.015	2.94	1.28–6.76	0.011
ผู้ดูแลหลัก									
พ่อ/แม่ ^(ref)	304	70	23.03						
ปู่ย่า/ตายาย/ญาติ	85	34	40.00	2.28	1.37–3.80	0.002	2.48	1.45–4.26	0.001
ระดับความรู้									
ต่ำ ^(ref)	22	4	18.18						
กลาง	37	3	8.11	0.53	0.17–1.62	0.267	0.57	0.81–1.81	0.345
สูง	330	97	29.39	0.21	0.06–0.70	0.012	0.20	0.06–0.69	0.011
ระดับพฤติกรรม									
ต่ำ/ปานกลาง ^(ref)	48	6	12.50						
สูง	341	98	28.74	3.52	1.35–9.14	0.010	3.02	1.11–8.14	0.029
จำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีในบ้าน									
1 ^(ref)	307	74	24.10						
≥2	82	30	36.59	1.82	1.08–3.06	0.024	1.85	1.07–3.21	0.027

^{ref}=กลุ่มอ้างอิง, COR= Crude Odds Ratio, AOR= Adjusted Odds Ratio

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของโรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เท่ากับร้อยละ 26.7 ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ รายงานในปี 2567 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 5.6 ความแตกต่างของอัตราความชุกนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านกลุ่มตัวอย่าง ขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอาจมีลักษณะเฉพาะ djkกล่าวคือ เป็นกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือเป็นกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค ซึ่งอาจทำให้มีความชุกของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก พบว่ารายได้ ผู้ดูแลหลัก จำนวนเด็กในบ้านมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน ระดับความรู้

และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก $p\text{-value}=0.011, 0.004, 0.027, 0.017,$ และ 0.012 ตามลำดับ โดยในประเด็นของรายได้ พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 30,000 ขึ้นไป เป็นปัจจัยของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท 2.28 เท่า ($AOR=2.28, 95\% CI=1.06-4.93, p\text{-value}=0.036$) และรายได้ผู้ปกครองมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาท เป็นปัจจัยของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยกว่า 50,000 บาท 2.94 เท่า ($AOR=2.94, 95\% CI=1.28-6.76, p\text{-value}=0.011$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน Liu et al.⁽⁶⁾ พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง มักมีโอกาเข้าเรียนในโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กได้เร็วขึ้น ซึ่งอาจทำให้เด็กสัมผัสกับเชื้อโรคได้มากขึ้น ครอบครัวที่มีรายได้สูง มักมีโอกาส

เดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ มากขึ้น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโรค สภาพแวดล้อมในเมืองที่มีประชากรหนาแน่น อาจเอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ บดีรัฐ⁽¹³⁾ ที่พบว่า รายได้เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการใช้ชีวิตหรือการสัมผัสโรคในชุมชนที่มีเศรษฐกิจสูง ประกอบกับพื้นที่ตำบลบ้านดู่ มีความหนาแน่นของประชากร ทำให้เด็กอยู่ในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก แออัด เช่น โรงเรียน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หรือสนามเด็กเล่น ทำให้มีการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ของเล่น หรืออุปกรณ์ต่างๆ ในสถานที่สาธารณะ อาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ทำให้การสัมผัสใกล้ชิดระหว่างเด็กๆ เพิ่มโอกาสแพร่กระจายของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค ผู้ปกครองที่มีรายได้สูงมักพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมสังคมที่หลากหลาย เช่น สนามเด็กเล่น ห้างสรรพสินค้า ซึ่งปัจจุบันสนามเด็กเล่นในร่ม (Cafe' & playground) เป็นสถานที่ที่ได้รับความนิยมจากครอบครัวที่มีเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลบ้านดู่ เนื่องจากมีพื้นที่สำหรับเด็กได้ทำกิจกรรมและเล่นสนุกสนาน อย่างไรก็ตามก็อาจเป็นสถานที่ที่เด็ก มีความเสี่ยงในการสัมผัสและแพร่เชื้อโรคมือ เท้า ปาก ได้เช่นกัน อีกทั้งพื้นที่ในเมืองเป็นพื้นที่ที่มีการเดินทางและการติดต่อกับคนนอกพื้นที่มาก อาจทำให้เชื้อแพร่กระจายได้เร็วกว่าชนบท ปัจจัยผู้ดูแลหลักที่เป็นปู่ย่า/ตายาย/ญาติ มีโอกาสที่เด็กจะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 2.48 เท่า (AOR=2.48, 95% CI=1.45-4.26, p-value=0.001) เมื่อเทียบกับผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kua JA et al.⁽⁵⁾ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาของโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กเล็กในสิงคโปร์ พบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เด็กที่มีพี่น้องที่เคยติดเชื้อมือ เท้า ปาก มาก่อน การใช้ของเล่นที่ไม่ได้ล้างหรือมาเชื่อบ่อยๆ ร่วมกัน ผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก การศึกษาค้นพบว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ

อาจไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขอนามัย เช่น การล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดของเล่น หรือการดูแลเด็กเมื่อมีอาการป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอาจไม่ทันสมัยเท่าผู้ปกครองรุ่นใหม่ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพซึ่งญาติหรือผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย เช่น โซเชียลมีเดีย หรือแพทย์เฉพาะทาง สำหรับปัจจัยจำนวนเด็กในบ้านที่เท่ากับหรือมากกว่า 2 คน พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก $p\text{-value}=0.027$ จำนวนเด็กในบ้านที่เท่ากับหรือมากกว่า 2 คน มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 1.85 เท่า (AOR=1.85, 95% CI=1.07-3.21, $p\text{-value}=0.027$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kua JA et al.⁽⁵⁾ ที่ศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบว่าการมีพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก รวมถึงครอบครัวที่มีจำนวนเด็กสองคนหรือมากกว่าที่อยู่ในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมือ เท้า ปาก ทั้งนี้การสัมผัสใกล้ชิดระหว่างเด็กในวัยต่ำกว่า 6 ปี มักเล่นและสัมผัสใกล้ชิดกัน เช่น การแบ่งของเล่น การกอด หรือสัมผัสใบหน้า ซึ่งทำให้เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคแพร่กระจายได้ง่าย หากเด็กคนหนึ่งติดเชื้อ และการศึกษาในประเทศจีนของ Bo Chen et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าการระบาดมักเกิดขึ้นในสถานที่ที่มีเด็กอยู่ร่วมกัน เชื้อสามารถแพร่ไปยังเด็กคนอื่นในบ้านได้อย่างรวดเร็ว เด็กในบ้านเดียวกันมักใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ของเล่น ช้อนส้อม แก้วน้ำ หรืออุปกรณ์ที่เด็กถือเล่น ซึ่งอาจเป็นแหล่งสะสมและแพร่กระจายของเชื้อไวรัส ประกอบกับเด็กเล็กโดยเฉพาะในวัยต่ำกว่า 6 ปี มีระบบภูมิคุ้มกันที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เมื่อมีเด็กหลายคนในบ้าน โอกาสที่เด็กบางคนจะมีภูมิคุ้มกันต่ำและกลายเป็นพาหะนำโรคจึงเพิ่มขึ้น การดูแลสุขอนามัยที่ซับซ้อนขึ้น การดูแลเด็กหลายคนพร้อมกันในบ้าน อาจทำให้การรักษาความสะอาดลดประสิทธิภาพลง เช่น การล้างมือให้เด็กทุกคน การทำความสะอาดของเล่น หรือการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กคนอื่น ในครอบครัวที่มีเด็กหลายคน การแยกเด็กที่ป่วยออกจากเด็กคนอื่น

อาจทำได้ยาก เช่น การใช้ห้องแยก หรือจำกัดพื้นที่เล่น ในประเด็นของระดับความรู้พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับความรู้เรื่อง โรคมือ เท้า ปาก ในระดับสูงมีโอกาสที่บุตร จะป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก น้อยกว่า 0.20 เท่า (AOR=0.20, 95% CI=0.06–0.69, p -value=0.011) เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปาน กลางและระดับต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้ปกครองเด็กที่มี ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ที่ดี เด็กที่อยู่ในการดูแล จะมีความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวน้อยลง สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ศิริรัตน์ ปานโต⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในระดับสูง ในด้าน การป้องกันโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Yogambigai et al.⁽¹⁶⁾ ที่ได้ สสำรวจความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของกลุ่มผู้ปกครองในประเทศมาเลเซีย พบว่าร้อยละ 34.4 ผู้ปกครองมีความรู้ดี ผู้ปกครองส่วนใหญ่รู้ว่ การล้างมือและการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นวิธี ป้องกันหลัก การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ปกครองส่วนมาก มีความรู้ในระดับสูง เนื่องจากผู้ปกครองอาจมีประสบการณ์ โดยตรงจากการป่วย การได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากร ทางการแพทย์ และแรงจูงใจในการค้นคว้าหาข้อมูล เพิ่มเติมทำให้ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มีความรู้ เกี่ยวกับโรคดีกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วย มีการนำข้อมูลไปใช้ ในชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มความตระหนักและลดโอกาส การระบาดของโรคในอนาคตได้ ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับสูง มีโอกาสที่เด็กจะป่วย จะโรคมือ เท้า ปาก มากถึง 3.02 เท่า (AOR=3.02, 95% CI=1.11–8.14, p =0.029)เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง สอดคล้องการผลการศึกษาของ นริศรินทร์ วงศ์ไ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่ามารดามีพฤติกรรมในระดับดีมากในการป้องกัน โรคซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทดสอบ ความรู้และสอบถามพฤติกรรมหลังจากเกิดโรคไปแล้ว ผู้ปกครองจึงมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ โรคมือ เท้า ปาก มากขึ้น จากการพาเด็กไปพบแพทย์

และส่งผลให้มีระดับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน โรคมากขึ้น การประเมินด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 45.5 พบว่าจำนวนก๊อที่ล้างมือ 1 จุด ต่อเด็ก 10 คน ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน สอดคล้องกับการศึกษา ของ ฟูสดี ลอ⁽⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อม กับการเกิดโรคมือ เท้า ปาก สูง พบตัวแปรที่เกี่ยวข้อง กับอัตราการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จำนวนอ่างล้างมือใน ห้องน้ำและการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ Kua JA et al.⁽⁵⁾ พบว่าศูนย์เด็กเล็กที่มีจำนวนก๊อที่ล้างมือเพียงพอ (1 ก๊อ ต่อเด็ก 5 คน) มีอัตราการแพร่เชื้อลดลงถึง ร้อยละ 35 เนื่องจากเด็กสามารถล้างมือได้บ่อยขึ้น กล่าวโดยสรุป คือ การล้างมือเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก แต่เมื่อจำนวนก๊อที่ล้างมือไม่เพียงพอ เด็กอาจล้างมือได้ ไม่บ่อยเท่าที่ควร หรืออาจไม่ล้างเลยหลังทำกิจกรรม ที่เสี่ยง เช่น หลังใช้ห้องน้ำ ก่อนรับประทานอาหาร หลังเล่นของเล่นร่วมกับเด็กคนอื่น หากต้องรอต่อคิว ล้างมือเป็นเวลานาน เด็กอาจหลีกเลี่ยงการล้างมือ หรือ ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เชื้อแพร่กระจายใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

สรุป

ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของ โรคมือ เท้า ปาก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในตำบล บ้านดู่ สูงถึงร้อยละ 26.7 โดยเฉพาะในเด็กจากครอบครัว ที่มีรายได้สูงและมีผู้ดูแลเป็นผู้ดูแล เด็กในกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากโรคมือเท้าปาก เนื่องจาก พฤติกรรมการ ป้องกันและความรู้ของผู้ปกครอง มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรค ดังนั้น การเฝ้าระวังและ การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมี การปรับปรุงมาตรการป้องกันโรคโดยการจัดอบรม ให้ความรู้แก่ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง เกี่ยวกับวิธีการ ป้องกันโรค รวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับ อันตรายและการแพร่กระจายของโรคในกลุ่มเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาสภาพแวดล้อม

ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้สอดคล้องกับมาตรฐานสุขภาพ เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์การเรียนการสอนและการดูแลสุขอนามัยในห้องเรียน พร้อมทั้งส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ในการล้างมือและการดูแลสุขอนามัย การจัดทำแผนการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันการระบาดของโรค โดยต้องมีการติดตามและรายงานการเกิดโรคมือ เท้า ปากในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินสถานการณ์และปรับปรุงมาตรการให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคจะช่วยให้การตอบสนองเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมมีความสำคัญในการทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเกิดโรค เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและความรู้ของผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการป้องกันที่มีความเหมาะสมและตรงจุดมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในด้านอคติเนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มที่เคยป่วยซึ่งข้อมูลที่ได้สะท้อนถึงสถานการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม อาจไม่ได้สะท้อนถึงสถานการณ์ในช่วงเวลาที่เกิดโรค ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนจากความจริงได้ ดังนั้นการศึกษาในครั้งถัดไปควรมีการศึกษาที่ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงมาตรการการควบคุมโรคมือ เท้า ปากอย่างมีประสิทธิภาพและรอบด้านมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hand, foot and mouth disease (HFMD). World Health Organization. Hand, foot and mouth disease (HFMD) [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/>
2. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Report 506 [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 2023 [cited 2023 Aug 5]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=13552 (in Thai)
3. Chantharom B. Health and hygiene practices of child caregivers and children in preventing hand, foot and mouth disease in the child development center, Laplae District, Uttaradit Province [Independent study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (in Thai)
4. Chiang Rai Provincial Public Health Office. Report 506 [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 16]. Available from: <https://healthcro.moph.go.th/epid/> (in Thai)
5. Kua JA, Pang J. The epidemiological risk factors of hand, foot, and mouth disease among children in Singapore: A retrospective case-control study. PLoS ONE [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 5];15(8):e0236711. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236711>
6. Liu L, Wang L, Qi C, Zhu Y, Li C, Jia Y, et al. Epidemiological characteristics and spatiotemporal analysis of hand-foot-mouth diseases from 2010 to 2019 in Zibo city, Shandong, China. BMC Public Health. 2021;21(1):1640.
7. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021. (in Thai)
8. Laor P, Apidechkul T, Khunthason S, Keaw-dounglek V, Sudsandee S, Fakkaew K, et al. Association of environmental factors and high HFMD occurrence in northern Thailand. BMC Public Health. 2020;20(1):1829.
9. Panhla W. Preventive and control behavior of hand, foot and mouth disease among parents of ethnic children and caregivers in the early childhood development center, Mae Khaning

- Subdistrict, Wiang Sa District, Nan Province [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2018. (in Thai)
10. Nuankerd K. Factors affecting the prevention behavior of hand, foot, and mouth disease among guardians in child development centers, Wangthong District, Phitsanulok Province [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University, Faculty of Public Health; 2020. (in Thai)
 11. Inta C. Factors associated with the occurrence of hand, foot and mouth disease in children in the Chiang Rai Child Development Center, Thailand [dissertation]. Chiang Rai: Center of Excellence in Ethnic Health Research, Mae Fah Luang University; 2017. (in Thai)
 12. Department of Disease Control (TH), Bureau of Epidemiology. Hand, foot, and mouth disease situation in Thailand as of June 29, 2024. Bangkok: Department of Disease Control; 2024. (in Thai)
 13. Badirat P. Factors affecting the behavior of prevention of hand, foot and mouth disease of parents and caregivers of preschool children in childcare centers, Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2015. (in Thai)
 14. Chen B, Yang Y, Xu X, Zhao H, Li Y, Yin S, et al. Epidemiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in China: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(20):e25930.
 15. Pantao S, Pho-um A. Knowledge and attitudes associated with hand, foot, and mouth disease prevention behaviors among parents of preschool children in Ban Mo Subdistrict, Ban Mo District, Saraburi Province. *J Health Sci Community Public Health*. 2018;1(2):30–9.
 16. Rajamoorthy Y, Tin OH, Taib N M, Munusamy S, Wagner A L, Mudatsir M, et al. Parents' knowledge and awareness towards hand foot mouth disease in Malaysia: A survey in Selangor. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2022;15:101027.
 17. Wang-in N. The relationship between knowledge, attitude, and behavior of mothers in preventing hand, foot and mouth disease in children studying at InterTots Trilingual School, Mueang District, Chachoengsao Province [independent study]. Chonburi: Burapha University; 2021.