

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระบุรี

Effects of a behavioral promotion program on hand-foot-mouth disease prevention by applying the protection motivation theory among parents in early childhood development centers in Saraburi Province

สุนันทา ชำนาญศิลป์

Sunantha Chamnansil

ศิริพร แสนตรี

Siriporn Santre

ชวภณ สารข้าวคำ

Chawapon Samkhaowkhom

มนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์

Manirat Therawiwat

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2025.50

Received: April 28, 2025 | Revised: July 5, 2025 | Accepted: July 9, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระบุรี ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ ถึง 28 มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 100 คน คัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง แบบเจาะจง และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อจัดผู้ปกครองเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมในห้องเรียน กิจกรรมออนไลน์ และการกระตุ้นเตือนผ่าน LINE application เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test, Wilcoxon signed Ranks test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน ด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่า $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$ และ $p=0.005$ ตามลำดับ โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกัน และควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์: ศิริพร แสนตรี

อีเมล: siriporn.sar@mahidol.ac.th

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a behavioral promotion program on hand-foot-mouth disease prevention. The Protection Motivation Theory was applied to conduct a study among parents in early childhood development centers in Saraburi Province from February 3 to March 28, 2025. A total of 100 parents were purposively selected from 2 childhood development centers and randomly assigned into experimental and comparison groups, with 50 participants in each group. The experimental group received an 8-week intervention consisting of classroom activities, online learning, and reminder messages via the LINE application. Data were collected using a self-administered questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Paired t-test, Wilcoxon signed ranks test, and Mann-Whitney U test. The results showed that after the intervention, the experimental group had a significant difference ($p<0.05$) in knowledge, perceived severity, perceived susceptibility, perceived self-efficacy, response efficacy, and prevention behavior compared to the comparison group with $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$ and $p=0.005$, respectively. These findings suggest that the behavioral promotion program was effective and could be integrated into hand-foot-mouth disease prevention and control strategies in early childhood development centers.

Correspondence: Siriporn Santre

E-mail: siriporn.sar@mahidol.ac.th

คำสำคัญ

โรคมือเท้าปาก, ผู้ปกครอง,
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก,
โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกำป้องกันโรคมือเท้าปาก,
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

Keywords

hand-foot-mouth disease, parents,
early childhood development center,
behavioral promotion program on hand-foot-mouth
disease prevention, protection motivation theory

บทนำ

โรคมือเท้าปาก (hand foot and mouth disease: HFMD) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโรไวรัส (enteroviruses) ที่พบเฉพาะในมนุษย์ มีหลายสายพันธุ์ การติดเชื้อพบในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการป่วย หรืออาจพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดเมื่อย เป็นต้น โดยมีอาการดังกล่าว 3–5 วัน แล้วหายได้เอง แต่บางรายอาจมีอาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่โรคมือเท้าปาก โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ coxsackie A16 มักไม่รุนแรง เด็กที่ติดเชื้อสามารถหายเป็นปกติภายใน 7–10 วัน ส่วนที่เกิดจากเชื้อ enterovirus 71 (EV71) อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย ในการระบาดที่

ได้พบสูงถึงร้อยละ 30 อาจเป็นแบบ aseptic meningitis ที่ไม่รุนแรง หรือมีอาการคล้ายโรคโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตคือแบบ encephalitis บางรายอาจมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (brain stem) อาการหวั่นไหว และหรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (acute pulmonary edema)⁽¹⁾ โรคมือเท้าปากส่วนใหญ่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนโรค Herpangina มักพบในเด็กอายุ 1–7 ปี ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ coxsackievirus A1 และ EV71 ผู้ป่วยมักมีไข้เฉียบพลันและมีแผลเปื่อยเล็กๆ ในลำคอบริเวณเพดาน ลิ้นไก่ ทอนซิล มีอาการเจ็บคอมากร่วมกับมีน้ำลายมาก แต่ยังไม่พบรายงานการเสียชีวิต และอาจมีอาการกลืนลำบากปวดท้องและอาเจียน ระยะเวลา

การเกิดโรคอยู่ระหว่าง 3-6 วัน และมักหายได้เอง⁽²⁾

สถานการณ์การเกิดโรคมือเท้าปากในประเทศไทย จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก ของกองระบาดวิทยา สถานการณ์โรค ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี 2557-2566) ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยาพบแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในแต่ละปีมีรายงานผู้ป่วยระหว่าง 19,260-100,483 ราย เฉลี่ยปีละ 61,100 ราย แต่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 (ปี 2563-2564) พบผู้ป่วยมีจำนวนลดลงมักพบการระบาดในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม ซึ่งในปี 2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 29 มิถุนายน 2567 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 23,143 ราย อัตราป่วย 35.65 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย อายุ 1 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมือเท้าปาก ร่วมกับมีภาวะสมองอักเสบรุนแรง (severe encephalitis) โดยมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับนิยามโรค แต่ตรวจไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อเอนเทอโรไวรัสทางห้องปฏิบัติการในตัวอย่างน้ำไขสันหลังและซีรัม ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีจำนวนโดยรวมสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2562-2566) และปีที่ผ่านมา กลุ่มที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ เด็กอายุ 1-4 ปี (626.63) รองลงมา คือ ต่ำกว่า 1 ปี (352.38) และ 5-9 ปี (156.89) พบรายงานในทุกภูมิภาค โดยภาคที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ ภาคกลาง (45.70) รองลงมา คือ ภาคใต้ (43.82) ภาคเหนือ (36.41) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (21.38)⁽³⁾

จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาด พบว่าจังหวัดสระบุรีมีจำนวนผู้ป่วยและการระบาดของโรคมือเท้าปากมากที่สุด จากรายงานการสอบสวนโรค อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน 9 ตำบล ซึ่งพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรับเด็กตั้งแต่อายุ 2-3 ปี เปิดการเรียนสอนตลอดทั้งปี ไม่มีปิดภาคการศึกษา ในทุก ๆ ภาคการเรียนจะพบเหตุการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปาก ซึ่งผลตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 (enterovirus 71) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำเป็นต้องปิดชั่วคราวเพื่อทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ⁽⁴⁾ ซึ่งปัญหาการแพร่กระจายเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กเล็ก ซึ่งโรคมือเท้าปากเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านระบบทางเดินหายใจได้ ดังนั้น จึงทำให้เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้น⁽²⁾

โรคมือเท้าปากยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลักจาก สภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อ เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก และ สุขอนามัยส่วนบุคคล นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านผู้ปกครอง มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยระดับการศึกษาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อในเด็กได้^(5,6) แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคนี้มาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคโดยตรงกับผู้ปกครอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็ก ผู้ปกครองที่มี ความรู้ความเข้าใจในความรุนแรงของโรค และมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสมจะสามารถจัดการการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า⁽⁷⁾ ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าปากจึงต้องใช้กลยุทธ์ที่ครอบคลุมหลายด้าน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม การให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฏิบัติตนอย่างถูกสุขอนามัยเป็นประจำ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคนี้ได้อย่างยั่งยืน⁽⁸⁾

การประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Ronald W. Rogers (ค.ศ. 1975) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากในกลุ่มผู้ปกครอง⁽⁹⁾ ทฤษฎี PMT เหมาะสมอย่างยิ่งกับการแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ปกครอง เนื่องจากเน้นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในผ่านองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้

ความคาดหวังในผลของการป้องกัน และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรค⁽⁹⁾ แม้จะมีการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีอื่น ๆ เช่น Health Belief Model และ Social Cognitive Theory เพื่อส่งเสริมสุขภาพ แต่การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ในบริบทของการป้องกันโรคมือเท้าปากยังคงมีจำกัด^(10,11) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการใช้ทฤษฎี PMT ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากสำหรับผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การพัฒนาโปรแกรมหวังจะช่วยเติมเต็มช่องว่างในการวิจัยที่มีอยู่ โดยเฉพาะในประเด็นของการสร้างความตระหนักและการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดสระบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ได้รับข้อมูลสุศึกษาตามปกติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม (two-group pretest-posttest design) ระยะเวลา

ในการศึกษา 8 สัปดาห์ ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ ถึง 28 มีนาคม 2568

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวนผู้ปกครอง 628 คน จากทั้งหมด 14 ศูนย์ ได้แก่ (1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองพระพุทธบาท 1 (2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองพระพุทธบาท 2 (3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลพุทราวัง (4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเขาคินพัฒนา ตำบลธารเกษม (5) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลธารเกษม (6) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยป่า (7) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยป่าห้วย (ศูนย์โรงเรียนวัดบ้านโพธิ์) (8) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยป่าห้วย (ศูนย์โรงเรียนวัดหนองสุทธะ) (9) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนสระลำไย เทศบาลตำบลนายาว (10) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนชัยครก เทศบาลตำบลนายาว (11) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนวัดนายาว เทศบาลตำบลนายาว (12) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลหนองแก (13) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลพุคำจาน และ (14) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลเขาวง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 2 ศูนย์ คือ (1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลพระพุทธบาท 1 (2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลพุทราวัง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹³⁾ แทนค่าในสูตรโดยใช้ผลการวิจัยของอ้อมทิพย์ น้อยหอม และคณะ⁽¹⁴⁾ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n_1) 26 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (n_2) 26 คน ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กก่อน

วัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (μ_2) เท่ากับ 87.38 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD_1) เท่ากับ 6.60 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน (μ_2) เท่ากับ 83.42 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD_1) เท่ากับ 7.25 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 48 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5⁽¹⁵⁾ จำนวนกลุ่มละ 2 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน รวมเป็น 100 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 ศูนย์ จาก 14 ศูนย์ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในเขตอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
- 2) ผู้บริหารและครูเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมได้
- 3) บริบท ขนาด จำนวนนักเรียน และสภาพแวดล้อมทางสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ทำการสุ่มแบบง่าย (simple randomization) โดยการจับสลากเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผลการสุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลพุทรา และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองพระพุทธบาท 1

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการจับฉลาก (lottery) จากรายชื่อผู้ปกครองในแต่ละศูนย์จนได้ผู้เข้าร่วมกลุ่มละ 50 คน

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลพุทรา และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองพระพุทธบาท 1
- 2) สมารถใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการ

ลงลายมือชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมร่วมการวิจัย

- 3) มีโทรศัพท์มือถือ มีอินเทอร์เน็ต และมี LINE application

- 4) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทย และสื่อสารกับผู้วิจัยได้

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) ผู้ปกครองของเด็กมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจากสาเหตุใด ๆ จนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

- 2) ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ครบทุกกิจกรรม

- 3) ผู้ปกครองของเด็กมีความประสงค์ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

สำหรับการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (contamination) ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานคนละแห่ง เพื่อลดโอกาสการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ กิจกรรมของแต่ละกลุ่มถูกจัดขึ้นในวันและเวลาที่ต่างกัน เพื่อแยกการดำเนินงานของโปรแกรมอย่างชัดเจนและป้องกันผลกระทบจากการแบ่งปันของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน รวมทั้งสิ้น 71 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย และความเกี่ยวข้องกับเด็ก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ ระยะฟักตัว การแพร่เชื้อ การดูแลรักษา

และการป้องกันโรค โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูก, ผิด, ไม่แน่ใจ) ซึ่งให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิดหรือไม่แน่ใจ คะแนนรวมสูงสุด 10 คะแนน

ส่วนที่ 3-6 ใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ⁽¹⁶⁾ วัดการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผล การป้องกันโรค จำนวน 4 ส่วน ส่วนละ 10 ข้อ โดยข้อความมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยการให้คะแนนข้อความเชิงบวก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ข้อความเชิงลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวม 50 คะแนน

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก เป็นแบบวัดความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้มาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบเช่นเดียวกับส่วนที่ 3-6 (โดยมีการกลับค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ) คะแนนรวมและการแบ่งระดับเช่นเดียวกับส่วนที่ 3-6

แบบสอบถามฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหาแต่ละรายการ ทั้งนี้ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในแต่ละข้อ (I-CVI) ของส่วนที่ 1-7 เท่ากับ 0.88, 1.00, 0.97, 0.97, 1.00, 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ ขณะที่ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.93 หลังจากนั้น ได้ดำเนินการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของโครงสร้างแบบสอบถาม พร้อมทั้งคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.89

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์จากการดูแลเด็กก่อนวัยของผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเล็ก

เล็ก ซึ่งมีแผนการจัดกิจกรรมทั้งหมดในแบบกิจกรรมในห้องเรียนและแบบออนไลน์ในกลุ่มทดลอง จัดกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม 8 สัปดาห์ ซึ่งการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยประสานกับพื้นที่ที่ศึกษาเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลและทำการศึกษา คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 ท่าน และครูในศูนย์พัฒนาเด็กจำนวน 1 ท่านต่อแห่ง และผู้วิจัยได้เข้าพบผู้เข้าร่วมโครงการในทั้งสองกลุ่มเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน จำนวน 71 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวครอบคลุมด้านข้อมูลทั่วไป, ความรู้โรคมือเท้าปาก, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความสามารถตนเอง, ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง

ขั้นตอนทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้เริ่มกิจกรรมในห้องเรียน กลุ่มทดลอง "รู้ทันโรคมือเท้าปาก" ซึ่งเป็นการบรรยายประกอบสื่อและวิดีโอจากกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์และความรุนแรงของโรค รวมถึงสาธิตวิธีการป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน การทำความสะอาดของเล่นและอุปกรณ์เด็ก สัปดาห์ที่ 2-3: จัดกิจกรรมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน LINE ด้วยประชุมกลุ่ม และการส่งวิดีโอสั้นเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และเรียนรู้วิธีการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก สัปดาห์ที่ 4-7: ดำเนินการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอผ่านแอปพลิเคชัน LINE ด้วยการส่งภาพ Infographic และแบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน เพื่อเสริมแรงจูงใจและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องของผู้ปกครอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงใช้ชีวิต

และดูแลบุตรหลานตามปกติโดยไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ จากทีมวิจัย และในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมในห้องเรียนครั้งสุดท้ายสำหรับกลุ่มทดลอง “ลูกปลอดโรคมือเท้า ด้วยมือเรา” เพื่อทบทวนความรู้และวิธีการป้องกันที่ได้เรียนรู้มาตลอดโปรแกรม และผู้วิจัยได้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) จากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสองกลุ่มด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันที่ใช้ในระลอกก่อนการทดลอง เพื่อนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบนั้น หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ใช้เวลา 1 ชั่วโมงในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากและวิธีการป้องกันโรคแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยเช่นกัน

หลังการทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน โดยเริ่มจากการทดสอบการแจกแจงข้อมูล (Normality Test) หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ paired samples t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง แต่หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test นอกจากนี้ใช้

สถิติ Mann-Whitney U test สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในมนุษย์ครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ MUPH 2025-004 เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วได้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สำนักงานเทศบาลเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลผู้ปกครองและนักเรียนที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิ์ในการถอนตัวหากไม่สมัครใจ

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสมัครใจเข้าร่วมจำนวน 100 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

Table 1 Number and percentage of samples classified by general information

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	20.00	5	10.00
หญิง	40	80.00	45	90.00
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	3	6.00	3	6.00
21-30 ปี	12	24.00	14	28.00
31-40 ปี	20	40.00	24	48.00
41-50 ปี	8	16.00	7	14.00
51-60 ปี	5	10.00	2	4.00
มากกว่า 60 ปี	2	4.00	0	0.00
mean±SD	36.64±10.77		34.24±8.44	
min-max	19.00-63.00		16.00-53.00	
ศาสนา				
พุทธ	48	96.00	50	100.00
อิสลาม	2	4.00	0	0.00
สถานภาพสมรส				
โสด	10	20.00	8	16.00
สมรส/คู่	33	66.00	35	70.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	14.00	7	14.00
การศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00	3	6.00
ประถมศึกษา	11	22.00	2	4.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	26.00	4	8.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13	26.00	11	22.00
ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	14.00	12	24.00
ปริญญาตรี	6	12.00	13	26.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	5	10.00
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน	0	0.00	7	14.00
นักเรียน/นักศึกษา	9	18.00	5	10.00
เกษตรกร	5	10.00	0	0.00
รับจ้างทั่วไป	10	20.00	7	14.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	18.00	11	22.00
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	13	26.00	9	18.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานราชการ	4	8.00	11	22.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

Table 1 Number and percentage of samples classified by general information (Continue)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	15	30.00	8	16.00
10,001-20,000 บาท	17	34.00	20	40.00
20,001-30,000 บาท	10	20.00	14	28.00
30,001-40,000 บาท	6	12.00	2	4.00
40,001-50,000 บาท	2	4.00	0	0.00
มากกว่า 50,000 บาท	0	0.00	6	12.00
mean±SD	20,540.00±11,981.63		26,389.00±19,856.64	
min-max	3,000-50,000		5,000-100,000	
ลักษณะการอยู่อาศัย				
บ้านเดี่ยว	32	64.00	30	60.00
ตึกแถว	10	20.00	7	14.00
บ้านเช่า/ห้องเช่า	2	4.00	8	16.00
บ้านพักราชการ	6	12.00	5	10.00
จำนวนสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว				
2 คน	1	2.00	1	2.00
3 คน	11	22.00	18	36.00
4 คน	14	28.00	15	30.00
5 คน	6	12.00	6	12.00
มากกว่า 5 คน	18	36.00	10	20.00
mean±SD	4.90±1.75		4.44±1.83	
min-max	2-10		2-9	
ประสบการณ์การดูแลเด็กอายุ 2-3 ปี				
เคย	40	80.00	42	84.00
ไม่เคย	10	20.00	8	16.00
ความสัมพันธ์เกี่ยวกับเด็ก				
พ่อแม่	34	68.00	38	76.00
ปู่ ย่า/ตายาย	13	26.00	8	16.00
ลุงป้า/น้าอา	3	6.00	2	4.00
อื่น ๆ (พี่)	0	0.00	2	4.00

ผลก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ไม่มีความแตกต่างกัน แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปาก กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

Table 2 Comparison of the mean scores of promoting hand, foot and mouth disease prevention behaviors within the experimental and comparison groups before and after the experiment.

การส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าปาก	กลุ่มทดลอง (n=50)		p-value	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)		p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	
ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก			<0.001 ^b			0.794 ^b
mean±SD	6.26±1.24	8.06±1.81		6.68±1.69	6.84±1.49	
min-max	3-9	4-10		1-9	4-9	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก			0.009 ^b			0.120 ^b
mean±SD	40.84±5.83	43.96±6.47		36.20±6.81	37.66±6.43	
min-max	18-50	26-50		18-47	27-50	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก			<0.001 ^b			0.105 ^b
mean±SD	38.98±4.86	43.80±6.73		37.72±6.18	39.54±6.79	
min-max	29-50	27-50		26-49	26-50	
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคมือเท้าปาก			<0.001 ^a			0.151 ^b
mean±SD	37.10±5.34	43.30±7.18		36.54±4.87	37.66±5.27	
min-max	27-50	28-50		28-46	29-50	
ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าปาก			<0.001 ^b			0.154 ^b
mean±SD	41.68±4.35	46.10±5.08		40.90±6.51	42.20±5.81	
min-max	34-50	34-50		25-50	28-50	
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก			0.002			0.008 ^a
mean±SD	41.40±5.19	44.48±6.78		38.28±6.97	40.96±7.46	
min-max	25-50	25-50		21-50	19-50	

หมายเหตุ : ^a ใช้สถิติ Paired Samples t-test , ^b ใช้สถิติ Wilcoxon signed Ranks test, $p < 0.05$

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความสามารถตนเองในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่า $p = 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.002$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p = 0.005$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

Table 3 Comparison of the mean scores for promoting hand, foot and mouth disease prevention behavior between the experimental and control groups after the experiment.

การส่งเสริมพฤติกรรม		Mean					
การป้องกันโรคมือเท้าปาก	กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	min-max	difference	z	p-value*
ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก					1.22	-3.472	0.001
กลุ่มทดลอง	8.06	1.81	4-10				
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.84	1.49	4-9				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือเท้าปาก					6.30	-4.540	<0.001
กลุ่มทดลอง	43.96	6.47	26-50				
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.66	6.43	27-50				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าปาก					4.26	-3.092	0.002
กลุ่มทดลอง	43.80	6.73	27-50				
กลุ่มเปรียบเทียบ	39.54	6.79	26-50				
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก					5.64	-4.003	<0.001
กลุ่มทดลอง	43.30	7.18	28-50				
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.66	5.27	29-50				
ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก					3.90	-3.805	<0.001
กลุ่มทดลอง	46.10	5.08	34-50				
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.20	5.81	28-50				
พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก					3.52	-2.833	0.005
กลุ่มทดลอง	44.48	6.78	25-50				
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.96	7.46	19-50				

หมายเหตุ: *ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

วิจารณ์

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากได้ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ และการใช้สื่อคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ และการป้องกันโรคมือเท้าปากได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค เมื่อผู้ปกครองได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทำให้เกิดการ

ประเมินภัยคุกคาม (threat appraisal) ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและลูกของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ขณะเดียวกันก็เกิดการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) โดยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (self-efficacy) และรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะสามารถป้องกันโรคได้จริง ซึ่งกระบวนการรับรู้เหล่านี้จะนำไปสู่แรงจูงใจในการป้องกันโรค และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม การใช้กลวิธีที่หลากหลายทั้งการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการใช้ตัวแบบ จึงช่วยเสริมทั้งความรู้และความมั่นใจในความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคมือเท้าปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากเท่ากับ 44.48 คะแนน (SD=6.78) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.96 คะแนน (SD=7.46) ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าค่าคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน นอกจากนี้ภายหลังการทดลอง ส่วนของความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.06 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.84 คะแนน โดยพบว่าค่าคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 คะแนน สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 6.30, 4.26, 5.64 และ 3.90 คะแนนตามลำดับ และทั้งหมดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากได้จัดกิจกรรมให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติทักษะการป้องกันโรค การติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคผ่านแบบบันทึกพฤติกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรม นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติ

ทักษะการป้องกันโรค การใช้ตัวแบบ การติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคผ่านแบบบันทึกพฤติกรรม และการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ยังช่วยให้ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง⁽⁸⁾ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การประเมินการคุกคามและการประเมินการเผชิญปัญหาจะนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค⁽¹⁷⁾ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณรัตน์ เป็นสุข และพรรณี บัญชรหัตถกิจ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากในผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรภาณุ ศรีเดช ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะการป้องกันโรคมือเท้าปากแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น⁽¹¹⁾ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานด้านความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคผ่านการประเมินการคุกคาม (threat appraisal) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก การฝึกปฏิบัติทักษะการป้องกันโรค การใช้ตัวแบบ และการติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรค ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งไม่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากอย่างเป็นระบบ

สำหรับการสร้างความมั่นใจว่าผู้ปกครองในกลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะในลักษณะมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามผลด้วยช่องทางออนไลน์ (LINE application) และให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล การกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปกครอง ช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการที่กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในโปรแกรมได้ และการเลือกใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มอาจไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนทั้งหมดได้ สำหรับการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (contamination) ผู้วิจัยได้เลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้งอยู่คนละพื้นที่มีระยะห่างทางภูมิศาสตร์ และอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ กิจกรรมของทั้งสองกลุ่มดำเนินการในวันและเวลาที่แตกต่างกัน แม้ว่าการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการในการวิจัยนี้ เช่น อคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) ผู้วิจัยได้ลดผลกระทบของอคตินี้โดยการสุ่มแบบง่ายจากกลุ่มผู้ปกครองที่เข้าเกณฑ์ ซึ่งพบว่ามีผลคล้ายคลึงกันในคุณลักษณะสำคัญส่วนใหญ่ ยกเว้นในด้านระดับการศึกษาและอาชีพที่พบความแตกต่าง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ได้ และการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองอาจนำไปสู่อคติ

ในการรายงานข้อมูล (information bias หรือ social desirability bias) ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามแบบไม่ระบุชื่อ (anonymous) สร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูล และเน้นความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม และในอนาคตอาจพิจารณาการใช้แนวทางต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสังเกตพฤติกรรม (observation) หรือการสอบถามข้อมูลจากหลายแหล่ง (triangulation) เพื่อยืนยันข้อมูล เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองข้อมูลที่ได้อาจได้รับอคติจากการตอบหรือการเข้าใจคำถามต่างกันระหว่างผู้ตอบ ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่สะท้อนความเป็นจริงทั้งหมด ถ้าใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจะช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศนคติ ประสบการณ์ หรือการรับรู้ของผู้เข้าร่วมได้อย่างละเอียดยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมที่มีเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว รวมถึงการติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้น จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและการเกิดโรคมือเท้าปากในอนาคต

สรุป

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากในการศึกษานี้เกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การให้ความรู้ผ่านการบรรยาย การชมคลิปวิดีโอ การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบและสื่อออนไลน์ที่เหมาะสม รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคในระยะยาวได้ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่นในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมจึงมีความ

สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาโปรแกรมในอนาคต ซึ่งอาจนำไปสู่การขยายผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างยั่งยืนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Hand, Foot and Mouth Disease (HFM) [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2024 [cited 2024 Mar 22]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11 (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the management of hand, foot and mouth disease and enterovirus 71 infection for medical and public health personnel. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2007. p. 10–18. (in Thai)
3. Division of Epidemiology, Department of Disease Control (TH). HFM from disease surveillance report 506 [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 22]. Available from: <http://doe1.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=71> (in Thai)
4. Epidemiology and Public Health Emergency Response Group, Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi. Hand, Foot and Mouth Disease [Internet]. Saraburi: Office of Disease Prevention and Control 4; 2024 [cited 2024 Mar 22]. Available from: http://lookerstudio.google.com/reporting/5305d6a2-941a-4b58-8e4e-9ef7bb7ba20d/page/p_pf3wd640uc?feature=opengraph (in Thai)
5. Liao Q, Lam WWT, Cowling BJ, Fielding R. Parental perspectives on hand, foot, and mouth disease among children in Hong Kong: a longitudinal study. *Epidemiol Infect.* 2018;146(3):324–32.
6. Liu J, Wang H, Luo H, Fu J, Luo L, Zhang Z. Knowledge, attitudes, and practices status among caregivers of infants and toddlers towards hand, foot and mouth disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2024;24:3339.
7. Liu Y, Wang X, Liu Y, Sun D, Ding S, Zhang B, et al. Detecting spatial-temporal clusters of HFMD from 2007 to 2011 in Shandong Province, China. *PLoS One.* [Internet]. 2013 [cited 2024 Mar 22]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063447>
8. Shahar S, Shahar HK, Muthiah SG, Mani KKC. Evaluating Health Education Module on Hand, Foot, and Mouth Diseases Among Preschoolers in Malacca, Malaysia. *Front Public Health.* 2022;10:811782.
9. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol.* 1975;91(1):93–114.
10. Faengphong N, Junprasert S, Rattanaagreeethakul S. Effects of Health Belief Development Program Among Parents on Perceptions and Hand-Foot-Mouth Disease Preventive Behaviors for Preschool-Aged Children in Child Development Center. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2020;28(3):113–25. (in Thai)
11. Sridet J, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikultang S. Effects of Hand Foot Mouth Preventive Behavior Program Through Online Media for Parents of Preschool Children, Chiang Rai Province. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health.* 2023;46(3):38–49. (in Thai)

12. Pensuk P, Banchonhattakit P. Effects of Behavioral Modification for Hand Foot Mouth Disease Prevention among Parents of Pre-school Children in Child Development Center, Ban Kruat Disdriect, Burirum Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2013;8(1):80-93. (in Thai)
13. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbery: Thomson Learning; 2000.
14. Noimor A, Kasatpiba N, Chitreecheur J. Effect of Protection Motivational Enhancement on Parents' Behaviors in Preventing Acute Respiratory Tract Infections of Children. Nursing Journal CMU. 2019;46(1):137-48.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Eleventh edition. Wolters Kluwer, 2021.
16. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
17. Milne S, Sheeran P, Orbell S. Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. Journal of applied social psychology. 2000;30(1):106-43.