

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กเล็กเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งควรจะเติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต แต่การที่เด็กเล็กเหล่านั้นจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพได้นั้น ต้องมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และมีสังคมที่ดี นั่นก็คือ การมีความสุขที่ดีในตนเอง สุขภาพที่ดีจึงเป็นเป้าหมายของชีวิตและสังคม (ประเวศ วะสี, 2536: 53) เป็นปัจจัยพื้นฐานแห่งชีวิต เป็นสิ่งสำคัญสูงสุดที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาและคาดหวังให้ตนเองมีความสุขที่ดี โดยมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2536: 11) มิได้หมายถึงแต่เพียงภาวะที่ปราศจากโรค หรืออาการทุพพลภาพเท่านั้น (WHO, 1998: 39) การที่บุคคลใดจะมีความสุขดีนั้น จึงเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรม สังคมสิ่งแวดล้อม การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นแบบแผนการดำรงชีวิตที่จะนำไปสู่การมีความสุขที่ดี ส่งผลให้มีการดำรงชีวิตอย่างสมบูรณ์พูนสุขตลอดชีวิตได้ยืนยาว (สุชาติ โสมประยูร, 2542: 1) แต่โดยทั่วไปจะพบว่าเด็กและเยาวชน จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ความเจ็บป่วย ความบกพร่อง และความพิการของอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่มักพบได้สำหรับเด็กในวัยนี้ (วราภรณ์ ศิริสว่าง, 2541: 169) ในเด็กกลุ่มอายุ 3-14 ปีจะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (วราภรณ์ ศิริสว่าง, 2541: 170) สำหรับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในเด็กกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง(Diarrhea) โรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) โรคมือเท้าและปาก (Hand Foot and Mouth Disease; HFMD)

สำหรับโรคมือเท้าและปาก นับว่าเป็นโรคติดต่อที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง โดยมีรายงานเป็นครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ.2512 ค้นพบโดย Schmidt NJ al, Lennette และ Ho โดยการแยกเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 (Enterovirus 71) จากผู้ป่วยจำนวน 20 ราย จากรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ป่วยเป็นเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (Meningoencephalitis) และแผลในคอหอย

(Herpangina; HA) พบว่ามีเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 รวมทั้งมีตุ่มใสบริเวณมือเท้าและปากของผู้ป่วย (ศรีพรหม กาสกุล, 2544: 3)

สำหรับการรายงานโรคมือเท้าและปาก จากที่ต่างๆ ทั่วโลก เป็นการระบาดใหญ่และกว้างขวาง 5 ครั้งทั่วโลกดังนี้ (ศรีพรหม กาสกุล, 2544: 4)

1. พ.ศ. 2516 ที่ประเทศบัลแกเรีย มีผู้ป่วยอาการสมองอักเสบและอาการคล้ายโรคโปลิโอ จำนวน 705 ราย เสียชีวิต 44 ราย จากภาวะสมองอักเสบ(bulbar encephalitis) ในเด็กเล็ก

2. พ.ศ. 2521 ที่ประเทศฮังการี มีผู้ป่วยโรคสมองอักเสบและอาการคล้ายโรคโปลิโอ จำนวน 686 ราย และเพียง 44 ราย(ร้อยละ 6.4)ที่สามารถแยกเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ได้ ส่วนผู้ป่วยที่เหลือวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ โดยตรวจพบความจำเพาะต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโรในเลือด

3. พ.ศ.2540 ที่ประเทศมาเลเซีย มีผู้ป่วยเด็กเป็นโรคมือเท้าปาก 2,628 ราย เสียชีวิต 29 ราย ซึ่งมีอาการสมองอักเสบ ร่วมกับภาวะปอดบวมน้ำและมีเลือดออก (pulmonary edema and haemorrhage)

4. พ.ศ.2541 ที่ประเทศไต้หวัน มีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าปากและแผลในคอหอย ช่วง 2 ช่วงเวลาดังนี้ คือช่วงแรกเกิดขึ้นระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ.2541 และช่วงที่ 2 เกิดขึ้นระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2541 จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 129,106 ราย ซึ่งรายงานมาจากแพทย์ประมาณร้อยละ 8.7 ของประเทศ ดังนั้นถ้าคำนวณทั้งประเทศแล้วน่าจะมีผู้ป่วยโรคมือเท้าและปากหรือแผลในคอหอย จำนวนประมาณ 1,487,977 ราย โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 78 ราย จากภาวะปอดบวมน้ำและสมองอักเสบ ผลจากการแยกเชื้อในผู้ป่วยพบเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ประมาณร้อยละ 65 และเชื้อไวรัสคอกซากิ เอ 16 (coxsackie A16) ร้อยละ 31 นอกนั้นเป็นไวรัสเอนเทอโรอื่นๆ

5. พ.ศ.2543 ที่ประเทศสิงคโปร์ มีผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมือเท้าและปาก จำนวน 408 ราย และมีเด็กเล็กเสียชีวิต จำนวน 4 ราย (2 รายในเดือนกันยายน และอีก 2 รายในเดือนตุลาคม 2543) เป็นเด็กหญิงอายุ 14 เดือน และเด็กอีก 3 คน อายุประมาณ 2 ปี ในสิงคโปร์ที่ผ่านมา ในปี 2540 มีรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 26 ราย ปี 2541 มีรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 27 ราย แต่การระบาดปี 2543 มีจำนวนรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยสัปดาห์ละ 58 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมากผิดปกติ

สำหรับในประเทศไทย ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร ทางห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2541 โดยสำนักโรคระบาดวิทยาทำการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งในระยะแรกเป็นการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ใน 14 โรงพยาบาลและขยายเป็นการเฝ้าระวังทั่วประเทศใน พ.ศ.2544 เป็นต้นมา (กรมควบคุมโรค, 2544: 4)

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2541 มีการระบาดของโรคที่จังหวัดสุโขทัย จากการแยกเชื้อพบเชื้อไวรัสเอกโค (echovirus) type 3 และ 33 อย่างละ 1 ราย พบผลบวกต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ทางน้ำเหลือง 2 ราย ในเด็กอายุ 1 ปี และ 3 ปี ซึ่งมีอาการรุนแรงและไม่มีเสียชีวิต

พ.ศ.2542 มีรายงานโรค 290 ราย เสียชีวิต 1 ราย การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการพบผลบวกต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ทางน้ำเหลือง 3 ราย เป็นผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร มีอาการของโรคมือเท้าและปาก ไม่มีอาการแทรกซ้อนระบบอื่น

พ.ศ.2543 มีรายงานโรค 133 ราย ไม่มีเสียชีวิต การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจแยกเชื้อ พบเชื้อไวรัสเอกโค 4 ราย และผลบวกต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโร ทางน้ำเหลือง 10 ราย ผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 มีอายุดำสุด 5 วัน สูงสุด 46 ปี มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร 5 ราย พระนครศรีอยุธยา 2 ราย และนนทบุรี สมุทรสาคร กำแพงเพชร จังหวัดละ 1 ราย

พ.ศ.2544 มีผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก จำนวน 1,434 ราย ไม่มีเสียชีวิต มีตัวอย่างส่งตรวจวินิจฉัย จำนวน 348 ราย เป็นตัวอย่างแยกเชื้อ 316 ตัวอย่าง และตรวจวินิจฉัยทางน้ำเหลือง 475 ตัวอย่าง พบผลบวกจากการแยกเชื้อ และตรวจทางน้ำเหลือง 27 และ 24 ตัวอย่าง ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2544: 5)

พ.ศ.2545 มีผู้ป่วยทั้งหมด 3,533 ราย แบ่งเป็นภาคเหนือ 999 ราย ภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) 1,947 ราย ภาคอีสาน 433 ราย และภาคใต้ 154 ราย โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก มีผู้ป่วย 1,324 ราย เสียชีวิต 1 ราย เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 3 เท่า และแนวโน้มของโรคเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่กุมภาพันธ์ ผลการตรวจตัวอย่างผู้ป่วย 249 ราย ให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 29 ราย ไม่พบรายงานอาการรุนแรงในผู้ป่วย และมีรายงานการระบาดในโรงเรียนอนุบาลบางแห่ง และในสถานเลี้ยงเด็กหลายแห่งในกรุงเทพมหานคร และในบางจังหวัด (กรมควบคุมโรค, 2545: 10)

สถานการณ์ในปี พ.ศ.2546 มีรายงานโรค จำนวน 1,218 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.94 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตรามรณะ 0.002 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.1 โดยสามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยพบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนกันยายน-ธันวาคม พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนธันวาคม จำนวน 314 ราย พบผู้ป่วยในเดือนเมษายน จำนวน 12 ราย ถ้าจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 1-2 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 56.40 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 2-3 ปี มีอัตราป่วย 37.76 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุ 0-1 ปี มีอัตราป่วย 20.80 ต่อแสนประชากร ส่วนกลุ่มอายุมากกว่า 9 ปี มีอัตราป่วยเพียง 0.10 ต่อแสนประชากร (สำนักระบาดวิทยา, 2546: 4)

สถานการณ์ในปี พ.ศ.2547-2548 มีรายงานโรครวมทั้งหมด จำนวน 1,218 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.94 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตรามรณะ 0.002 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.1 โดยสามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยพบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนกันยายน-

ธันวาคม พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนธันวาคม จำนวน 314 ราย พบผู้ป่วยในเดือนเมษายน จำนวน 12 ราย ถ้าจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 1-2 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 56.40 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 2-3 ปี มีอัตราป่วย 37.76 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุ 0-1 ปี มีอัตราป่วย 20.80 ต่อแสนประชากร ส่วนกลุ่มอายุมากกว่า 9 ปี มีอัตราป่วยเพียง 0.10 ต่อแสนประชากร (สำนักระบาดวิทยา, 2548: 4)

สถานการณ์ระดับประเทศ ในปี พ.ศ.2549 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม เป็นต้นมา มีรายงานโรค จำนวน 1,360 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.94 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 14 ราย คิดเป็นอัตรายตาย 0.002 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.1 โดยสามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยพบผู้ป่วยมากในช่วงเดือนกันยายน-ธันวาคม พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนธันวาคม จำนวน 314 ราย พบผู้ป่วยในเดือนเมษายน จำนวน 12 ราย ถ้าจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 1-2 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 56.40 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 2-3 ปี มีอัตราป่วย 37.76 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุ 0-1 ปี มีอัตราป่วย 20.80 ต่อแสนประชากร(สำนักระบาดวิทยา, 2549: 12)

สำหรับจังหวัดลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2548 - 10 กันยายน พ.ศ.2549 พบผู้ป่วยทั้งหมด 43 ราย โดยพบผู้ป่วยสูงสุดที่อำเภอแม่ทา จำนวนทั้งหมด 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 54.56 ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบกับแนวโน้มของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง(พ.ศ.2543-2547) พบว่ามีการผิดปกติของการเกิดโรค เพราะมีแนวโน้มสูงกว่ามัธยฐาน(Median) รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2548 สูงกว่าค่าดัชนี Mean+2SD ที่บ่งบอกได้ว่าการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในพื้นที่อำเภอแม่ทา ตั้งแต่ต้นปีเป็นต้นมา โดยแบ่งเป็น เพศชาย 10 ราย เพศหญิง 12 ราย ทั้งหมดเป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีอายุระหว่าง 10 เดือนถึง 4 ปี จากการสอบสวนโรคของทีมระบาดวิทยาเคลื่อนที่เร็วอำเภอแม่ทา พบว่า แหล่งรังโรค เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 4 แห่ง กระจายใน 3 ตำบล จากทั้งหมด 6 ตำบลของอำเภอแม่ทา โดยพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนพฤษภาคม จำนวน 8 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2548: 6)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นสถานที่สำคัญและจำเป็นสำหรับสังคมไทยในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน จากการสำรวจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปี 2539-2540 พบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 37.3 ได้รับการเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงกลางวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน รวมทั้งเป็นสถานที่ซึ่งรับช่วงต่อจากบ้านที่จะดูแลเด็กปฐมวัยให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่สมวัยอย่างต่อเนื่อง การจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย น่าอยู่อาศัย ส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เช่น ให้ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ทิ้งขยะในที่รองรับ รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด เป็นต้น นับว่ามีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เด็กไทยมีสุขภาพดี และได้รับการดูแล โดยผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ครู ผู้ดูแลเด็ก พี่เลี้ยงเด็ก ถือว่าเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด



ในช่วงที่เด็กอยู่ในศูนย์ และเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กมากที่สุด

จากการศึกษาของศรีพรหม กาสกุล(2544) และ ศรีสองงค์ บุญพระ และคณะ(2546) ได้ทำการสอบสวนการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่งในอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน และอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ตามลำดับ พบว่าลักษณะการกระจายของโรคในเด็กที่ป่วยเป็นแบบแหล่งโรคร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นการพัฒนาให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพัฒนาการสมวัย ปราศจากโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้เรื่องโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคเบื้องต้น และความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมโดยใช้กลวิธีทางสุขศึกษาหลายรูปแบบ เพื่อประชาสัมพันธ์ในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่โรคนี้อีกก็ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งอำเภอ ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน” โดยจะนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าและปากอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจนสามารถลดอัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลงได้ต่อไป.

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน
3. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในเรื่อง โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน แยกรายด้าน

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าและปากและศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ครู ผู้ดูแลเด็ก พี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 24 แห่ง ใน 6 ตำบลของอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ที่ได้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2548 เป็นต้นมา โดยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

**พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปาก** หมายถึง การประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ในที่นี้ คือ การกระทำใดๆ ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคมือเท้าและปากในเด็กเล็กที่ได้ทำการดูแล

**ผู้ดูแลเด็ก** หมายถึง ครู ผู้ดูแลเด็ก หรือพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 24 แห่ง ใน 6 ตำบลของอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน จำนวน 43 คน

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม** หมายถึง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

**ปัจจัยนำ** หมายถึง ปัจจัยที่จูงใจและทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในผู้ดูแลเด็ก ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ปัจจัยทางด้านประชากร และระดับความรู้ในเรื่อง โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็ก

**ปัจจัยเอื้อ** หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้แรงจูงใจ ความตั้งใจเป็นความจริงขึ้นมา ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ระยะเวลาการทำงานเป็นผู้ดูแลเด็ก การได้รับการอบรมความรู้ การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็ก การมีเครื่องมือในการทำมาสะอาดครบถ้วน การมีผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการฆ่าเชื้อโรค และการศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งอื่นของผู้ดูแลเด็ก

**ปัจจัยเสริม** หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเกิดจากได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นหรือไม่เพียงใด ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การได้รับการสนับสนุนนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรชุมชน ผู้ปกครองเด็ก และองค์กรส่วนท้องถิ่น และคำตอบแทนในการทำงานเป็นผู้ดูแลเด็ก