

## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกัน โรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน มีทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรม
2. พฤติกรรมสุขภาพ
3. รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ
4. พฤติกรรมการป้องกันโรค
5. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
6. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก
7. การป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก
8. การจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็กน่าน้อยุ่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
9. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็ก
10. มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่าน้อยุ่
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. พฤติกรรม

ราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม ว่าหมายถึง การกระทำหรืออาการ ที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึกต่อสิ่งเร้า (2525: 583-584)

กรีน และคณะ (Green and other, 1983 cited in Carole Edelman and Carol Lynn Mandel, 1986: 97) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติที่มีความเฉพาะเกิดขึ้นเป็นประจำ ตามระยะเวลา และเป้าหมาย ไม่ว่าจะรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

พฤติกรรมของมนุษย์จึงหมายถึงกิจกรรมหรือปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออก ทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว สถานการณ์ขณะนั้น

และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981: 11; มัลลิกา มัติโก, 2534: 4; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527: 98) พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็น วัดได้ และสังเกตได้ (Explicit behavior) พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน (Implicit behavior) เป็นกิจกรรมภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็น รูปธรรมและนามธรรม พฤติกรรมภายในไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้

สมจิต สุพรรณทัศน์ (2527 อ้างใน อ่ำไพ ชนะกอก และยวรงค์ เขาวพานนท์, 2535: 30) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรม ไว้ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกายเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น
2. เมื่อมีสิ่งเร้าที่เหมาะสมมากระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา
3. บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไร ย่อมขึ้นอยู่กับอารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลนั้น
4. ความรู้ ความเข้าใจ และความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น
5. พฤติกรรมเกิดขึ้นจากแรงจูงใจต่างๆ เช่น ความต้องการความสำเร็จ

องค์ประกอบของพฤติกรรม(Benjamin S. Bloom อ้างใน จำนง อิมสมบูรณ์ : 6-7, มปป.)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Behavior) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถ ระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากรู้ระดับต่างๆ และเพิ่มการใช้ความคิดพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับขั้น ดังนี้ คือ

- 1.1 ความรู้ (Knowledge)
- 1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)
- 1.3 การประยุกต์หรือนำความรู้ไปใช้ (Application)
- 1.4 การวิเคราะห์ (Analysis)
- 1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis)
- 1.6 การประเมิน (Evaluation)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ(Affective Behavior) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ/ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติ แบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้

- 2.1 การรับรู้ (Receiving)
- 2.2 การตอบสนอง (Responding)

2.3 การให้ค่า (Valuing)

2.4 การจัดระเบียบ (Organization)

2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value)

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Behavior) พฤติกรรมด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ตามมา คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการสุศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ ทางด้านพุทธิปัญญา และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้ถ้าแสดงออกมาสามารถประเมินได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน

## 2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ ในที่สุด (พิสมัย จันทวิพล, 2541: 18)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) คือ การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค และค้นหาโรคในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีอาการ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น (ชนวรรณ อัมสมบูรณ์, 2532: 9-12)

## 3. รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2542)

กรีน (Green) และคณะ (1980) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE MODEL ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้ในการวางแผนสุศึกษา ส่วนหนึ่งของแบบจำลองคือส่วนการวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) จะเป็นส่วนที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Green และคณะ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ซึ่ง Green และคณะ กล่าวว่าปัจจัยเหล่านี้เหมาะสมที่จะใช้เป็นตัวกำหนด (Determinants) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากโครงการสุศึกษา ส่วนประกอบของปัจจัยทั้งสาม มีดังนี้

1. **ปัจจัยนำหรือปัจจัยหลัก** ประกอบด้วยความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ และปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่มุ่งใจและให้เหตุผลเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลต่อการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อสุขภาพ(Health Belief Model) ของ Becker

ค่านิยม หมายถึง การให้ความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ ก็เป็นสิ่งที่ควรจะนำมาวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่บุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่เป็นผลดีและผลเสียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. **ปัจจัยเสริม** เป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมของบุคคลยืนยาวต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจะเกี่ยวกับการให้รางวัล การจูงใจ หรือการทำโทษ ซึ่งจะเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติและพฤติกรรมของเพื่อน พ่อแม่ นายจ้าง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3. **ปัจจัยเอื้อ** ปัจจัยในกลุ่มนี้จะเป็นปัจจัยที่ทำให้แรงจูงใจ ความตั้งใจเป็นความจริงขึ้นมา ได้แก่ ทรัพยากรต่างๆ บริการ ทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทักษะของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆของบุคคลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้อ ดังนั้นในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาเพียงปัจจัยเดียว นอกจากนี้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลยังสามารถอธิบายได้จากแบบจำลอง "ได้แก่"

**แบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker** (อ้างใน Green 1980 หน้า 72) ซึ่งบอกว่า พฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านความเจ็บปวด ทรมาน การเสียเวลา และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวเสร็จจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

**แบบจำลองเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพ (Health Action Model)** แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองนี้เป็นทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ในการวิจัยปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ แรงขับ (drive) และแรงผลักดันในสังคม รวมทั้งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร นอกจากนี้แบบจำลองยังอธิบายถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร และทักษะส่วนบุคคลที่จะช่วยให้ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพ

#### 4. พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรค โดยการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง อันได้แก่ การปฏิบัติตามสุขอนามัยส่วนบุคคล การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่รถยนต์ หรือการรับวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมทุกชนิดดังกล่าว อาจเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ ก็ได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532: 164)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532: 169) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค(Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย(Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย หรืออยู่ในสภาวะที่มีอาการผิดปกติ

บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทั้ง 2 ประเภทนี้ แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ ความรู้ ประสบการณ์ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ

ชนวนทอง สื่อสุวรรณ (2530: 32 - 34) กล่าวว่า การได้รับคำแนะนำและการกระตุ้นเตือน มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล เช่น การได้รับการกระตุ้นเตือน การประชาสัมพันธ์สื่อทาง วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือการติดต่อพูดคุยระหว่างบุคคล และการได้รับคำแนะนำ คำเตือน ต่างๆ เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534: 201) กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรม ที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยความรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคล

## 5. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2546: 147-148) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ ทางอาหารและน้ำ เป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทแรก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วย เป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ และพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อทาง อาหารและน้ำ

ประเภทที่สอง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หรือเหมาะสมที่ทำให้บุคคลไม่เป็น โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ บุคคลที่เจ็บป่วยแล้วไปรับการค้นหาและรับการรักษาอย่างถูกต้อง โดยที่โรคไม่แพร่กระจายออกไปยังบุคคลอื่น

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 2 ประเภทนี้ สามารถจำแนกตามหลักการระบาดวิทยา ได้เป็น 3 กลุ่มพฤติกรรมด้วยกัน คือ

พฤติกรรมกลุ่มแรก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการป้องกันโรคหรือการป้องกันการ เจ็บป่วยด้วยโรค (Preventive Health Behavior) ซึ่งถ้าหากบุคคลไม่มีพฤติกรรมสุขภาพในด้าน ดังกล่าวหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางอาหารและน้ำได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพด้านนี้ที่ดีพอก็ป้องกันมิให้บุคคลนั้นเองหรือบุคคล อื่นป่วยเป็นโรคได้

พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มที่สอง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการแสวงหาการตรวจรักษา โรคที่ถูกต้องตั้งแต่เนิ่นๆ เมื่อรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือเมื่อมีอาการของ โรคที่รับรู้ได้ (Early Case Detection) ซึ่งเรียกรวมๆ ว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (Illness and Health Care Seeking Behavior) ในกรณีนี้บุคคลมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษา พยาบาลที่ถูกต้อง ก็จะได้รับ การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องตั้งแต่เนิ่นๆ และได้รับการรักษาโดยรวดเร็ว

ซึ่งจะมีผลให้โรคไม่รุนแรง รักษาให้หายได้โดยง่าย และโรคไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่เนิ่นๆ และไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของโรค ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือยากต่อการรักษา และโอกาสที่โรคจะแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มที่สาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการควบคุมโรคในชุมชน ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในแต่ละชุมชน โดยที่บุคคลและครอบครัวต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการควบคุมโรคอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และยั่งยืน (Participatory Health Behavior) ถ้าชุมชนมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมที่ดีพอ โรคก็จะไม่แพร่กระจายออกไป ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาได้ครอบคลุม แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าชุมชนขาดพฤติกรรมมีส่วนร่วมก็จะทำให้โรคแพร่กระจายออกไปและการควบคุมโรคทำได้ยากมาก

## 6. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า และปาก (Hand Foot and Mouth disease; HFMD)

### 6.1 เชื้อไวรัสเอนเทอโร (Enteroviruses)

เชื้อไวรัสเอนเทอโร เป็นไวรัสขนาดเล็กชนิด RNA จัดอยู่ใน Family picornaviridae เชื้อไวรัสกลุ่มนี้ประกอบด้วย

6.1.1 เชื้อไวรัสโพลิโอ (Poliovirus type 1, 2, 3) พบครั้งแรกปี พ.ศ. 2451

6.1.2 เชื้อไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackievirus) พบครั้งแรกปี 2491 มี 30 ซีโรไทป์

1) เชื้อไวรัสค็อกแซกกี เอ type 1 - 24

2) เชื้อไวรัสค็อกแซกกี บี type 1 - 6

6.1.3 เชื้อไวรัสเอกโค (Echoviruses) type 1 - 34

6.1.4 เชื้อไวรัสเอนเทอโร (Enteroviruses) พบครั้งแรกปี 2512 มี 5 serotype

1) เชื้อเอนเทอโรไวรัส type 68, 69, 70 และ 71

2) เชื้อเอนเทอโรไวรัส type 72 (Hepatitis A)

เชื้อไวรัสเอนเทอโร เป็นกลุ่มไวรัสที่มี RNA สายเดี่ยว ขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 20-30 นาโนเมตร ไม่มีเยื่อหุ้ม ทำให้ทนต่อสารละลายไขมัน เช่น แอลกอฮอล์และอีเทอร์ เป็นต้น เชื้อไวรัสจะเพิ่มปริมาณที่บริเวณลำคอในสัปดาห์แรกของการติดเชื้อ ระยะต่อมาจึงเพิ่มจำนวนในลำไส้ (gut mucosa) มีการติดต่อกันจากคนสู่คนโดยสัมผัสรับเชื้อทางปาก พบว่า เด็กและเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรค โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีรายงานการป่วยสูงสุด ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร จะมีภูมิคุ้มกันนานตลอดชีวิต และโดยทั่วไปจะไม่แสดงอาการป่วย (inapparent

infection) หรือบางรายอาจพบอาการเพียงเล็กน้อย (mild illness) เท่านั้น เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อย เป็นต้น ซึ่งอาจมีอาการดังกล่าว 3-5 วัน แล้วหายเองได้ แต่บางรายจะมีอาการรุนแรงตามชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อพบมีอาการได้ 1 รายใน 100 ราย ถึง 1 รายใน 1,000 รายของผู้ติดเชื้อ

## 6.2 กลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร

เชื้อในกลุ่มนี้ก่อให้เกิดอาการได้หลายรูปแบบ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย แต่ในเด็กเล็กบางราย อาการอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งพบได้น้อย

### กลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่

- มีไข้ร่วมกับอาการไม่เฉพาะและไม่รุนแรง
- ไข้ร่วมกับผื่น
- โรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ระบบหายใจส่วนบน
- ตุ่มพองและแผลในคอ
- มีตุ่มใสขึ้นบริเวณมือ เท้า และปาก
- ตาแดงและอักเสบ ติดต่อกันได้ง่าย

### กลุ่มอาการที่พบบ่อยได้น้อย ได้แก่

- ไข้ร่วมกับเจ็บกล้ามเนื้อหน้าอกและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Pleurodynia)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Aseptic meningitis)
- สมองอักเสบ (Encephalitis)
- อัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก (Acute flaccid paralysis)
- กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myopericarditis)

เชื้อไวรัสเอนเทอโรแต่ละชนิด ก่อให้เกิดกลุ่มอาการเฉพาะ เช่น เชื้อไวรัสค็อกแซกกี บี ก่อให้เกิดอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ส่วน เชื้อไวรัสค็อกแซกกี เอ หรือ เชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 พบในกลุ่มอาการมือ เท้า และปาก เชื้อไวรัสเอกโค ส่วนใหญ่ทำให้เกิดผื่นจุดแดงตามผิวหนัง และเชื้อไวรัสเอนเทอโร 70 เป็นสาเหตุของโรคตาแดง ที่ติดต่อกันได้ง่าย

## 6.3 โรคมือเท้าและปาก

เป็นกลุ่มอาการหนึ่งของโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร เกิดจากเชื้อไวรัสหลายชนิด ได้แก่ เชื้อไวรัสค็อกแซกกี เอ16 บางครั้งเป็นเชื้อไวรัสค็อกแซกกี เอ สายพันธุ์อื่นๆ และเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 โรคนี้พบบ่อยในเด็กทารกและเด็กเล็กในเขตร้อนชื้น โรคเกิดได้ตลอดปี ไม่มีฤดูกาลเกิดโรคที่ชัดเจน อาจพบผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงฤดูฝนและช่วงที่อากาศเย็นและชื้น ในเขตนานวมักพบในช่วงฤดูร้อนและต้นฤดูใบไม้ร่วง



### 6.3.1 การติดต่อของโรค

ติดต่อโดยการสัมผัสโดยตรงกับน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระหรือน้ำในตุ่มพองหรือแผลของผู้ป่วยซึ่งมีเชื้ออยู่ การแพร่เชื้อเกิดขึ้นได้ค่อนข้างง่ายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วย และเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ระบาดโดยทางเดินหายใจ ไอ จามรดใส่กัน กลุ่มเสี่ยงได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าคนในกลุ่มอายุอื่น เด็กอ่อนและเด็กเล็กมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่ ในพื้นที่ที่มีโรคนี้เกิดเป็นประจำมักมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคนี้

### 6.3.2 ระยะฟักตัวของโรค

โดยทั่วไปมักเริ่มพบอาการป่วยภายใน 3-6 วันหลังได้รับเชื้อ

### 6.3.3 ระยะติดต่อ

ติดต่อตลอดระยะที่พบเชื้อในอุจจาระซึ่งอาจพบเชื้อได้หลายสัปดาห์

### 6.3.4 อาการของโรค

เริ่มด้วยไข้ต่ำๆ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ต่อมาอีก 1-2 วัน มีอาการเจ็บปากและเบื่ออาหาร เนื่องจากมีจุดหรือผื่นแดงอักเสบที่ลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม ต่อมาจะเกิดผื่นแดงไม่คัน ที่ฝ่ามือ ด้านข้างของนิ้วมือ ฝ่าเท้าบริเวณสันเท้า และอาจพบที่ก้นด้วย ผื่นนี้จะกลายเป็นตุ่มพองใส ขอบหรือรอบแดง และแตกออกเป็นแผลหลุมตื้นๆ

### 6.3.5 การวินิจฉัยโรค

ส่วนใหญ่วินิจฉัยตามอาการ โดยมักเริ่มจากการมีอาการโรคมือเท้าและปากหรือแผลในคอหอย และตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและใช้เวลาค่อนข้างนาน 2-4 สัปดาห์ ตรวจโดยวิธีแยกเชื้อ (Viral isolation) จากการเพาะเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ในระยะที่กำลังมีอาการปากเป็นแผล จะพบเชื้อได้มากขึ้น หลังจากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์เชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จะลงไปในลำไส้ ดังนั้นอาจทำการเก็บตัวอย่างอุจจาระ (stool culture) ของผู้ป่วยมาทำการเพาะเชื้อคล้ายกับการตรวจเชื้อโปลิโอ

การตรวจทางโลหิตวิทยา (Serology) โดยการนำเลือดผู้ป่วยมาตรวจตัวอย่างซีรัมคู่ หากพบการเพิ่มขึ้นของระดับแอนติบอดีในเม็ดเลือดขาว เกิน 4 เท่า

### 6.3.6 การรักษา

การรักษาโรคมือเท้าและปาก ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน ให้รักษาตามอาการ เช่น ทานอาหารที่ไม่ร้อนมาก รวมทั้งไม่มีรสเค็ม ใช้น้ำเกลือล้าง ยาแก้ปวด ทายาแก้ปวด (xylocaine viscous) การรักษาโรคมือเท้าและปาก ที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เช่น สมองอักเสบหรือมีภาวะปอดบวมน้ำมี ผู้เชี่ยวชาญบางท่านใช้วิธีฉีดอิมมูโนโกลบูลิน ชนิด IVIG8 เข้าทางหลอดเลือด บางรายใช้ยาชนิด

alpha-blocking agents เพื่อหวังผลด้านฤทธิ์ sympathetic reflex activity ที่ทำให้เกิดภาวะปอดบวม น้ำที่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ได้ผลดีนัก บางรายใช้หลักการช่วยการหายใจ เพราะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงนั้น ภาวะปอดบวมน้ำ จะดำเนินไปอย่างรวดเร็วจนเสียชีวิตในเวลาอันสั้นเช่นกัน การรักษาที่สำคัญ จึงเน้นที่การรักษาตามอาการ และการรักษาประคับประคอง หรือ symptomatic and supportive treatment และเฝ้าระวังอาการที่รุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

## 7. การป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก

### 7.1 มาตรการป้องกันโรค โดยลดการติดต่อจากคนสู่คน

7.1.1 ไม่ควรนำเด็กเล็กไปในที่ชุมชน สาธารณะ ที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมากๆ เช่น สนามเด็กเล่นและห้างสรรพสินค้า ตลาด สระว่ายน้ำ ควรอยู่ในที่ที่มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี

7.1.2 หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยและระมัดระวังการไอจามรดกัน ให้ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก

7.1.3 ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเตรียมอาหาร และรับประทานอาหารและภายหลังการขับถ่าย

7.1.4 ใช้ช้อนกลางและหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน นอกจากนี้ยังป้องกันได้โดยการสุขาภิบาล การรักษาความสะอาดทั่วไป และการรักษา สุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การล้างมือเป็นประจำหลังการขับถ่ายและก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดได้มาก ควรฝึกปฏิบัติจนเป็นนิสัย โดยเฉพาะเด็กและผู้ดูแลเด็กเล็ก ซึ่งโรคนี้อาจไม่มีวัคซีนป้องกัน

### 7.2 มาตรการควบคุมโรค โดยการควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม

7.2.1 การรายงานโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ใช้ระบบเฝ้าระวังโรค ของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

7.2.2 การแยกผู้ป่วย ระวังสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแม่และเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยที่บ่งชี้ว่าจะเป็นการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร จะต้องระวังเรื่องสิ่งขับถ่ายอย่างเข้มงวด เพราะอาจทำให้ทารกติดเชื้อและเกิดอาการรุนแรงได้ ห้ามญาติหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร เข้ามาในหอผู้ป่วยหรือหอเด็กแรกเกิด หรือห้ามเข้าใกล้ทารกหรือหญิงท้องแก่ใกล้คลอด

7.2.3 การทำลายเชื้อ ต้องทำลายเชื้อในน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ล้างทำความสะอาด หรือทำลายสิ่งของปนเปื้อน หลังสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนหรือสิ่งจับถ่าย

7.2.4 การสอบสวนผู้สัมผัสและค้นหาแหล่งโรค ค้นหา ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเด็กอนุบาลหรือสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับมาตรการช่วงที่เกิดการระบาดของโรค ต้องเน้นการสกัดกั้นการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องประกาศเขตติดโรคและปิดสถานที่ เช่นสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนโรงเรียนเด็กเล็ก อาจรวมถึงสระว่ายน้ำ สถานที่แออัด เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดเด็กป่วย และเน้นการล้างมือบ่อยๆ รวมทั้งการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในโรงพยาบาลและบ้านเรือนที่มีผู้ป่วย โดยควบคุมนานประมาณ 1-2 สัปดาห์ จนกว่าโรคจะสงบ

บทบาทของผู้ดูแลเด็ก ในช่วงที่มีการระบาดของโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1. ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองอย่างถูกต้อง และเป็นระเบียบ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ เช่น การจับถ่ายอุจจาระ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การล้างมือของเด็ก
2. แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อเข้าทำการป้องกันการระบาดและควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. ร่วมกันทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในช่วงที่มีการปิดศูนย์ฯ เพื่อควบคุมการระบาดเป็นเวลา 7 วัน
4. ทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ รวมทั้งของเล่นเด็ก ทุกอย่างในศูนย์ฯ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรส่วนท้องถิ่น
5. ติดตามอาการของเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการดูแลเด็กและการป้องกันการแพร่กระจายของโรคในครอบครัวและชุมชน

## 8. การจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ (กรมอนามัย, 2545: 20 - 24)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา เด็กๆ มากกว่าร้อยละ 50 ต้องใช้เวลาอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป

ส่วนในประเทศไทยขณะนี้ มีข้อมูลว่าในช่วงกลางวันมีเด็กปฐมวัยจำนวนร้อยละ 37.3 ที่ต้องอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก เนื่องจากภาวะสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันทำให้แม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวมากขึ้น

อันตรายจากสิ่งแวดล้อมในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก มีความแตกต่างหลากหลาย และเกี่ยวข้องกับลักษณะของสถานที่ การใช้พื้นที่ สถานที่ตั้ง และอายุของตัวโครงสร้างอาคาร ซึ่งผลกระทบต่อเด็กที่อาศัยอยู่ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พบบ่อยๆ เช่น คุณภาพอากาศภายในอาคาร สารปนเปื้อนในอาหารและน้ำ สารเคมี และการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็กที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อเด็ก มีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

1. มีการหมุนเวียนผู้ดูแลเด็กบ่อยๆ ซึ่งมีความจำเป็นต้องฝึกอบรมสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ใหม่
2. ธุรกิจสถานรับเลี้ยงเด็กที่มีงบประมาณสำหรับบริหารจัดการน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณสำหรับการอนามัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ
3. สถานรับเลี้ยงเด็กที่ตั้งอยู่ในอาคารขนาดใหญ่ เช่น ตั้งอยู่ในโบสถ์ หรือสถานที่ทำงาน อันตรายอาจเกิดขึ้นเมื่ออาคารบริเวณอื่นๆ มีปัญหา เช่น มีการระบาคของเชื้อโรคที่ทำให้ผิวหนังอักเสบ

การป้องกันอันตรายต่างๆ ดังกล่าวในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก สามารถทำได้ดังนี้

#### 1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention)

##### 1.1 การเลือกสถานที่ตั้ง : จะต้องประเมินอย่างน้อย

- ประวัติของพื้นที่ หรือพื้นดิน บริเวณที่จะก่อสร้างอาคาร ว่ามีการปนเปื้อนของเสียอันตรายหรือไม่

- ถ้าเป็นการปรับปรุงอาคารเก่า ควรมีสารตะกั่วหรือแอสเบสตอสหลุดลอกหรือไม่

- ไม่อยู่ใกล้แหล่งที่เกิดมลพิษทางเสียง อากาศ หรือสารพิษต่างๆ

- สถานที่ทำสนามเด็กเล่น ไม่อยู่ใกล้บริเวณที่เป็นแหล่งน้ำนิ่งขังหรือน้ำเสีย ทางรถไฟ หรือแหล่งที่มีการปล่อยของเสียประเภทไอระเหยจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

##### 1.2 วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการก่อสร้าง

อันตรายจากสิ่งแวดล้อมสามารถลดลงได้ ถ้าการออกแบบโครงสร้างอาคารเหมาะสม การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการก่อสร้าง คุณภาพอากาศภายในอาคารสามารถทำให้ดีขึ้นได้ด้วยการเปลี่ยนถ่ายอากาศบ่อยๆ เพื่อให้มีการหมุนเวียน ถ่ายเทกับอากาศภายนอกอาคาร เช่น โดยการเปิดหน้าต่าง นอกจากนี้ยังสามารถนำเครื่องกรองอากาศมาใช้เพื่อช่วยให้อากาศภายในอาคารดีขึ้น การเลือกวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการก่อสร้าง ควรเลือกที่มีสารพิษน้อยที่สุด รวมถึงการใช้สีทาอาคารที่ปลอดภัยด้วย

### 1.3 การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามดูแล ตลอดช่วงของการก่อสร้าง หรือการปรับปรุงอาคาร ควบคุมดูแลครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ สุขาภิบาลอาหาร อันตรายจากสิ่งแวดล้อม และการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อหาแนวทางป้องกันก่อนที่สถานรับเลี้ยงเด็กจะเปิดให้บริการ

### 1.4 การให้ความรู้

บุคลากรจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข จัดเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านอันตรายจากสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อ การป้องกันอุบัติเหตุ การสุขาภิบาล และความปลอดภัย จึงควรมีการให้ความรู้กับ ผู้ประกอบการสถานรับเลี้ยงเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และพ่อแม่เด็ก ที่จะตระหนักในอันตราย และสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้เมื่อเด็กๆ ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมได้ และเพื่อป้องกันอันตรายจากสารพิษต่างๆ ผู้บริหารสถานรับเลี้ยงเด็ก ควรที่จะฝึกอบรม ให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็ก และพนักงานในสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในเรื่อง การจัดเก็บ การใช้ผลิตภัณฑ์และการติดฉลากบนบรรจุภัณฑ์ต่างๆ หลีกเลี่ยงให้ผู้ดูแลเด็กที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมจัดยาให้กับเด็ก เนื่องจากรายละเอียดเกี่ยวกับขนาด และวิธีการให้ยาเด็กมีความแตกต่างกันมาก ควรอนุญาตเฉพาะผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดีแล้ว เท่านั้น

## 2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention)

สถานการณ์ที่เป็นอันตรายบางสถานการณ์ในสถานรับเลี้ยงเด็ก สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยการให้ความรู้กับพนักงานและผู้ดูแลเด็กให้ตระหนักรู้ และสามารถควบคุมอันตรายได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดเก็บและการใช้สารเคมีอันตรายต่างๆ การเตรียมความพร้อมในการป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็กก่อนอยู่

เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้สุขภาพดีของเด็ก และป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในเด็ก ควรปฏิบัติดังนี้

### 2.1 สภาพภายในอาคาร โดยทั่วไป

- จัดให้มีสถานที่เพียงพอสำหรับเด็กทำกิจกรรมต่างๆ อย่างน้อย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน เพื่อไม่ให้เกิดการแออัด กรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่อ

- บริเวณประตู หน้าต่าง ไม่มีสิ่งกีดขวาง ปิดกั้นช่องทางลมและแสงสว่าง

- จัดให้มีการระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร โดยให้มีช่องระบายอากาศไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่ห้อง

### 2.2 ของเด็กเล่น จัดหาของเล่นที่ปลอดภัยให้กับเด็กเพื่อสุขภาพที่ดีปราศจากโรคติดต่อ

ดังนี้

- หลีกเลี้ยงของเล่นที่มีส่วนประกอบเปราะบาง แตกหักง่าย แหวมคม เลือกลงเล่นที่มีผิวเรียบ ไม่ระคายผิว และเคลือบด้วยสีที่ไม่อันตรายต่อเด็ก
- ของเล่นควรทำความสะอาดง่าย ไม่มีร่องเล็กๆน้อยๆ ที่ทำให้ทำความสะอาดยาก และเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค หมั่นทำความสะอาดของเล่นสม่ำเสมอ

### 2.3 ห้องครัวและบริเวณสำหรับรับประทานอาหาร

- แยกห้องครัวเป็นส่วน มีประตูปิดป้องกันเด็กเข้าไปเล่น
- ถังหรือภาชนะเก็บน้ำใช้ปิดฝาให้มิดชิด
- เน้นความสะอาดของการประกอบอาหารทุกขั้นตอน ตั้งแต่อาหารสด การปรุงและการรับประทาน
- จัดให้มีถังขยะในครัวอย่างน้อย 2 ถัง โดยแยกเป็นขยะเศษอาหารและขยะทั่วไป ใส่ถุงพลาสติกไว้ข้างในถังเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมไปทิ้ง ถังขยะต้องมีฝาปิด ป้องกันแมลงวัน มด แมลงสาบ และหนู
- กำจัดขยะออกจากห้องครัวและภายในบริเวณอาคารสถานรับเลี้ยงเด็กทุกวัน ไม่ควรมีขยะตกค้าง เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค
- บริเวณห้อง โต๊ะ เก้าอี้ที่ใช้สำหรับให้เด็กนั่งรับประทานอาหารต้องทำความสะอาดสม่ำเสมอ
- มีน้ำดื่มสะอาดที่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพ เช่น น้ำดื่ม น้ำกรอง ปริมาณเพียงพอแก่เด็กในแต่ละวัน
- ภาชนะใส่น้ำดื่ม ควรทำความสะอาดสม่ำเสมอ และมีฝาปิดมิดชิด

### 2.4 ห้องน้ำและห้องส้วม

- จัดกระโถนสำหรับเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี โดยกระโถนควรมีรากฐานที่มั่นคง นั่งสบายไม่เจ็บก้น ให้เด็กนั่งวางเท้ากับพื้นได้สบายๆ ป้องกันการตกลง และอยู่ในสภาพสะอาดเสมอ
- ในเด็กที่โต ควรมีห้องส้วมที่มีสุขภัณฑ์ขนาดเหมาะสมกับเด็กและอยู่ในสภาพสะอาดเสมอ
- จัดให้มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นเหม็น อับชื้น ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อโรคต่างๆ
- จัดให้มีอ่างน้ำอยู่หน้าห้องส้วมและส้วม (แนะนำให้ใช้สบู่เหลว เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค) มีผ้าสะอาดสำหรับเช็ดมือ

- มีที่รองรับขยะ ที่มีฝาปิดมิดชิด ใช้เท้าเหยียบเปิด-ปิด ป้องกันกลิ่นและแมลงรบกวน

## 2.5 ห้องนอน

- จัดให้มีการระบายอากาศดี โปร่ง ไม่มีเสียงรบกวนมากเกินไป และแสงสว่างไม่จ้าเกินไป พื้นที่ในห้องนอนควรมีอัตราส่วน 2 ตารางเมตรต่อคน

- อุปกรณ์ เครื่องนอน สะอาด มีการนำไปซักฟุน ตากแดดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- แยกเครื่องนอน หมอน ผ้าห่ม สำหรับเด็กแต่ละคน โดยเขียนหรือปักชื่อไว้ ไม่ใช้ร่วมกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

- ดูแลไม่ให้มีสัตว์หรือแมลงรบกวน

สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก เป็นสถานที่ซึ่งรับช่วงต่อจากบ้านที่จะดูแลเด็กปฐมวัย ให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่สมวัยอย่างต่อเนื่อง การจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย น่าอยู่อาศัย ส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เช่น ให้ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ทิ้งขยะในที่รองรับ รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด เป็นต้น นับว่ามีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เด็กไทยมีสุขภาพดี

## 9. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็ก (ปราโมทย์ ชุ่มเย็น, 2545: 13 - 17)

ผู้ดูแลเด็ก คือ ผู้ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจะต้องอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก รองจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ฉะนั้นจึงต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติและบุคลิกภาพที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็กได้ ดังนั้นจะต้อง

1. สุขภาพ เรียบร้อย ทั้งกริยา มารยาท ตลอดจนวาจา ท่าทางที่แสดงออก
2. ร่าเริงแจ่มใส
3. ซื่อสัตย์สุจริต และรักความจริง
4. เชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจได้อย่างเฉียบพลัน และมีลักษณะเป็นผู้นำ
5. ไม่เห็นแก่ตัว
6. กระตือรือร้น รักความก้าวหน้า มีความสามารถควรแก่การสนับสนุน
7. กล้าเผชิญกับปัญหาและความยากลำบาก มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

การคัดเลือกผู้ดูแลเด็ก

กพด. กสต. ร่วมกับพัฒนากร คัดเลือกบุคคลในหมู่บ้านมาทำหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1. มีความรู้ จบการศึกษาภาคบังคับเป็นอย่างน้อย
2. มีภูมิลำเนาในหมู่บ้านที่ตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือหมู่บ้านใกล้เคียง
3. เป็นชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15 - 45 ปี
4. มีลักษณะเป็นผู้นำ สุภาพ อ่อนโยน รักเด็ก และมีความรับผิดชอบ
5. สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อ
6. มีความสมัครใจเข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลเด็ก โดยได้รับการยินยอมจากพ่อแม่
7. ผู้ปกครองยินยอมทำตามสัญญาาระบุนระยะเวลาทำไว้กับ กพค. หรือ กสศ. อย่างน้อย 2 ปี

#### หน้าที่ของผู้ดูแลเด็ก

##### ก. หน้าที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1. อบรมเลี้ยงดูเด็กตามตารางการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ ตั้งแต่รับเด็กจากผู้ปกครองจนกระทั่งส่งเด็กคืนผู้ปกครองเรียบร้อย
2. จัดกิจกรรมประจำวัน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยจัดกิจกรรมกลางแจ้งและในร่ม จัดมุมกิจกรรมต่างๆ เช่น มุมหนังสือ มุมศิลปะ มุมดนตรี เป็นต้น
3. การปลูกจิตสำนึกให้เด็กรักชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ การปกครองระบอบประชาธิปไตย การรักษาสິงแวดล้อม และมีระเบียบวินัย
4. ดูแลรักษาความสะอาดภายในและภายนอกอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดูแลความปลอดภัยซึ่งอาจจะเกิดอันตรายกับเด็ก
5. รับเด็กจากผู้ปกครอง และส่งเด็กให้ผู้ปกครอง
6. ให้เด็กเคารพธงชาติ และประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
7. สํารวจรายชื่อเด็กที่เข้ารับการเลี้ยงดูประจำวัน เชื่อมเขียนผู้ปกครองและเด็ก กรณีเด็กไม่มาเรียนเกิน 3 วัน
8. จัดเตรียมสถานที่เรียน อุปกรณ์การเรียนการสอน อาหารเสริม น้ำดื่ม น้ำใช้ จัดทำบันทึกการสอน และบันทึกประจำตัวเด็ก ตลอดจนจัดทำทะเบียนอุปกรณ์การเรียนการสอน
9. ผลิตสื่ออุปกรณ์การเรียนการสอน โดยเน้นวัสดุที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น
10. จัดทำบัญชีรับ-จ่าย ตามโครงการจัดหาอาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



11. จัดทำบัญชีแสดงรายการอาหารรายสัปดาห์ ตามโครงการจัดหาอาหารกลางวัน สำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

12. เป็นคณะกรรมการตรวจรับโครงการจัดหาอาหารกลางวัน และโครงการจัดหาอาหารเสริม (นม) สำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในกรณีได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งได้รับการยกเว้น ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535

13. ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาเด็ก ผู้ปกครองเด็ก จัดบริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปลูกพืชผักสวนครัว ไม้ดอกไม้ประดับ

14. จัดให้เด็กได้รับการบริโภคอาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) โดยให้คำนึงถึงคุณภาพ ควรมีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ซึ่งประกอบด้วย โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่และวิตามิน ควรจัดของหวานหรือผลไม้ตามฤดูกาลให้เด็กได้รับประทานตามสมควร

#### ข. หน้าที่ทั่วไป

1. เยี่ยมเยียนปรึกษาหารือ ขอคำแนะนำจากพ่อแม่ผู้ปกครอง กรรมการต่างๆ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมศูนย์ฯ สำหรับผู้ปกครองพยายามแนะนำให้มาร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก โดยผลัดเปลี่ยนกันมาตาม โอกาสจะอำนวย

2. เยี่ยมเยียนเด็กเล็กเมื่อเจ็บป่วย ให้คำแนะนำไปตรวจรักษา

3. ร่วมมือกับกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านและผู้ปกครอง บำเพ็ญประโยชน์โดยทำกิจกรรมให้ศูนย์ฯ เช่น จัดงานวันเด็ก วันแม่ ปลูกพืชผักสวนครัว เป็นต้น

4. ร่วมประชุมกับกรรมการและผู้ปกครองที่เกี่ยวกับงานพัฒนาเด็ก

5. ให้นำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มากที่สุด

6. รู้จักปฏิบัติตนให้เป็นที่รักใคร่เอ็นดูแก่บุคคลทั่วไป

สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ (อ้างใน สุวิทย์ สมบัติ, 2540) ได้เสนอแนะบทบาทของผู้ดูแลเด็ก (ผดค.) ไว้ดังนี้

1. บทบาทของผู้ดูแลเด็ก ในฐานะที่เป็นแบบอย่างของเด็ก เนื่องจากเด็กสามารถเรียนรู้โดยการเลียนแบบ เพราะฉะนั้นผู้ดูแลเด็ก จึงควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

- มีบุคลิกภาพเป็นแบบอย่างที่ดี
- มีการใช้เสียง การใช้ภาษาที่ดี
- มีการฝึกการมีระเบียบ ความสะอาด การประหยัด
- มีการปฏิบัติต่อเด็กด้วยความรัก โดยเสมอกัน

2. บทบาทของผู้ดูแลเด็ก ในการเสริมสร้างโภชนาการ
- ร่วมกับผู้ปกครอง โดยการเลี้ยงสัตว์ ปลูกพืช เป็นอาหาร
  - จัดทำอาหารว่างและอาหารกลางวัน โดยร่วมมือกับผู้ปกครอง
  - ประเมินสภาวะโภชนาการเป็นระยะ และร่วมมือกับผู้ปกครองในการศึกษาโภชนาการ
- ของเด็ก
3. บทบาทของผู้ดูแลเด็ก ในการเสริมสร้างบุคลิกภาพและสร้างสรรค์เด็ก
- ตั้งใจฟังเวลาเด็กพูด
  - สนใจตอบคำถามของเด็ก ส่งเสริมให้เด็กอยากรู้อยากเห็น
  - ชมเชยแสดงความชื่นชมในผลงานของเด็ก
  - เคารพในความแตกต่างของเด็ก ไม่เปรียบเทียบเด็ก
  - ให้โอกาสเด็กเล่น และทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างสร้างสรรค์
4. บทบาทของผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมนิสัยส่วนตัวของเด็ก
- ฝึกให้เด็กมีนิสัยส่วนตัวในเรื่องกิจวัตรอย่างเป็นระเบียบ เช่น การขับถ่าย การรักษาความสะอาด การเล่นหรือการเรียน
  - ฝึกให้เด็กเล่นเป็นกลุ่มมีกติกา
  - ฝึกให้เด็กรู้จักการแบ่งปัน
  - ฝึกให้เด็กสามารถเล่นตามลำพังได้
  - ฝึกให้เด็กเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของคนอื่น
  - ฝึกให้เด็กช่วยเหลือผู้อื่น
  - ยอมรับอารมณ์ของเด็ก ให้เด็กแสดงความโกรธหรือปฏิเสธ ไม่บังคับเด็กให้ยอมรับ เพราะจะทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้

## 10. มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2547: 18 - 24)

แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
  - 1.1 เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน\*
  - 1.2 เด็กทุกคนแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวันทุกวัน ดังนี้\*
    - มีกิจกรรมแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน
    - เด็กทุกคนมีแปรงสีฟันของตนเอง และสภาพดี

- มีการจัดเก็บแปรงสีฟันให้สะอาด
- 1.3 อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่\*\*
- 1.4 มีการจัดอาหารว่าง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และไม่หวานจัด\*\*\*
- 1.5 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสอบสุขภาพทุกวัน\*\*\*
- 2. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
  - 2.1 เด็กทุกคน ได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์อายุโดยผู้ดูแลเด็ก\*
  - 2.2 มีของเล่นเด็กในร่ม และเครื่องเล่นสนามที่สภาพดี ปลอดภัย และหนังสือนิทานเหมาะสมกับวัย และมีกิจกรรมการเล่านิทาน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง\*
  - 2.3 มีมุมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครอง\*\*\*
  - 2.4 ผู้ดูแลเด็กสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก\*\*\*
- 3. ด้านบริการอาหารสะอาด ปลอดภัย (กรณีที่ศูนย์ไม่ได้เตรียมอาหารเอง ให้ตรวจประเมินแหล่งที่เตรียมปรุงอาหารให้ศูนย์ฯ)
  - 3.1 สถานที่เตรียม ปรุงอาหาร สะอาด ถูกสุขลักษณะ\*
  - 3.2 น้ำดื่ม น้ำใช้ สะอาด เพียงพอ\*
  - 3.3 อุปกรณ์และภาชนะใส่อาหารปลอดภัยและสะอาด\*\*
  - 3.4 ผักสด ผลไม้ ต้องล้างสะอาด เนื้อสัตว์ปรุงให้สุก และมีการปกปิดอาหารที่พร้อมบริโภคแล้ว\*\*
  - 3.5 ผู้ประกอบการอาหารมีสุขภาพดี แต่งกายสะอาด สุขอนามัยดี\*\*\*
- 4. ด้านสิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัย
  - 4.1 บริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอกอาคารสะอาดและปลอดภัย ดังนี้\*
    - บริเวณภายในอาคาร สะอาด จัดเป็นระเบียบ และปลอดภัยสำหรับเด็ก
    - บริเวณรอบอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีขอบเขต ชัดเจน สะอาด และปลอดภัย เช่น มีรั้วที่ปลอดภัย ไม่มีบ่อน้ำ หลุมขนาดใหญ่ หรือเศษวัสดุที่อันตรายต่อเด็ก ไม่มีน้ำขังเฉอะแฉะ
  - 4.2 ห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด ถูกสุขลักษณะ พื้นไม่ลื่น\*
  - 4.3 พื้นที่ใช้สอย จัดเป็นสัดส่วนและเพียงพอ ดังนี้\*\*
    - แยกพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน เช่น ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร ห้องกิจกรรม
- ห้องส้วม
  - มีอ่างล้างมือ พร้อมสบู่ และ/หรือที่แปรงฟันสำหรับเด็ก
  - มีพื้นที่ใช้สอย เฉลี่ย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน

#### 4.4 เครื่องใช้สำหรับเด็ก สะอาดและเพียงพอ ดังนี้\*\*

- มีแก้วน้ำสะอาด เพียงพอสำหรับเด็กทุกคน
- ที่นอน หมอน ผ้าห่ม สะอาด และมีเฉพาะเด็กแต่ละคน
- โຕ้ะ เก้าอี้ สะอาด และมีขนาดเหมาะสมปลอดภัยกับเด็ก

#### 4.5 ตัวอาคาร โครงสร้างมั่นคง แข็งแรง และปลอดภัย ประตู หน้าต่าง อยู่ในสภาพดี\*\*\*

#### 4.6 มีการจัดการขยะถูกสุขลักษณะ ดังนี้\*\*\*

- ภาชนะรองรับขยะ สภาพดี มีฝาปิดมิดชิด
- มีการจัดเก็บออกจากตัวอาคารทุกวัน
- ที่พักขยะเก็บมิดชิด และมีการนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี

#### 4.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ดังนี้\*\*\*

- จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถอ่านหนังสือได้สบายตา
- มีหน้าต่างหรือช่องลมระบายอากาศเพียงพอ มีหน้าต่าง และช่องลมรวมกัน

ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของพื้นที่ห้อง

#### 4.8 มีการป้องกันแมลงและพาหะนำโรค ดังนี้\*\*\*

- มีมุ้งลวดบริเวณที่เป็นห้องนอน
- มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์

#### 4.9 มีมาตรการความปลอดภัย ดังนี้\*\*\*

- มีอุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมใช้งานหรือมีถังเก็บน้ำ สายยาง อุปกรณ์อื่นใดที่สามารถใช้ในการดับไฟ

- เจ้าหน้าที่มีความสามารถใช้อุปกรณ์ได้
- มีช่องทางที่สามารถพาเด็กออกนอกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างปลอดภัย กรณีฉุกเฉิน

เช่น ประตูเข้า-ออก ได้ 2 ทาง

- ปลั๊กไฟติดตั้งสูงจากพื้นมากกว่า 1.5 เมตร หากสูงจากพื้นไม่ถึง 1.5 เมตร ควรมีฝาปิดป้องกันเด็กเล่น

- อุปกรณ์ไฟฟ้า และสายไฟเก็บเป็นระเบียบ ปลอดภัย

### 5. ด้านบุคลากร

#### 5.1 ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนี้\*\*

- แต่งกายสะอาด เรียบร้อย
- สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ
- ไม่มติดยาเสพติด

- อารมณ์ดี ไม่มีประวัติทำร้ายเด็ก มีจิตใจแจ่มใส ไม่เครียด โดยการสังเกตหรือพูดคุย

5.2 ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 50 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก\*\*

5.3 มีอัตราส่วนการดูแลเด็ก เหมาะสม ดังนี้\*\*

- เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีผู้ดูแลเด็ก 1 คน ต่อเด็ก 3 คน
- เด็กอายุ 1 - 2 ปี มีผู้ดูแลเด็ก 1 คน ต่อเด็ก 5 คน
- เด็กอายุ 2 - 3 ปี มีผู้ดูแลเด็ก 1 คน ต่อเด็ก 10 - 15 คน
- เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป มีผู้ดูแลเด็ก 1 คน ต่อเด็ก 20 - 25 คน

6. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.1 ผู้ปกครอง ชุมชน ฯลฯ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้\*

- มีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น ช่วยดูแลเด็ก ทำอาหารให้เด็ก
- เล่นิทาน ผลิิตของเล่น
- สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ หรืองบประมาณ
  - ร่วมเป็นคณะกรรมการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เกณฑ์การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้าอยู่ แบ่งเป็น 3 ระดับ รายละเอียดดังนี้

1. มาตรฐานระดับดีมาก ต้องผ่านการประเมิน 26 - 27 ข้อ โดยข้อที่ต้องผ่านการประเมินได้แก่ ข้อที่มีสัญลักษณ์ \*,\*\* และ \*\*\* 9 - 10 ข้อ
2. มาตรฐานระดับดี ต้องผ่านการประเมิน 17 ข้อ โดยข้อที่ต้องผ่านการประเมินได้แก่ ข้อที่มีสัญลักษณ์ \* และ \*\*
3. มาตรฐานระดับพื้นฐาน ต้องผ่านการประเมิน 9 ข้อ โดยข้อที่ต้องผ่านการประเมินได้แก่ ข้อที่มีสัญลักษณ์ \*

## 11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฉวีวรรณ วรศรี (อ้างใน พจนานุกรมศัพท์ปฐมวัย, 2532) ได้ศึกษาบทบาทของพี่เลี้ยงต่อพัฒนาการความสามารถด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กวัยก่อนเข้าโรงเรียน ในหมู่บ้านคลองจั่น พบว่าปัญหาที่พี่เลี้ยงประสบมากที่สุดในการเลี้ยงดูเด็ก คือ ปัญหาเรื่องเด็กไม่ยอมรับประทานอาหารและไม่ยอมนอนตามเวลาที่สมควร(ร้อยละ 37.20) และพี่เลี้ยงมีงานอื่นที่ต้องทำมากเกินไป(ร้อยละ 12.40) ความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูของผู้เป็นพี่เลี้ยงกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ในหมวดการรักษาความสะอาดและการแต่งกาย กับ

หมวดการรับประทานอาหาร ซึ่งหาได้จากสัมประสิทธิ์แห่งสหสัมพันธ์ จะเห็นว่าการเลี้ยงดูของพี่เลี้ยงมีผลต่อการพัฒนาความสามารถของเด็กในการช่วยเหลือตนเอง

ทัดดาว ลอโรจน์วงศ์ (2532) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีอายุการทำงานโดยเฉลี่ย 4 ปี จึงมีประสบการณ์และความชำนาญพอสมควร ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆ เป็นอย่างดีจนถึงระดับปานกลาง มีความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และหลักการพัฒนาเด็กอยู่ในระดับดี มีความเชื่อในความสำคัญของการพัฒนาเด็กอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง มีระดับความคาดหวังประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากกรรมการพัฒนาเด็ก ผู้ปกครอง และผู้นำท้องถิ่น รองลงมาคือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

ภาวิณี ศรีสุขวัฒนานันท์ (2533) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชนบท พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการรวมของเด็ก คือ งบประมาณในการดำเนินงานของศูนย์ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทั่วไปของเด็ก คือ งบประมาณในการดำเนินงานของศูนย์ ระยะเวลาการทำงานของผู้ดูแลเด็ก และอายุของเด็ก 3) ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการทางกายของเด็ก คือ อายุเด็ก การศึกษาของผู้ดูแลเด็ก การดูแลสุขภาพของเด็กในศูนย์ และอุปกรณ์ในศูนย์ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านความคิดของเด็ก คือ การศึกษาของผู้ดูแลเด็ก และอายุของเด็ก 5) ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก คือ อายุของเด็ก การบันทึกพัฒนาการของเด็ก และจำนวนบุคลากรในศูนย์

พรทิพย์ ไตรรัตน์ชัชวาล (2539) ได้ศึกษาคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็กตอนกลางวันของภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบว่า สถานที่รับเลี้ยงเด็กรวมทั้งพี่เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างทั่วถึง และไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร กล่าวคือทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเด็กได้ แต่ไม่สามารถฝึกพัฒนาการเด็กหรืออบรมสั่งสอนเด็กได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็ก

กุศล สุนทรธาดา และคนอื่นๆ (2541) ได้ศึกษาสถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยพบว่าเด็กวัย 3 – 5 ปี ได้รับความเตรียมพร้อมประมาณร้อยละ 70 ของเด็กในกลุ่มนี้ทั้งหมด เนื่องจากการศึกษาในระดับนี้ไม่ใช่การศึกษาภาคบังคับ จึงไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชนบท ซึ่งยังมีปัญหาในเรื่องความจำกัดของงบประมาณในการจัดหาเงินเดือนให้แก่ผู้เลี้ยงเด็กตามควรแก่การครองชีพ ซึ่งส่งผลให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลเด็กบ่อย และปริมาณของผู้ดูแลเด็กไม่เพียงพอ ประกอบกับคุณภาพของผู้ดูแลเด็กในเชิงความรู้และทักษะในการทำงานกับเด็กมีน้อย ทำให้การส่งเสริมพัฒนาเด็กยังไม่ได้รับ

การเตรียมพร้อมในทุกด้านอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่ยังมุ่งไปที่การเร่งให้เด็กอ่านออกเขียนได้ มากกว่าการพัฒนาด้านสติปัญญาและการฝึกทักษะ ขาดการวางรากฐานหรือการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ให้เด็ก นอกจากนี้ศูนย์เลี้ยงเด็กจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะในชนบท ยังให้บริการลักษณะที่เป็นการฝากเลี้ยงเด็กให้แก่ผู้ปกครอง โดยไม่ได้มีการจัดเตรียมความพร้อมหรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร และคณะ (2542: ข) ได้ศึกษาประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรค อูจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับชุมชน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1,800 คน พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการดูแลรักษาเด็กป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงที่บ้านตามกฎ 3 ข้อ โดยมีความถูกต้องในการดูแลรักษาที่บ้านร้อยละ 22.5 และพฤติกรรม การดื่มน้ำสะอาด ส่วนใหญ่มีแหล่งน้ำมาจากบ่อมากที่สุด รองลงมา น้ำประปา น้ำฝน น้ำประปาภูเขา และน้ำบาดาล คิดเป็นร้อยละ 43.6, 16.1, 15.8, 8.5, 8.1 และ 7.9 ตามลำดับ ลักษณะของน้ำ ที่ผู้ดูแลจัดหาให้เด็กดื่มโดยการต้ม กรอง ร้อยละ 77 นอกนั้นไม่ได้ปรับปรุงคุณภาพก่อนดื่ม ร้อยละ 33 ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมล้างมือ ไม่ได้ล้างหรือล้างบางครั้งก่อนเตรียมอาหารให้เด็ก ร้อยละ 30.8 และภายหลังการถ่ายอูจจาระ ไม่ได้ล้างหรือล้างบางครั้ง ร้อยละ 20.4 พฤติกรรมการกำจัด อูจจาระเด็กถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 87.3 และไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 12.7

ปราโมทย์ ชุ่มเย็น (2545: ง) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็ก และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล เด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิษฐ์ ในปีงบประมาณ 2545 จำนวน 221 คนพบว่าพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลเด็ก คือ ทัศนคติในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก และการไปทัศนศึกษาดูงาน

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

