# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

ชญาน์นันท์ ใจดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก**


ชญาน์นันท์ ใจดี

นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี
ผู้วิจัย

อาจารย์ เสริมศรี สันตติ,
ปร.ด. (การพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฉิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล


Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2554

ชญาน์นันท์ ใจดี

นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี
ผู้วิจัย

อาจารย์ สุกัญญา จงถาวรสถิตย์,
ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แสงทอง ธีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ เสริมศรี สันตติ,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

# กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณแด่อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร. เสริมศรี สันตติ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล ผู้ซึ่งให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้แนวทางด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต ดร. สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ และ อาจารย์จงรักษ์ อุตรารัชต์กิจ ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง ธีระทองคำ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร. สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำตรวจสอบ ปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย อรทัย อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ ประจำศูนย์วิจัยทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ (ศิริราช) ที่ได้ให้ความกรุณา อุทิศเวลา ให้คำแนะนำด้านสถิติ

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างหาที่สุดมิได้ของบุพการี ผู้ซึ่งคอยอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีความเพียรพยายาม อันเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีความมุมานะในการศึกษาตลอดมา จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จ

Copyright by Mahidol University

ชญาน์นันท์ ใจดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก
FACTORS RELATED TO CHILD CARE WORKERS' BEHAVIOR IN PREVENTION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILD CARE CENTERS

ชญาน์นันท์ ใจดี 5136958 RAPN/ M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เสริมศรี สันตติ, ปร.ด. (การพยาบาล), ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ภายใต้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 145 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมเท่ากับ 46.92 คะแนน (S.D. = 2.90) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .281$, $p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r_s = .408$, $p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r_s = .241$, $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.395$, $p < .001$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .071$, $P = .393$)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็กที่ดี และจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ/ ผู้ดูแลเด็ก/ สถานรับเลี้ยงเด็ก

Copyright by Mahidol University

FACTORS RELATED TO CHILD CARE WORKERS' BEHAVIOR IN PREVENTION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILD CARE CENTERS

CHAYANNAN JAIDE 5136958 RAPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SERMSRI SANTATI, Ph.D. (NURSING),
CHUANRUEDEE KONGSAKTRAKUL, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to investigate the relationships between perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of the disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, access to information, and the acute respiratory infection preventive behaviors in child care workers who worked in child care centers. A Health Belief Model was used to guide this study. The study utilized a random sample of 145 child care workers who worked in private child care centers in Bangkok Metropolitan. All data were collected using the questionnaires, which composed of a demographic data questionnaire, the health beliefs concerning acute respiratory infection questionnaire, access to information questionnaire, and the acute respiratory infection preventive behaviors questionnaire. The data were analysed using percentage, means, standard deviations, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that child care workers had an average score of 46.29 (S.D. = 2.90) for the overall acute respiratory infection preventive behaviors. There were significantly positive correlations between the acute respiratory infection preventive behaviors and the perceived seriousness of disease ($r_s$ = .281, $p < .01$), the perceived benefits of action ($r_s$ = .408, $p < .001$), access to information ($r_s$ = .241, $p < .01$). In addition, there was a significantly negative correlation between the perceived barriers to action and the acute respiratory infection preventive behaviors ($r_s$ = -.395, $p < .001$). There was no statistically significant correlation between the perceived susceptibility to disease and the acute respiratory infection preventive behaviors ($r_s$ = .071, p = .393).

The findings suggest that the institutions who may be concerned should provide health promotion and supportive programs about the acute respiratory infection preventive behaviors based on these related factors in order to maintain child care workers' preventive health behaviors, as well as enhancing levels of physical wellness of children in child care centers.

KEY WORDS: ACUTE RESPIRATORY INFECTION/ CHILD CARE WORKER /
CHILD CARE CENTER

142 pages

Copyright by Mahidol University

# สารบัญ


| | | หน้า |
|---|---|---|
| **กิตติกรรมประกาศ** | | **ค** |
| **บทคัดย่อภาษาไทย** | | **ง** |
| **บทคัดย่อภาษาอังกฤษ** | | **จ** |
| **สารบัญตาราง** | | **ซ** |
| **สารบัญแผนภูมิ** | | **ฌ** |
| **บทที่ 1** | **บทนำ** | **1** |
| | ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| | กรอบแนวคิดในการวิจัย | 5 |
| | คำถามการวิจัย | 7 |
| | วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 7 |
| | สมมติฐานการวิจัย | 8 |
| | ขอบเขตการวิจัย | 8 |
| | ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 8 |
| | นิยามศัพท์ | 8 |
| **บทที่ 2** | **ทบทวนวรรณกรรม** | **12** |
| | โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ | 12 |
| | สถานรับเลี้ยงเด็ก | 19 |
| | พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก | 23 |
| | ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก | 27 |
| | การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค | 30 |
| | การรับรู้ความรุนแรงของโรค | 31 |
| | การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ | 33 |
| | การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ | 34 |


Copyright by Mahidol University

# สารบัญ (ต่อ)


| | | หน้า |
|---|---|---|
| | การได้รับข้อมูลข่าวสาร | 35 |
| **บทที่ 3** | **วิธีดำเนินการวิจัย** | **37** |
| | ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง | 37 |
| | สถานที่ศึกษา | 40 |
| | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 41 |
| | การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง | 46 |
| | การเก็บรวบรวมข้อมูล | 46 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูล | 47 |
| **บทที่ 4** | **ผลการวิจัย** | **48** |
| **บทที่ 5** | **การอภิปรายผล** | **55** |
| **บทที่ 6** | **สรุปผลการวิจัย** | **69** |
| **บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย** | | **74** |
| **บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ** | | **88** |
| **รายการอ้างอิง** | | **103** |
| **ภาคผนวก** | | **114** |
| **ประวัติผู้วิจัย** | | **141** |


Copyright by Mahidol University

# สารบัญตาราง


| ตาราง | | หน้า |
|---|---|---|
| 4.1 | จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล | 49 |
| 4.2 | ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวม และจำแนกตามรายด้าน | 51 |
| 4.3 | ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร | 52 |
| 4.4 | ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของของสเปียร์แมนระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ | 53 |
| 1 | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารรายข้อ | 130 |
| 2 | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ | 131 |
| 3 | จำนวน และร้อยละของระดับการศึกษา จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) | 132 |
| 4 | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ | 136 |
| 5 | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับเด็กเหมาะสมและไม่เหมาะสม จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) | 137 |
| 6 | การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษา | 140 |


Copyright by Mahidol University

# สารบัญแผนภูมิ


| แผนภูมิ | | หน้า |
|---|---|---|
| 1.1 | กรอบแนวคิดในการวิจัย | 7 |
| 2.1 | แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ | 29 |
| 3.1 | การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง | 40 |


Copyright by Mahidol University

# บทที่ 1
# บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Acute respiratory infection: ARI) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี 2000 มีเด็กเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทั่วโลก จำนวน 1.9 ล้านคน โดยโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 19 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อทั้งหมด (World Health Organization, 2011) จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2536-2550 พบว่า อัตราตายด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 5.38 เป็น 1.50 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กวัยนี้ ส่วนอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.58 เป็นร้อยละ 1.67 และส่วนใหญ่จะมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หูน้ำหนวก และอาจพบโรคขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและทำให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กล่าช้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สาเหตุที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในอัตราสูง เนื่องจากเด็กมีทางเดินหายใจขนาดเล็กและสั้น เมื่อมีการอักเสบ บวม เพียงเล็กน้อย จะทำให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจเกิดการอุดตันได้ง่าย อีกทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันของเด็กยังพัฒนาไม่เต็มที่ (Roberts et al., 2000) นอกจากนี้เชื้อไวรัสหลายชนิดทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายในเด็ก เช่น กลุ่มอาการครู้ป หลอดลมอักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน และโรคปอดอักเสบ (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540; Masuda et al., 2002) นอกจากสาเหตุทางด้านสรีรวิทยาของระบบหายใจและระบบภูมิคุ้มกันของเด็กที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่แล้ว สาเหตุสำคัญอีกประการที่มีส่วนทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เนื่องจากในปัจจุบันมารดามากกว่าร้อยละ 50 จำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน (Hernández, Morales, Cuevas, & Gallardo, 1999) ทำให้มีเวลาเลี้ยงดูบุตรลดลง เด็กส่วนใหญ่จะถูกนำไปฝากในสถานรับเลี้ยงเด็กตั้งแต่อายุประมาณ 2 เดือน โดยเด็กจะอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ยมากกว่า 44 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (นพวรรณ องค์ไชย, 2545; Fairchok et al., 2010; Nafstad, Hagen, Oie, Magnus, & Jaakkola, 1999) ซึ่งการที่เด็กมาอยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็ก

จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อได้ง่าย โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Dales, Cakmak, Brand, & Judek, 2004; Roberts et al., 2000) ดังนั้น เด็กจึงควรจะได้อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กที่ได้มาตรฐาน

สถานรับเลี้ยงเด็กที่ได้มาตรฐานควรมีอาคารที่มั่นคงแข็งแรง ตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ผู้ดูแลเด็กมีสุขภาพแข็งแรง ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็กและอายุเด็กที่เหมาะสม มีการให้บริการแก่เด็กด้วยความเอาใจใส่ เด็กได้รับความอบอุ่นปลอดภัย มีมาตรการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ดี และได้รับอนุญาตจดทะเบียนสำหรับสถานประกอบการ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่สถานรับเลี้ยงเด็กมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานต่ำ ได้แก่ การมีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กที่เหมาะสม พบเพียงร้อยละ 39.30 (ฐปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ประมวญ สุนากร, และสุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540) นอกจากนั้น ยังพบปัญหาความคับแคบของสถานที่ร้อยละ 48.90 ตั้งอยู่ในบริเวณแออัดมีเสียงดังรบกวนร้อยละ 17.80 (จีรพร ศรีวัฒนานุกูลกิจ, 2542) ถึงแม้สถานรับเลี้ยงเด็กจะมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก แต่ที่ต้องปรับปรุงอย่างมาก คือ ด้านการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ (จิราพร วงศ์ใหญ่, 2539) นอกจากนั้น ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ อันตรายของโรคหวัดและโรคปอดอักเสบร้อยละ 66.30-98.10 แต่มีความรู้ในเรื่องของการดูแล การป้องกันและการรักษาเพียงร้อยละ 2.90-66.30 และบางส่วนขาดประสบการณ์ในการดูแลเด็กถึงร้อยละ 8.90 (จีรพร ศรีวัฒนานุกูลกิจ, 2542; ฐปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต และคณะ, 2540) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก

การแก้ไขปัญหาเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในสถานรับเลี้ยงเด็ก ทำได้โดยปรับปรุงลักษณะทางสุขาภิบาลของสถานรับเลี้ยงเด็กให้ได้มาตรฐาน ทั้งด้านอาคารสถานที่ การรักษาสภาพแวดล้อม เพิ่มสัดส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อเด็ก และมีมาตรการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ สำหรับผู้ดูแลเด็กควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (อาจารี อิงคะวณิช, เพชรา ขวัญไพโรจน์, และวัชรี สารีบุตร, 2542) ในทางปฏิบัติถึงแม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในแต่ละภูมิภาคของประเทศ โดยจัดให้มีการอบรมผู้ดูแลเด็กและผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนกำหนดแนวทางหรือมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แต่ปัญหาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กยังคงมีอยู่ นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็กไม่เหมาะสม จะเพิ่มโอกาสการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานรับเลี้ยงเด็ก และมีส่วนทำให้อุบัติการณ์

Copyright by Chulalongkorn University

การป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเพิ่มมากขึ้น (Lee, Tin, & Kelley, 2007) ดังนั้น นอกจากการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กแล้ว ยังควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีด้วย การที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีนั้น ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งรวมถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่นคือเด็กที่อยู่ในความดูแล

จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) ปัจจัยด้านการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (The individual's evaluation of the advocated health action) และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเบคเกอร์เชื่อว่า ทั้งสามปัจจัยนี้เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมและกำหนดการกระทำของบุคคล เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี

ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เบคเกอร์อธิบายว่า การที่บุคคลใดจะมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ บุคคลนั้นมักตัดสินจากการรับรู้ของตนเองถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดตามมา รวมเรียกว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; สุภรัตน์ บุญนาค, 2543; Russell, 1993) จากเหตุผลข้างต้น การรับรู้ภาวะคุกคามน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กเช่นกัน

สำหรับปัจจัยด้านการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เบคเกอร์อธิบายว่า การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่า การปฏิบัตินั้นมีประโยชน์และมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติน้อยที่สุด จากการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; นฤมล ศรีมงคล, 2536; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541; Russell, 1993) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กเช่นกัน

Copyright© by Mahidol University

ส่วนปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายใน (internal cues) เช่น ความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง หรือเป็นสิ่งชักนำจากภายนอก (external cues) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เบคเกอร์อธิบายว่า ความรู้ ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญในการโน้มน้าว สนับสนุน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญด้านสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541) ดังนั้น ปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคหรือการดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กเช่นกัน

สำหรับปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และตัวแปรด้านโครงสร้าง เบคเกอร์เชื่อว่า มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และยังมีอำนาจการทำนายไม่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานซึ่งเชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; สันติพงษ์ กัณฑะวารี, 2549; Al-Akour, 2003; Sripituk, 2006) ส่วนการศึกษาของ นฤมล ศรีมงคล (2536) พบว่า อายุและการศึกษาของมารดามีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยส่งผ่านการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนของมารดา

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ ปัจจัยด้านการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กพบเพียงการศึกษาเฉพาะในผู้ดูแลเด็กที่เป็นมารดาและญาติสายตรงเท่านั้น ยังไม่พบว่า มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งการทำความเข้าใจการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญต่อการดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับ

Copyright© by Mahidol University

ข้อมูลข่าวสาร จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือไม่ อย่างไร ซึ่งผลการวิจัยนี้จะทำให้ทราบปัจจัยดังกล่าว ซึ่งจะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดทำโปรแกรมส่งเสริมปัจจัยนั้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี และจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเบคเกอร์เชื่อว่า ความเชื่อของบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยแต่ละบุคคลจะมีระดับความเชื่อที่แตกต่างกัน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ คือ 1) ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ประกอบด้วย ปัจจัยย่อยสองปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness) รวมเรียกว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) 2) ปัจจัยด้านการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (The individual's evaluation of the advocated health action) ประกอบด้วย ปัจจัยย่อยสองปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) 3) ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายใน (internal cues) เช่น ความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง หรืออาจเป็นสิ่งชักนำจากภายนอก (external cues) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น สำหรับปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และตัวแปรด้านโครงสร้าง เบคเกอร์เชื่อว่า มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และยังมีอำนาจการทำนายไม่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานซึ่งเชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) ทั้งนี้ปัจจัยความเชื่อในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีหลายมิติที่ถูกเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีในลักษณะของโครงสร้างความสัมพันธ์ การนำไปใช้จึงควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทที่ทำการศึกษา (Davidhizar, 1983) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่เป็นปัจจัยหลักและน่าจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

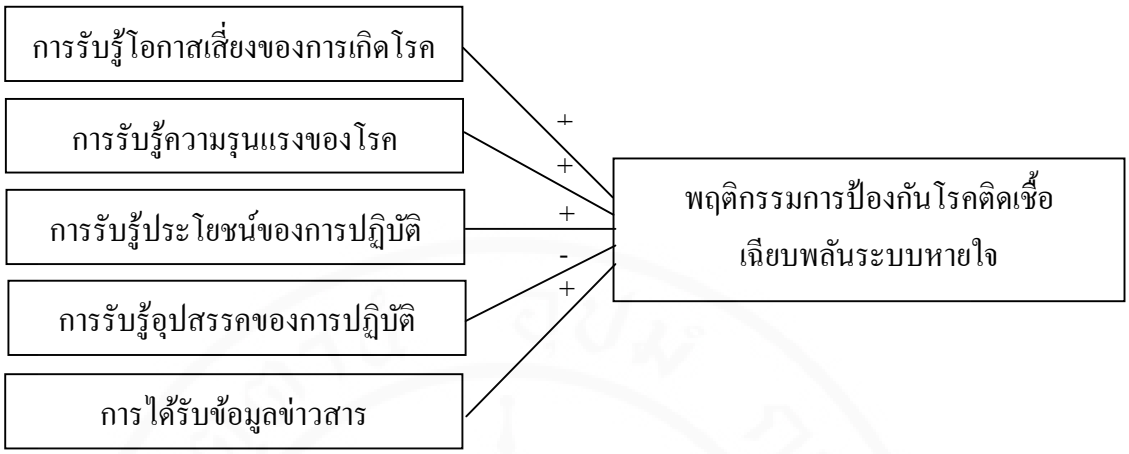
Copyright by Mahidol University

ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เบคเกอร์ (Becker, 1974) อธิบายว่า บุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ถูกต้อง จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอ ที่จะกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนกว่าจะมีการรับรู้ด้วยว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ฐานะทางสังคม และเป็นอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลจะประเมินถึงความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของการกระทำนั้นว่ามีประโยชน์ และมีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติน้อยที่สุด รวมทั้งได้รับการกระตุ้นจากสิ่งชักนำต่างๆ โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสาร บุคคลจะเกิดการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในช่วงเวลานั้น

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่ป้องกันได้ การป้องกันการเกิดโรคในสถานรับเลี้ยงเด็กจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก โดยหากผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เนื่องจากอวัยวะในระบบทางเดินหายใจและระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของเด็กยังพัฒนาไม่ได้เต็มที่ (Roberts et al., 2000) ประกอบกับการมาอยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็ก ทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสเชื้อและป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่าย (Nafstad et al., 1999; Roberts et al., 2000) และเมื่อเด็กป่วยย่อมมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปยังเด็กปกติในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่า โรคนี้มีความรุนแรง เนื่องจากหากปล่อยให้เด็กป่วยเป็นหวัดบ่อยๆ อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หูน้ำหนวก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) รวมถึงการมีการติดเชื้อที่รุนแรงอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ เมื่อผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพของเด็กดังกล่าว ผู้ดูแลเด็กควรพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค นอกจากนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะคุกคามต่อสุขภาพของเด็กได้จริง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประโยชน์และมีความยุ่งยากในการปฏิบัติน้อย จะเป็นแรงชักนำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเพิ่มมากขึ้น และการได้รับความรู้ คำแนะนำ ข่าวสารเรื่องโรคผ่านทางสื่อต่างๆ ก็น่าจะช่วยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ได้แก่ สวมผ้าปิดปากและจมูกเมื่อเป็นหวัด ล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสน้ำมูกหรือเด็กป่วย แยกเด็กป่วย ทำความสะอาดของเล่น ของใช้ และห้องเลี้ยงเด็ก รักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก ดูแลเด็กให้ได้รับอาหารที่เพียงพอตามวัย รวมถึงดูแลให้เด็กออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้แสดงในแผนภูมิที่ 1.1

Copyright© by Chiang Mai University




**แผนภูมิที่ 1.1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเป็นอย่างไร

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กได้หรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

Copyright by Mahidol University

## สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในพื้นที่ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 145 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำมาวางแผนการจัดทำโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กด้านอื่นๆ

## นิยามศัพท์

Copyright by Mahidol University

**โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** หมายถึง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ กับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจตั้งแต่ช่องจมูก

คอ กล่องเสียง หลอดลม หลอดลมปอด จนถึงถุงลมในปอดและเนื้อปอด ทำให้มีอาการไข้ เจ็บคอ คัดจมูก น้ำมูกไหล อาการทางหู หรือหายใจลำบากต่อเนื่องกันไม่เกิน 14 วัน (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540)

**ผู้ดูแลเด็ก** หมายถึง ผู้ที่รับจ้างทำหน้าที่ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนแทนบิดามารดาของเด็ก บิดามารดาสามารถติดต่อสอบถามถึงความเปลี่ยนแปลงของบุตร และเป็นผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กแห่งนั้น

**สถานรับเลี้ยงเด็ก** หมายถึง สถานที่จัดตั้งขึ้นจากเงินทุนของเอกชนภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐบาล เพื่อให้การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนอายุต่ำกว่า 6 ปี จำนวน 6 คนขึ้นไป ผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็ก อาจดำเนินกิจการด้วยตนเองหรืออาจจัดให้มีผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก 4 ประเภท คือ ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กหรือครูพี่เลี้ยง ผู้ดูแลเด็กหรือพี่เลี้ยงเด็ก ผู้ประกอบอาหาร และผู้ทำความสะอาด โดยเจ้าหน้าที่คนหนึ่งอาจทำหลายหน้าที่ได้ แต่ต้องมีความเหมาะสมตามจำนวนเด็ก

**ปัจจัย** หมายถึง สิ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กถึงโอกาสเสี่ยงของเด็กต่อปัญหาด้านการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจว่า เด็กมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคและมีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนมากน้อยเพียงใด วัดจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เห็นด้วย ไม่มีความเห็น เห็นด้วย คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 4-12 คะแนน

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กในด้านความรุนแรงของโรค หรือโรคแทรกซ้อนหลังการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่มีต่อร่างกายเด็ก ระยะเวลาในการรักษา และอาจทำให้เสียชีวิต หากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก วัดจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

Copyright by Mahidol University

ระบบหายใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เห็นด้วย ไม่มีความเห็น เห็นด้วย คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 4-12 คะแนน

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ** หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับผลดีและประโยชน์ของการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการป่วย เช่น สวมผ้าปิดปากและจมูกเมื่อเป็นหวัด ล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสน้ำมูกหรือเด็กป่วย แยกเด็กป่วย ทำความสะอาดของเล่นเด็ก เป็นต้น วัดจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เห็นด้วย ไม่มีความเห็น เห็นด้วย คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 6-18 คะแนน

**การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ** หมายถึง ความรู้สึก หรือความเห็นของผู้ดูแลเด็กต่ออุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เช่น ความไม่สะดวก เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็ก วัดจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เห็นด้วย ไม่มีความเห็น เห็นด้วย คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 6-18 คะแนน

**การได้รับข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กเคยได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเกี่ยวกับอาการ การดูแล การรักษา การป้องกัน และโรคแทรกซ้อนในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จากสื่อบุคคล เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น จากสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เอกสาร/แผ่นพับ หนังสือ/คู่มือ และเว็บไซต์ เป็นต้น วัดจากแบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารทางวิชาการ จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 4 ระดับ เริ่มจาก 0-3 คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง สม่ำเสมอ คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 0-33 คะแนน

Copyright by Mahidol University

**พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กเพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ และการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน วัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติประจำ คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 17-51 คะแนน

Copyright by Mahidol University

# บทที่ 2
# ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ตำรา เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามลำดับต่อไปนี้

- โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ
- สถานรับเลี้ยงเด็ก
- พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก
- ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

## โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Acute Respiratory Infections: ARI)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นอย่างทันทีจากการติดเชื้อของระบบหายใจ ตั้งแต่ช่องจมูก คอ กล่องเสียง หลอดลม หลอดลมปอด จนถึงถุงลมในปอดและเนื้อปอด มีอาการไข้ เจ็บคอ คัดจมูก น้ำมูกไหล อาการทางหู หรือหายใจลำบากต่อเนื่องกันไม่เกิน 14 วัน ส่วนใหญ่จะหายภายใน 4 สัปดาห์ โรคที่พบบ่อยคือ โรคไข้หวัด คออักเสบ แก้วหูอักเสบ กล่องเสียงอักเสบ หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ เป็นต้น (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540)

**สถิติการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน อาการแสดงเบื้องต้น ได้แก่ จาม น้ำมูกไหล และระคายเคืองคอ อุบัติการณ์การเกิดโรคมักลดลงตามอายุ ในเด็กจะพบการป่วยประมาณ 2-6 ครั้งต่อปี อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นการติดเชื้อที่ไม่รุนแรง หากไม่ได้รับการดูแลที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก็สามารถก่อให้เกิด

Copyright by Mahidol University

การติดเชื้อที่รุนแรงในภายหลังได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก (National Institute of Allergy and Infectious Diseases: NIAID, 2011) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี 2000 มีเด็กเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทั่วโลก จำนวน 1.9 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงในระยะ 50 ปีที่ผ่านมา แต่ในบางประเทศยังคงมีอัตราการเสียชีวิตของเด็กสูง ซึ่งร้อยละ 70 ของเด็กที่เสียชีวิตอยู่ในประเทศแถบทวีปแอฟริกาและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 19 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อทั้งหมด (World Health Organization: WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยสถิติตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2552 พบว่า โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นสาเหตุการป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 84 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อทั้งหมด (WHO, 2009) จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2536-2550 พบว่า อัตราตายด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 5.38 เป็น 1.50 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กวัยนี้ ส่วนอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.58 เป็นร้อยละ 1.67 และส่วนใหญ่จะมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และหูน้ำหนวก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและทำให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กล่าช้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Slac-Smith, Read, & Stanley, 2002)

**ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่เกิดได้ง่ายและมักเกิดซ้ำ วิทยาการระบาดของโรคนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ตัวผู้ป่วยเองหรือโฮสต์ (Host) สาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจบ่อยกว่าผู้ใหญ่ ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1.1 ทางเดินหายใจของเด็กมีขนาดเล็กและสั้น เมื่อมีการอักเสบ บวม มีเสมหะคั่งหรือหลอดลมเกร็งตัวเพียงเล็กน้อย จะทำให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจเกิดการอุดตันได้ง่าย (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540)

1.2 การสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กยังเป็นไปไม่ได้เต็มที่ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย (Roberts et al., 2000) การที่เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคไม่ครบตามกำหนด จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และมีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.10 (วีณา เคาวางกูร และพนิดา อนันตเสรีวิทยา, 2541)

Copyright by Mahidol University

1.3 ภาวะขาดสารอาหาร การที่เด็กที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอตามวัย จะทำให้การเจริญเติบโตชะงัก พัฒนาการสมองและสติปัญญาไม่ดีเท่าที่ควร มีภูมิต้านทานต่ำ เจ็บป่วยบ่อย โดยเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1-2 จะมีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (สมนึก เลิศสุโภชวณิชย์, วัชรี สารีบุตร, และสุนันทา สีโท, 2546)

1.4 การไม่ได้รับนมมารดา นมมารดานอกจากจะสามารถป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหารในทารกได้แล้ว ยังคาดว่าจะสามารถป้องกันการติดเชื้อในระบบหายใจได้ด้วย เพราะนมมารดามีภูมิคุ้มกันสูงทั้งชนิดไอจีเอ (Immunoglobulin A : IgA) และไอจีจี (Immunoglobuin G : IgG) ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งจากไวรัสและแบคทีเรียได้ การที่เด็กไม่ได้รับนมมารดาหรือได้รับน้อยกว่า 4 เดือน มีโอกาสป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่ายและสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, 2538; Butchan, 2000)

1.5 ความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้เด็กมีโอกาสสำลักอาหารได้ง่าย หรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหอบหืดหรือภูมิแพ้ (สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, 2538) จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่ากลุ่มอื่น โดยพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจหรือเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบร้อยละ 31.5 หรือ 6.2 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กปกติ (อัจฉรา ธีรรัตน์กุล, 2536)

2. เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค (Agents) การดำเนินของโรคและระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งในเขตชุมชนและโรงพยาบาลในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อเรสไพราทอรี ซินซัยเทียล ไวรัส (respiratory syncytial virus: RSV) (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540) การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่ของโรคปอดอักเสบในเด็กมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส (Lapinsky, 2010) มีประมาณร้อยละ 10-30 ของโรคปอดอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากแบคทีเรีย พบได้ทั้งแบคทีเรียทรงกลมแกรมบวก แบคทีเรียแกรมลบ แบคทีเรียไม่พึ่งออกซิเจน มัยโคพลาสมา คลามิเดีย เชื้อรา และปรสิต เชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียบางตัวอาจทำให้เกิดเป็นโรคปอดอักเสบเรื้อรัง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หลอดลมโป่งพอง หรือถุงลมโป่งพองได้ (Oh, 2006) เชื้อโรคบางชนิดพบมากในวัยเด็ก เช่น เชื้อแสต็บฟิโลค็อกคัส (Staphylococcus) มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เชื้อฮีโมฟีลัส อินฟลูเอ็นซา (Hemophilus influenza) พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 3-4 ปี กลุ่มอาการครู้ป (croup) หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ปอดอักเสบ (Masuda et al., 2002) และโรคภูมิแพ้ของระบบหายใจ (Celedón, Litonjua, Weiss, & Gold, 1999) สำหรับการแยกโรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัสและที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียนั้น ต้องอาศัยการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ (ศศิธร ลิขิตนุกูล, 2540; Lapinsky, 2010)

3. สิ่งแวดล้อม (Environment) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ได้แก่

3.1 สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ส่วนใหญ่จะพบว่า เด็กในประเทศกำลังพัฒนามีอัตราตายจากการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Souza et al., 2003; Williams, Gouws, Boschi-Pinto, Bryce, & Dye, 2002; WHO, 2011)

3.2 การสูดควัน (Passive smoking) เด็กที่สูดหายใจเอาควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของมารดาหรือบุคคลอื่นในครอบครัว หรือควันไฟจากการหุงต้มอาหารในบ้านเป็นเวลานาน จะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจสูงและมักป่วยบ่อยครั้ง ทั้งนี้คาดว่า การสูดควันบุหรี่และควันไฟเข้าไปในทางเดินหายใจ มีผลทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจ ทำให้การทำงานของขนกวัดลดลง จึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย (นวลจันทร์ ปราบพาล, สุภัทรา ลิ้มอุดมพร, และเสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก, 2536; Koch et al., 2003; Nafstad, Hagen, Øie, Magnus, & Jaakkola, 1999)

3.3 มลภาวะทางอากาศและการอยู่ในสถานที่แออัดทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อระบบหายใจสูงกว่าปกติ เช่น ชุมชนเมืองที่มีการจราจรคับคั่ง โรงเรียนหรือในสถานรับเลี้ยงเด็ก และบริเวณใกล้เคียงโรงงานอุตสาหกรรม มักพบอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อระบบหายใจมากกว่าชุมชนในเขตชนบท (Duarte & Botelho, 2000; Fairchok et al., 2010)

3.4 การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ไวรัสหลายตัวพบในชุมชนเกือบตลอดปี เช่น อะดีโนไวรัส (Adenovirus) แต่ไวรัสตัวอื่นๆ จะระบาดตามฤดูกาล ได้แก่ โรคหัดมักจะพบในช่วงที่อากาศเย็น ระหว่างเดือนกันยายน-มีนาคม ฤดูร้อนพบน้อย โรคคอตีบระบาดทุกปีในฤดูฝน ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม โรคปอดอักเสบพบบ่อยในปลายฤดูฝนและฤดูหนาวตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กุมภาพันธ์ พบมากในเดือนตุลาคม โรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันพบมากในช่วงฤดูฝนประมาณเดือนกรกฎาคม ซึ่งเป็นช่วงที่มีการศึกษาพบเชื้อเรสไพราทอรีซินซัยเทียล ไวรัส (RSV) จึงอาจกล่าวได้ว่า โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่พบมากในช่วงปลายฤดูฝนและฤดูหนาว (สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2536; Monto, 2008; NIAID, 2011)

3.5 การแพร่กระจายเชื้อในสถานรับเลี้ยงเด็ก เนื่องจากสถานรับเลี้ยงเด็กมีขนาดคับแคบ และมีเด็กอยู่อย่างหนาแน่น ทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสเชื้อซึ่งกันและกันมาก การที่มีเด็กป่วยอยู่ในกลุ่มเด็กปกติ จะทำให้เด็กได้รับเชื้อจากเด็กที่ป่วย และการรับเลี้ยงเด็กแบบชั่วคราว โดยอาจเป็นเด็กป่วยมาจากสถานรับเลี้ยงเด็กอื่น จึงทำให้เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กแห่งนั้นมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นได้ (สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ, 2541) และพบว่า เด็กที่อยู่ในสถานรับ

เลี้ยงเด็กมักป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจบ่อยกว่าเด็กที่เลี้ยงดูที่บ้าน (Kamper-Jørgensen, Wohlfahrt, Simonsen, Grønbaek, & Benn, 2006; Koopman et al., 2001; Lu et al., 2004; Nafstad et al., 1999)

**ประเภทของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ศศิธร ลิขิตนุกูล, 2540) คือ

1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนบน (Acute upper respiratory infections) ซึ่งรวมถึง หวัด (common cold) เยื่อจมูกอักเสบเป็นหนอง (purulent rhinitis) ปัญหาของหู ได้แก่ หูน้ำหนวก (otitis media) การอักเสบบริเวณแมสสตอยด์ (mastoiditis) โพรงจมูกอักเสบ (sinusitis) กลุ่มอาการเจ็บคอ (sorethroat syndrome) ได้แก่ คอหอยอักเสบ (pharyngitis) ต่อมทอนซิลอักเสบ (tonsillitis) แผลในปาก (mouth ulcer) ฝีรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess) ฝีหลังคอหอย (retropharyngeal abscess)

การรักษา การติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนบน โรคที่พบบ่อยในเด็ก คือ โรคหวัด พบได้ประมาณปีละ 4-8 ครั้ง อาการไม่รุนแรงจะหายเองใน 5-7 วันหากได้รับการดูแลตามอาการที่เหมาะสม เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การล้างจมูก การให้เด็กดื่มน้ำมากๆ เป็นต้น การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะจะใช้ในรายที่เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียหรือในรายที่อาการไม่ดีขึ้น เช่น มีน้ำมูกเขียวข้นนานเกิน 10-14 วัน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ภพ โกศลารักษ์, 2548)

2. โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนล่าง (Acute lower respiratory infections) ได้แก่ กลุ่มอาการครู้ป (Croup syndrome) ลิ้นกระบอกเสียงอักเสบเฉียบพลัน (acute epiglottitis) กล่องเสียงและท่อลมอักเสบเฉียบพลัน (laryngitis tracheitis) โรคกล่องเสียงอักเสบติดต่อ (laryngotracheitis) โรคที่มีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนต้นลงไปถึงทางเดินหายใจส่วนกลาง (laryngotracheobronchitis) โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) โรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (Bronchiolitis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

การรักษา การติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนล่างที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในเด็ก ได้แก่ โรคปอดอักเสบ ต้องทำการตรวจเพื่อหาเชื้อที่น่าจะเป็นสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยการวินิจฉัยและเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโดยแพทย์ในโรงพยาบาล นอกจากนั้น อาจพิจารณาให้การรักษาอื่นที่ช่วยประคับประคอง เช่น การให้ออกซิเจนและความชื้นขณะหอบ การให้สารน้ำ การทำกายภาพบำบัดของทรวงอกและการเคาะปอด (postural drainage) (ศศิธร ลิขิตนุกูล, 2540)

Copyright by Mahidol University

ต่อมาคณะอนุกรรมการวิชาการโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้แบ่งประเภทตามความรุนแรงของโรค เพื่อให้เข้าใจง่ายในระดับบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2531; สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540)

1. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อย (Mild) หายเองได้ ได้แก่ ไข้หวัด มีอาการและอาการแสดงทางคลินิก เช่น ไข้น้อยกว่า 3 วัน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีน้ำมูกไหล ไอ จาม อาจเจ็บคอเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะหายได้เองใน 5-7 วัน เมื่อเกิดอาการเหล่านี้ บิดามารดาหรือผู้ดูแลควรให้การดูแล ดังนี้

1.1 ให้รับประทานอาหารตามปกติและให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ ถ้าเด็กยังกินนมแม่ก็ให้เด็กดูดนมบ่อยๆ

1.2 ให้พักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ให้ความอบอุ่นพอสมควร ไม่ห่อตัวหรือห่มผ้ามาก

1.3 เช็ดตัวเมื่อมีไข้สูงด้วยน้ำอุ่น ถ้าเช็ดแล้วไข้ไม่ลดให้รับประทานยาลดไข้เป็นครั้งคราว ถ้าไอให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ หรือป้ายลิ้นเด็กด้วยน้ำผึ้งผสมมะนาว อาจให้ยาแก้ไอบ้าง

1.4 ไม่ปล่อยเด็กคลุกคลีกับผู้อื่น สวมผ้าปิดปากหรือจมูกป้องกันเวลาไอจาม

2. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate) มีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน ได้แก่ มีน้ำมูกข้นๆ ปนหนองในจมูกหรือมีเสมหะหลังคอ ปวดหู มีหนองไหลจากรูหู ไอแบบมีเสมหะหรือไอเสียงก้อง เจ็บคอมากและมีฝ้าขาวในคอ หายใจลำบากหรือหายใจเร็วเกิน 50 ครั้ง/นาที ในเด็กเล็กต่ำกว่า 1 ขวบ หรือเกิน 40 ครั้ง/นาที ในเด็กเกิน 1 ขวบขึ้นไป ไข้นานกว่า 3 วันหรือสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส และไข้ ไอมากเมื่อได้ยาแล้วไม่ดีขึ้นใน 7 วัน เมื่อเกิดอาการเหล่านี้ บิดามารดาหรือผู้ดูแลควรพาเด็กไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

3. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก (Severe) มีอาการและอาการแสดงอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้และอาจร่วมกับอาการและอาการแสดงข้างต้น ได้แก่ อาการไอเสียงก้อง (barking cough) หรือมีเสียงฮู้พตอนท้าย (whooping) เสียง stridor ได้ยินชัดเจนเวลาหายใจเข้าและมีอาการหายใจลำบาก เห็นได้จากมีหน้าอกบุ๋ม (retraction of chest wall) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) ริมฝีปากและเล็บมือเล็บเท้าเขียว (cyanosis) ชัก (convulsion) ดูดนมหรือรับประทานอาหารได้น้อย (poor feeding) เมื่อเกิดอาการเหล่านี้ บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กควรพาเด็กไปโรงพยาบาลทันที

Copyright by Mahidol University

**โรคแทรกซ้อนและผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนใหญ่อาการมักไม่รุนแรง มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่อาจมีไข้สูงและต้องนอนพักผ่อนเป็นครั้งคราว เมื่อกินยาลดไข้แล้วอาการมักจะดีขึ้น หากไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อนจะหายภายใน 7 วัน หากไม่ระมัดระวังร่างกายปล่อยให้ป่วยเรื้อรังอาจมีน้ำมูกข้นสีเหลืองหรือเขียว ไอมีเสมหะสีเหลืองหรือเขียว เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบ หูน้ำหนวก และปอดอักเสบ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าเด็กช่วงขวบปีแรกที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนบนจากเชื้อเรสไพราทอรี ซินซัยเทียล ไวรัส (RSV) ซึ่งเป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (ศศิธร ลิขิตนุกูล, 2540; สุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540; Fairchok et al., 2010; Wennergren & Kristjánsson, 2001) และการป่วยซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งขึ้นไป สัมพันธ์กับการอาการหายใจวี๊ด (wheezing) ในช่วงอายุ 1-4 ปี เนื่องจากหลอดลมอักเสบ หรือมีรอยโรคในปอด (Celedón, Litonjua, Ryan, Weiss, & Gold, 2002; Oh, 2006) นอกจากนั้นยังสัมพันธ์กับการเกิดหูน้ำหนวกในช่วงขวบปีแรก โรคหอบหืดเมื่ออายุ 2-4 ปี บางรายเกิดโรคปอดอักเสบรุนแรงจนเสียชีวิต (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2546; Nafstad et al., 1999; Nafstad, Magnus, Jaakkola, & Jouni, 2000; Sagai et al., 2004; Tomochika et al., 2009)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจดูเหมือนเป็นการเจ็บป่วยทั่วไป ที่สามารถหายได้เอง แต่ถ้าหากบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กไม่ใส่ใจ ปล่อยให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำบ่อยๆ ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคเรื้อรังของปอดตามมา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตทั้งต่อร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิตของเด็ก และอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (Kamper-Jørgensen et al., 2006) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดาที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลบุตร ทำให้ขาดรายได้จากการทำงาน เสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ (McCutcheon & Fitzgerald, 2001; Roberts et al., 2000) ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล กระทบเศรษฐกิจของชาติ (Barker, Stevens, & Bloomfield, 2001) จากการเฝ้าระวังของกรมวิทยาศาสตร์และกลุ่มงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในโรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่ง ระหว่างปี 2536, 2537 และ 2540 พบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคไข้หวัดลดลง แต่ยังคงสูงกว่าที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 25) เนื่องจากมีอัตราเชื้อดื้อยามากขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ง่ายและมักเกิดซ้ำ เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักมีอาการรุนแรงโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นสาเหตุที่ต้องนำเด็กมารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของเด็กจำนวนมาก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีทั้งจากตัวเด็กเอง เชื้อโรคที่พบบ่อยในเด็ก รวมถึงสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพเด็กจึงขึ้นอยู่กับการดูแลของบิดามารดาเป็นสำคัญ แต่ปัจจุบันจากภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัวและมีการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัว

Copyright© by Mahidol University

จากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) รูปแบบการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนจึงเปลี่ยนไป เด็กส่วนใหญ่จะถูกนำไปฝากในสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งการที่เด็กมาอยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็ก จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่าย ดังนั้น เด็กจึงควรจะได้อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กที่ได้มาตรฐานมีการจัดการที่ดี

## สถานรับเลี้ยงเด็ก

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน บิดามารดามีความจำเป็นต้องพึ่งพาสถานรับเลี้ยงเด็กมากกว่าในอดีต (McCutcheon & Fitzgerald, 2001) เด็กแรกเกิด-6 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกามากกว่าร้อยละ 61 ถูกนำไปฝากในสถานรับเลี้ยงเด็กเพื่อแบ่งเบาภาระของบิดามารดา (Fairchok et al., 2010; Kotch et al., 2007) ส่วนในประเทศไทยมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีกว่า 776,064 คน ที่ถูกนำไปฝากในสถานรับเลี้ยงเด็กสังกัดต่างๆ จำนวน 17,949 แห่งทั่วประเทศ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ปัจจุบันการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้ (ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2535)

1. รูปแบบที่จัดตั้งตามความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ให้บริการ ได้แก่

1.1 สถานรับเลี้ยงเด็กที่ดำเนินการโดยรัฐ อาศัยเงินงบประมาณส่วนหนึ่งของประเทศในการดำเนินงาน

1.2 สถานรับเลี้ยงเด็กที่ดำเนินการโดยเอกชน จัดตั้งขึ้นจากเงินทุนของเอกชนภายใต้การควบคุมของรัฐบาลในการขออนุญาตจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็ก

2. รูปแบบที่จัดตั้งตามลักษณะการให้บริการ ได้แก่

2.1 สถานรับเลี้ยงเด็กแบบครอบครัว (family day care) ให้บริการรับเลี้ยงเด็กโดยครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง ที่มีลูกอ่อนหรือมีเด็กเล็กที่จะต้องเลี้ยงดูอยู่แล้ว เป็นการเปิดบริการรับเลี้ยงเด็กเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว มีบรรยากาศใกล้เคียงกับการเลี้ยงดูที่บ้านมากที่สุดและเหมาะกับเด็กที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้เลี้ยงดูเยี่ยงพ่อแม่ จำนวนเด็กที่รับเลี้ยงจะมีประมาณ 5-7 คน อัตราค่าบริการถูกกว่าสถานรับเลี้ยงเด็กแบบเป็นกลุ่ม และมักตั้งอยู่ใกล้บ้านทำให้สะดวกในการรับส่งเด็ก

2.2 สถานรับเลี้ยงเด็กแบบเป็นกลุ่ม (group day care) ให้บริการรับเลี้ยงเด็กรายวัน สถานที่มีการก่อสร้างตัวอาคารและจัดสุขลักษณะให้ถูกต้องตามมาตรฐาน โดยให้บริการเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 3 ปีขึ้นไป มีการจัดกิจกรรมต่างๆ แก่เด็กเพื่อสร้างประสบการณ์ มีพัฒนาการอย่างเหมาะสม และเตรียมความพร้อมแก่เด็กก่อนจะเข้าโรงเรียน

Copyright by Mahidol University

**คุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก** บิดามารดาที่จำเป็นต้องใช้บริการของสถานรับเลี้ยงเด็กควรจะมีความรู้พื้นฐาน เพื่อเป็นหลักในการพิจารณาเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กที่ไว้วางใจได้และเหมาะสมกับบุตรของตน โดยประเมินถึงคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ (ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2535)

1. สถานรับเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพต่ำ (poor quality day care) ลักษณะทั่วไปที่มักพบบ่อยในสถานรับเลี้ยงเด็กประเภทนี้ ได้แก่ มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่ถูกสุขอนามัยและการสุขาภิบาลไม่ดี มีอันตรายทางด้านกายภาพ บริเวณคับแคบ แออัด และอัตราส่วนของจำนวนผู้ดูแลเด็กต่อเด็กไม่เหมาะสม ขาดกิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ในการกระตุ้นเร้าความสามารถเด็ก บุคลากรขาดการฝึกอบรมหรือขาดคุณสมบัติของการเป็นผู้ดูแลเด็กที่ดี รวมถึงไม่คำนึงถึงความรู้สึกหรือการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการอบรมดูแลเด็ก

2. สถานรับเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพที่ดี (excellent quality day care) สถานรับเลี้ยงเด็กนั้นมีสถานที่ตั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ภายในอาคารมีการระบายอากาศที่ดี มีพื้นที่สำหรับจัดกิจกรรม รับประทานอาหาร นอน ทำความสะอาดร่างกายเด็ก ห้องส้วม บริเวณที่ประกอบอาหาร บริเวณที่พักเด็กป่วย มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กที่เหมาะสม ผู้ดูแลเด็กผ่านการอบรมการเลี้ยงดูเด็ก ได้รับอนุญาตจดทะเบียนสำหรับสถานประกอบการ ที่สามารถจัดกิจกรรมประสบการณ์ บริการอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ รวมทั้งผู้ดูแลเด็กมีศักยภาพทางกายที่จะคลุกคลีกับเด็กได้วันละ 6-8 ชั่วโมงทุกๆ วัน

**การบริหารจัดการสถานรับเลี้ยงเด็ก** มีเงื่อนไขการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และรัฐวิสาหกิจ แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ คือ 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งที่จัดตั้งเอง และรับโอนจากหน่วยงานต่างๆ 2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดหน่วยงานราชการในโรงพยาบาลรัฐและสถานที่ทำงานราชการ 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน 4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดกรุงเทพมหานคร 5) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน (Non Governmental Organizations: NGOs) ส่วนใหญ่เป็นเด็กด้อยโอกาสในชุมชนแออัดและเด็กกำพร้า (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากหน่วยงานต่างๆ นี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน คือ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ทำหน้าที่ควบคุมดูแลตั้งแต่การขออนุญาตจัดตั้ง จนถึงการดำเนินงานภายหลังได้รับใบอนุญาตจัดตั้งเพื่อให้มีบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎกระทรวง

Copyright by Mahidol University

พ.ศ. 2549 สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนส่วนใหญ่มีความหลากหลาย แตกต่างกันไปตามเงินทุนจัดตั้งของเอกชน สภาพพื้นที่ อัตราค่าบริการ และคุณภาพของการบริการ และมีหลายแห่งที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่ดำเนินกิจการก่อนปี พ.ศ. 2549 หากผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการที่ได้มาตรฐานในด้านต่างๆ ย่อมมีผลต่อการเจ็บป่วยของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ ดังจะได้กล่าวถึงมาตรฐานของสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

**มาตรฐานของสถานรับเลี้ยงเด็ก** ผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนต้องดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎกระทรวง พ.ศ. 2549 ดังนี้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549)

1. ด้านอาคารสถานที่ ต้องมีบริเวณที่ตั้งอาคารภายในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นเขตปลอดบุหรี่ ไม่อยู่ใกล้ชิดบริเวณที่มีมลพิษหรือบริเวณที่เสี่ยงอันตราย อาคารมั่นคงแข็งแรง มีแสงสว่างในอาคาร มีพื้นที่เพียงพอโดยเฉลี่ย 2 ตารางเมตร/ เด็กอายุสองปีขึ้นไป 1 คน และโดยเฉลี่ย 1.50 ตารางเมตร/ เด็กอายุต่ำกว่าสองปี 1 คน มีพื้นที่สำหรับจัดกิจกรรม รับประทานอาหาร นอน และทำความสะอาดร่างกายแยกจากห้องประกอบอาหาร ห้องส้วมถูกสุขลักษณะ มีที่ถ่ายอุจจาระโดยเฉลี่ยหนึ่งที่/เด็กที่มีอายุหนึ่งปีขึ้นไป 10 คน และมีบริเวณที่พักเด็กป่วยแยกเป็นสัดส่วน กรณีที่ไม่สามารถจัดห้องพักเด็กป่วยโดยเฉพาะได้ ต้องจัดให้มีที่พักเด็กป่วยแยกเป็นสัดส่วนตามความเหมาะสม

2. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กหรือครูพี่เลี้ยง ผู้ดูแลเด็กหรือพี่เลี้ยงเด็ก ผู้ประกอบอาหาร และผู้ทำความสะอาด โดยเจ้าหน้าที่คนหนึ่งอาจทำหลายหน้าที่ได้ แต่ต้องมีความเหมาะสมตามจำนวนเด็ก ผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็ก อาจดำเนินกิจการด้วยตนเองหรืออาจจัดให้มีผู้ดำเนินกิจการ ในกรณีที่ดำเนินกิจการด้วยตนเอง ผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งต้องมีวุฒิการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย หรือมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยอย่างน้อยหนึ่งปี หรือผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงกำหนด และมีความรู้เรื่องโภชนาการและอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยเป็นอย่างดี สำหรับผู้ดูแลเด็กต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ จบการศึกษาภาคบังคับ มีความประพฤติดี ไม่เคยได้รับโทษจำคุกและมีความผิดอันเกี่ยวกับเด็ก มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ติดสารเสพติด มีการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก

3. ด้านการบริการ เป็นการจัดบริการดูแลสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนอายุตั้งแต่แรกเกิด-6 ปี จำนวน 6 คนขึ้นไป รับจำนวนเด็กได้สูงสุดตามขนาดพื้นที่ของสถาน

Copyright by Mahidol University

ประกอบการ (เด็ก 1 คน/ พื้นที่ 2 ตารางเมตร) แต่ต้องมีผู้ดูแลเด็กที่มีอัตราส่วนเหมาะสมกับจำนวนเด็กและอายุเด็ก ดังนี้ 1) เด็กอายุไม่เกินหนึ่งปี ผู้ดูแลเด็ก 1 คน/ เด็กไม่เกิน 3 คน 2) เด็กอายุตั้งแต่หนึ่งปีไม่เกินสามปี ผู้ดูแลเด็ก 1 คน/ เด็กไม่เกิน 6 คน 3) เด็กอายุตั้งแต่สามปีไม่เกินห้าปี ผู้ดูแลเด็ก 1 คน/ เด็กไม่เกิน 10 คน 4) เด็กอายุตั้งแต่ห้าปีขึ้นไป ผู้ดูแลเด็ก 1 คน/ เด็กไม่เกิน 15 คน นอกจากนั้นต้องจัดให้มีแพทย์หรือพยาบาล หรือสามารถติดต่อกับแพทย์หรือพยาบาลจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานีอนามัย หรือคลินิก ได้ทันทีเมื่อมีกรณีฉุกเฉิน ส่วนอัตราค่าบริการแตกต่างกันไปตั้งแต่น้อยกว่า 500 บาท ไปจนถึงมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สถานรับเลี้ยงเด็กที่คิดอัตราค่าบริการน้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือน จะได้รับความช่วยเหลือในด้านสื่อการเรียนการสอน ของเล่น อาหารเสริม จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ปีละ 1 ครั้ง ส่วนสถานรับเลี้ยงเด็กที่คิดอัตราค่าบริการมากกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กต้องบริหารจัดการด้วยตนเอง

การประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของสถานรับเลี้ยงเด็กทุกแห่ง จะถูกติดตามประเมินจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการทุกปี โดยถอดเกณฑ์การประเมินจากข้อกำหนดของกฎกระทรวง แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ 1) ระดับดี คือ สถานรับเลี้ยงเด็กที่ประเมินได้ 65 คะแนนขึ้นไป 2) ต้องปรับปรุง คือ สถานรับเลี้ยงเด็กที่ประเมินได้ต่ำกว่า 65 คะแนน สถานรับเลี้ยงเด็กที่ประเมินได้คะแนนระดับดีจะได้รับใบประกาศเกียรติคุณ หากได้รับ 3 ปี ติดต่อกันจะได้รับโล่เชิดชูเกียรติ สำหรับสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ดำเนินกิจการควรมีการพัฒนา ปรับปรุง และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง

สถานรับเลี้ยงเด็กเป็นสถานที่ให้การดูแลเด็กในเวลากลางวัน ในช่วงที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้ โดยมีบทบาทในการส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและสุขภาพเด็ก อาจจัดตั้งตามความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ให้บริการหรือลักษณะการให้บริการ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ อาคารสถานที่ ผู้ดูแลเด็ก และการให้บริการดูแลเด็ก การดำเนินการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กต้องใช้ความประณีต ละเอียดอ่อน และรอบคอบ เพราะเด็กต้องการการดูแลเป็นพิเศษเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็กที่ได้มาตรฐานไม่ได้หมายความถึงสถานรับเลี้ยงเด็กที่มีอาคารหรูหรา โอ่โถง มีอุปกรณ์ทันสมัย แต่หมายถึง การมีอาคารที่มั่นคงแข็งแรง ตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ผู้ดูแลเด็กมีสุขภาพแข็งแรง มีบุคลิกลักษณะเหมาะสมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็กและอายุเด็กที่เหมาะสม มีการให้บริการแก่เด็กด้วยความเอาใจใส่ เด็กได้รับความอบอุ่นปลอดภัย และมีมาตรการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ดี ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลเด็กควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็กที่ดี เพื่อลดการเจ็บป่วยและโอกาสการแพร่กระจายเชื้อในสถานรับเลี้ยงเด็ก

Copyright© by Mahidol University

## พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก

พฤติกรรม (behaviors) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลจะกระทำ ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนั้นอาจสังเกตได้ด้วยการสัมผัส หรือไม่สามารถสังเกตได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การเดิน การพูด ความคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ (เฉลิมพล ตันสกุล, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ตันสกุล, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (พิสมัย จันทวิมล, 2541)

คาสล์ และคอบ (Kasl & Cobb, 1966) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นการกระทำใดๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เป็นโรค

สตีล และแมคบลูม (Steel & McBroom, 1972) อธิบายความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพ ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรค โดยการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจัดเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมใดๆ ของบุคคลในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ที่กระทำด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อจะป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลที่ทำในขณะสุขภาพแข็งแรงเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งต่อร่างกายและจิตใจ

**พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก** พฤติกรรมการป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามระยะต่างๆ ของโรค คือ (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2547) 1) การป้องกันขั้นที่หนึ่งหรือการป้องกันโรคปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการหรืออาการ

Copyright by Mahidol University

แสดงของโรคเกิดขึ้น 2) การป้องกันขั้นที่สองหรือการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคเพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรค หยุดยั้งการดำเนินของโรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และลดระยะการติดต่อของโรค 3) การป้องกันขั้นที่สามหรือการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการของโรค ตลอดจนผลเสียต่างๆ ที่จะตามมาภายหลังการเป็นโรค เป็นการป้องกันในขณะที่โรคเป็นมากแล้ว

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคขั้นที่หนึ่งหรือการป้องกันโรคปฐมภูมิที่ผู้ดูแลเด็กควรปฏิบัติ ดังนี้

**1. พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค**

1.1 ผู้ดูแลเด็กที่เป็นหวัดควรหลีกเลี่ยงการกอดเด็ก ไม่ไอ จามรดหน้าเด็ก ไม่หายใจตรงหน้าเด็ก หากมีความจำเป็นต้องให้การดูแลเด็กเมื่อตนเองเป็นหวัด ควรสวมผ้าปิดปากหรือจมูกตลอดเวลาขณะให้การดูแลเด็ก การที่ผู้ดูแลเด็กป่วยเป็นหวัดและยังคงคลุกคลีกับเด็ก อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดต่อและเด็กติดเชื้อหวัดได้ (สังวาลย์ เจริญรบ และดรุณี โพธิ์ศรี, 2540; Boone & Gerba, 2005)

1.2 ผู้ดูแลเด็กไม่ควรให้เด็กที่ป่วยเป็นหวัดคลุกคลีกับเด็กอื่นๆ โดยหลีกเลี่ยงการพาเด็กป่วยไปเล่นในสนามเด็กเล่นและห้องนันทนาการ

**2. พฤติกรรมด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ** ได้แก่

2.1 ผู้ดูแลเด็กต้องหมั่นล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมใดๆ กับเด็ก และหลังดูแลเด็กป่วย การที่ผู้ดูแลเด็กมีการล้างมือค่อนข้างน้อย อาจเป็นสาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ (Salemi, Canola, & Eck, 2002) จากการศึกษาพบว่า เชื้อไรโนไวรัส (Rhinovirus) ที่ปนอยู่ในน้ำมูกถ้าติดอยู่ที่มือ จะมีชีวิตรอดอยู่ได้นานถึง 3 ชั่วโมง (Ansari, Springthorpe, Sattar, Tostowaryk, & Wells, 1991) การล้างมือจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลเด็กทุกคนควรตระหนัก เนื่องจากการล้างมือมีประสิทธิภาพในการลดการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ (Kotch et al., 2007)

2.2 เด็กที่เริ่มมีอาการน้ำมูกไหล คัดจมูก ไอ จาม ในช่วง 2-3 วันแรก ควรจัดให้นอนแยกห่างจากเด็กที่ไม่ป่วยอย่างน้อย 3 ฟุต (เกือบ 1 เมตร) หากผู้ดูแลเด็กไม่แยกเด็กป่วยจะทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังเด็กปกติได้ (ประทุมพร เตชะ, 2546) กรณีไม่มีห้องแยก ควรใช้ผ้าม่านกั้นเป็นสัดส่วน มีการแยกของเล่น ของใช้ เช่น ผ้าเช็ดตัว ช้อน และแก้วน้ำดื่ม เพื่อป้องกันการ

Copyright© by Mahidol University

แพร่เชื้อโรคและง่ายต่อการทำความสะอาด (สันติพงษ์ กัณทะวารี, 2549; NIAID, 2011) นอกจากนั้น ผู้ดูแลเด็กควรดูแลเช็ดน้ำมูกให้เด็กด้วยกระดาษทิชชู และทิ้งลงขยะที่มีฝาปิดมิดชิด หรือใช้ผ้าเช็ดหน้าส่วนตัวเด็ก (ควรคล้องติดตัวเด็ก) เช็ดน้ำมูก และปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอ จาม

2.3 เด็กที่เป็นหวัดเริ่มมีอาการไข้ ควรแจ้งผู้ปกครองให้มารับกลับบ้าน และควรให้หยุดพักอยู่ที่บ้าน 2-3 วัน หรือจนกว่าจะหายเป็นปกติ

2.4 ถ้ามีเด็กป่วยมากกว่า 2 ราย ในห้องเดียวกันภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ต้องพิจารณาปิดห้องที่มีเด็กป่วยอย่างน้อย 5 วัน

**3. พฤติกรรมด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก** โดยมีการทำความสะอาดและการทำลายเชื้ออย่างถูกต้อง ดังนี้ (Smith, 1986)

3.1 ของใช้สำหรับเด็ก เช่น แก้วน้ำดื่มและช้อน ขวดนม ขวดน้ำ ควรมีใช้ส่วนตัว และต้องล้างทำความสะอาดทุกวัน

3.2 ที่นอน ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ซักทำความสะอาดทุกสัปดาห์ หรือเมื่อสกปรก

3.3 ของเล่นเด็ก ทำความสะอาดทุกสัปดาห์ คือ ของเล่นที่เป็นไม้ พลาสติก ทำความสะอาดด้วยการล้างด้วยน้ำยาทำความสะอาด (ผงซักฟอก น้ำยาล้างจาน สบู่) หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วนำมาตากแดดให้แห้ง ของเล่นที่เป็นกระดาษ ควรมีการปัดฝุ่น ตากแดด ของเล่นที่เป็นผ้า ตุ๊กตา ควรซักตากแดดให้แห้ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Klein, 1986)

3.4 บริเวณรอบอาคาร สถานที่ ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว โรงอาหาร บริเวณที่เด็กเล่นในอาคาร ทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด (ผงซักฟอก น้ำยาล้างจาน สบู่) หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกวัน กรณีเกิดการระบาดควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันทีและบ่อยครั้งขึ้น จากการศึกษาพบว่า ปัญหาความอับชื้น ลักษณะทั่วไปของสถานรับเลี้ยงเด็กที่ไม่เหมาะสมอาจสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางระบบหายใจของเด็ก (Nafstad, Jaakkola, Skrondal, & Magnus, 2004)

**4. พฤติกรรมด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก** การเปลี่ยนแปลงอากาศที่รวดเร็ว หรืออากาศที่หนาวเย็นจะทำให้เด็กมีโอกาสป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ หากร่างกายปรับตัวไม่ทัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2537) การดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่ออากาศหนาวเย็นควรใส่เสื้อผ้าหนาๆ หรือห่มผ้าให้เด็กเล็กๆ ควรสวมถุงมือ ถุงเท้า ให้อาบน้ำอุ่น

Copyright by Mahidol University

หรืออาบน้ำให้ในช่วงกลางวันหรือตอนบ่าย (วันเพ็ญ รักชีพ, 2539) ไม่เปิดพัดลมกระทบที่ตัวเด็กโดยตรง ในสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งที่ใช้เครื่องปรับอากาศ เมื่อเด็กนอนกลางวันควรห่มผ้าให้เด็กและดูแลไม่ให้ผ้าห่มหลุด

**5. พฤติกรรมด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ** โภชนาการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีโอกาสติดเชื้อและเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ (NIAID, 2011) การดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะช่วยให้เด็กเติบโตสมบูรณ์แข็งแรง มีภูมิต้านทานโรคดี ซึ่งจะทำให้ไม่ป่วยเป็นไข้หวัดบ่อยๆ (เพ็ญศรี พิชัยสนิท, 2530) เด็กในวัยนี้จึงควรได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอ และครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ โดยควรให้อาหารหลักหมู่ที่ 1 ให้มาก และอาหารจำพวกโปรตีน เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อปลา เนื้อวัว กุ้ง เป็ด ไก่ อย่างใดอย่างหนึ่งสลับกันไปในแต่ละมื้อ บางมื้ออาจจะให้เด็กกินอาหารจำพวกเต้าหู้ ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ แทน หรือเสริมเพิ่มไปกับอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ และที่ควรจะให้ได้ทุกวัน คือ นมสด ไข่ นอกจากนั้นในวันหนึ่ง ยังจำเป็นต้องให้เด็กได้กินผักทุกมื้ออย่างน้อย 2 ชนิด ดังนั้นอาหารของเด็กวัยนี้ ควรจะเป็นอาหารที่ย่อยง่าย เคี้ยวง่าย รสไม่จัด สีสันน่ากิน ปริมาณที่ให้ในแต่ละมื้อควรจะพอเหมาะกับอายุ และความอยากอาหารของเด็ก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เด็กในวัยนี้กินอาหารได้ครั้งละไม่มาก อาจรู้สึกหิวระหว่างมื้อหรือหลังจากวิ่งเล่น ควรมีอาหารระหว่างมื้อให้เด็ก เช่น น้ำนม ผลไม้ หรือขนมที่ทำจากถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น ส่วนอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับเด็ก ได้แก่ อาหารหมักดอง อาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก อาหารรสจัด เครื่องดื่มบางชนิด เช่น น้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ ขนมหวานจัด ลูกกวาด ท๊อฟฟี่ จะทำให้ฟันผุเร็ว และอิ่มก่อนถึงเวลาอาหาร ทำให้เด็กกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายน้อย (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539)

**6. พฤติกรรมด้านการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน** การออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีอัตราการป่วยเป็นหวัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย (NIAID, 2011) การออกกำลังกายสำหรับเด็ก ได้แก่ การพาเด็กเดินเล่น วิ่งเล่นในสนามเด็กเล่นหรือห้องนันทนาการ มีการจัดกิจกรรมกลุ่มและรายบุคคลตามระยะพัฒนาการของเด็ก ทั้งนี้เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก สังคมและภาษา โดยจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการพักผ่อนในเด็กวัย 1-5 ปี ควรนอนประมาณวันละ 12 ชั่วโมง โดยนอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง (Goldson & Reynolds, 2003; Hockenberry & Wilson, 2009) เพื่อรักษาความสมดุลของกระบวนการต่างๆ

Copyright by Mahidol University

ในร่างกายทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเกี่ยวกับการเจริญเติบโตออกมามากขึ้น (Verrillo et al., 2011) ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดี

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดในช่วงที่เด็กอยู่สถานรับเลี้ยงเด็ก เป็นผู้มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กมากที่สุด การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคแก่เด็ก จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของผู้ดูแลเด็กที่กระทำด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อจะป้องกัน หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้เด็กได้รับการเลี้ยงดู เจริญเติบโตในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย มีสุขภาพดีและพัฒนาการที่เหมาะสมตามสิทธิที่เด็กพึงได้รับ

## ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Healh Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950-1960 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม เนื่องจากประชาชนไม่สนใจในการป้องกันโรค และขาดการคัดกรองโรคในระยะแรก จึงเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีการป้องกันโรคมากขึ้น เบคเกอร์เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ อันเป็นการกระทำเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ต้องมีตัวแปรสำคัญในการกำหนดการกระทำ จากแนวคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman & Becker, 1974) โดยมีปัจจัยหลัก 3 ประการ ดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยตัดสินจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่จะเกิดขึ้นตามมา (Perceived Seriousness) รวมเรียกว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat)

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (The individual's evaluation of the advocated health action) คือความเป็นไปได้และประสิทธิผลของการกระทำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรค ซึ่งบุคคลจะประเมินถึงความสะดวกที่ได้รับว่ามีประโยชน์ (Perceived Benefits) และมีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติน้อย (Perceived

Copyright by Mahidol University

Barriers) ในทางกลับกันหากบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่ามีมากบุคคลจะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้นๆ

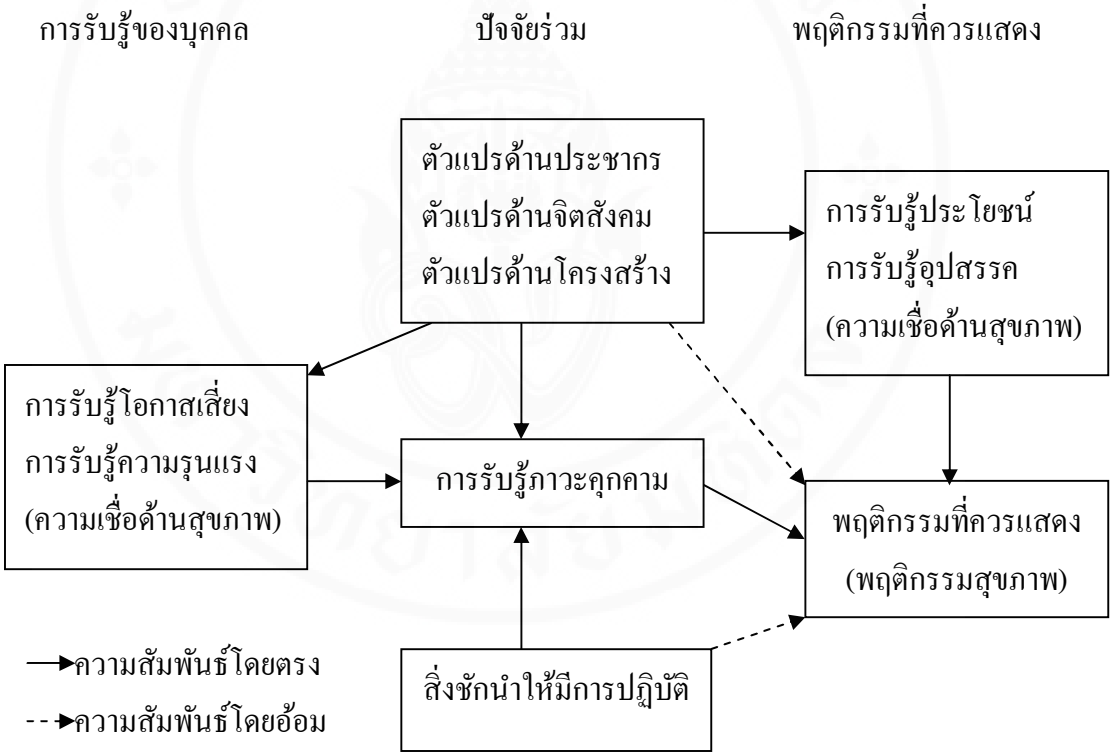
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายใน (internal cues) เช่น ความเจ็บป่วยต่างๆ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง หรืออาจเป็นสิ่งชักนำจากภายนอก (external cues) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ

สำหรับปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และตัวแปรด้านโครงสร้าง เบคเกอร์เชื่อว่า มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและยังมีอำนาจการทำนายไม่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานซึ่งเชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.1855$, $p < .01$) (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540) อาจเนื่องจากมารดากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในขณะที่มารดาที่มีอายุมากมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ดังนั้นในการแสวงหาความรู้หรือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของมารดาอายุน้อยจึงอาจเป็นไปได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุมาก อย่างไรก็ตาม อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1207, .1261, .1059, .0414$, $p > .05$) เนื่องจากในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) ทำให้ไม่มีความแตกต่างกันมากพอ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ สันติพงษ์ กัณฑะวารี (2549) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความรู้เรื่องโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากด้านการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การศึกษาของ นฤมล ศรีมงคล (2536) พบว่า อายุ และการศึกษาของมารดามีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการล้างมือของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยส่งผ่านการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนในการล้างมือด้วยสบู่ และการศึกษาของ อัล-คาวร์ (Al-Akour, 2003) พบว่า อายุ และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารอินสุลินอย่างเข้มงวดของวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลินในจอร์แดน เนื่องจากวัยรุ่นโรคเบาหวานทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพามารดาในการดูแลตนเองและบริหารยา แตกต่างจากการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า คุณลักษณะประชากรของมารดาเกี่ยวกับ อายุของมารดา รายได้ครอบครัว และระดับการศึกษา มีความ

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .262, .157, .241, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกได้ เนื่องจากมีระดับความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอยู่ในระดับต่ำ

ทั้งนี้ปัจจัยความเชื่อในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีหลายมิติ ที่ถูกเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีในลักษณะของโครงสร้างความสัมพันธ์ การนำไปใช้จึงควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทที่ทำการศึกษา (Davidhizar, 1983) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Healh Belief Model) ของเบคเกอร์ แสดงในแผนภูมิที่ 2.1




**แผนภูมิที่ 2.1** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยเลือกปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยหลักและน่าจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก มีรายละเอียด ดังนี้

Copyright by Mahidol University

**1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)** หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค (Becker, 1974; Becker, 1990; Rosenstock, 1974) เช่นเดียวกัน หากผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าเด็กมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เนื่องจากเด็กมีอวัยวะในระบบทางเดินหายใจและระบบภูมิคุ้มกันที่ยังพัฒนาไม่ได้เต็มที่ ประกอบกับการมาอยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็กทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสเชื้อและเกิดโรคติดต่อได้ง่าย เมื่อผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าว ผู้ดูแลเด็กจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก ซึ่งสามารถวัดได้จากการคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการกลับเป็นซ้ำ (Janz & Becker, 1984)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในผู้ดูแลเด็ก พบว่า มีการศึกษาเฉพาะในผู้ดูแลเด็กที่เป็นมารดาและญาติสายตรงเท่านั้น จากการศึกษาของ แจนส์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ได้ดีกว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (sick role behavior) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร์ (2536) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดา เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3215$, $p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิติยาดา สมบุญนาค (2547) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .448$, $p < .01$) นอกจากนี้ผลการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคอื่นๆ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ($r = .430$, $p < .01$) (ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543) พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ($r = .1922$, $p < .01$) (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540) พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านของมารดาชาวอเมริกันผิวดำที่มีบุตรวัยก่อนเรียน ($r = .18$, $p < .05$) (Russell, 1993) และการศึกษาของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ว่าบุตรของตนมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ ย่อมมีความต้องการที่จะพาบุตรมารับวัคซีนป้องกันโรคนั้นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษาของสุจรรยา ทั่งทอง (2541) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright by Mahidol University

($r = .0273$, $p > .05$) เนื่องจากมารดาอาจมองว่า โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเป็นโรคที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน เป็นแล้วบางครั้งอาจหายเอง และการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .091$, $p > .05$) เนื่องจากทารกส่วนใหญ่ยังไม่เคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง (ร้อยละ 63.85) มารดาจึงอาจประเมินว่า บุตรของตนสุขภาพแข็งแรงไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่ายังมีข้อขัดแย้งของการศึกษา โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคต่างๆ ในเด็กของมารดา แต่บางการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดา อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสองตัวแปรนี้ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

**2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness)** หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่บุคคลประเมินว่า ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย สามารถก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและให้ความร่วมมือในการรักษา (Becker, 1974; Becker, 1990; Rosenstock, 1974) เช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กประเมินว่า เด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อร่างกายเด็ก และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หูน้ำหนวก และอาจพบเป็นโรคขาดสารอาหาร รวมถึงมีการติดเชื้อที่รุนแรงซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ เมื่อผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคดังกล่าว น่าจะทำให้ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่เด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดา เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2524$, $p < .01$) (ประกริต รัชวัตร์, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิติยาดา สมบุญนาค (2547) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ

Copyright© by Mahidol University

หายใจในเด็กของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .448$, $p < .01$) นอกจากนี้ผลการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอื่นๆ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ($r = .1644$, $p < .05$) (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540) พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ($r = .453$, $p < .01$) (ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านของมารดาชาวอเมริกันผิวดำที่มีบุตรวัยก่อนเรียน($r = .29$, $p < .01$) (Russell, 1993) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ แจนส์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ดีกว่าพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ร้อยละ 85 ในขณะที่อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้เพียงร้อยละ 36 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .078$, $p > .05$) เนื่องจากมารดาอาจประเมินว่า อาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง รักษาได้ง่าย จึงไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคมากนัก นอกจากนี้ผลการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอื่นๆ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1265$, $p > .05$) (Sripituk, 2006) อาจเนื่องจากมารดาบางส่วนไม่เคยมีบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 44.68) มารดาจึงอาจประเมินว่า การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีอาการเพียงเล็กน้อยและไม่รุนแรง

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคต่างๆ ในเด็กของมารดา มีบางการศึกษาที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดา แต่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

Copyright by Mahidol University

**3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits)** หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือลดการคุกคามของโรคต่อสุขภาพ (Becker, 1974; Becker, 1990; Rosenstock, 1974) เช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กเมื่อมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพเด็ก (Perceived Threat) ว่ามีมากน้อยเพียงใด จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี โดยเชื่อว่าจะเกิดประโยชน์กับเด็ก เช่น การสวมผ้าปิดปากและจมูกเมื่อตนเองเป็นหวัด ล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสน้ำมูกหรือเด็กป่วย แยกเด็กป่วย ทำความสะอาดของเล่นเด็ก เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (Janz & Becker, 1984) ส่วนการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร์ (2536) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดา เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2353$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2089$, $p < .01$) และการศึกษาของ จิติยาดา สมบุญนาค (2547) พบว่า การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432$, $p < .01$) นอกจากนี้ผลการศึกษาถึงพฤติกรรมของมารดาและผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคอื่นๆ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ($r = .2069$, $p < .001$) (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540) พฤติกรรมการล้างมือของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ($r = .0122$, $p < .01$) (นฤมล ศรีมงคล, 2536) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านของมารดาชาวอเมริกันผิวดำที่มีบุตรวัยก่อนเรียน($r = .22$, $p < .01$) (Russell, 1993) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ศุภรัตน์ บุญนาค (2543) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.030$, $p > .05$) เนื่องจากผู้ดูแลเด็กรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติแต่ไม่มีเวลา ไม่สะดวกในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคแก่เด็กที่ดี เพราะต้องทำงานและประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว และการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน

Copyright by Mahidol University

โรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .083, p > .05) อาจเนื่องจากมารดาบางส่วนไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจาระร่วง จึงไม่ทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคแก่ทารก

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคต่างๆ ในเด็กของมารดา มีบางการศึกษาที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดา แต่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

**4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)** หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลต่ออุปสรรคต่างๆ ในสภาพความเป็นจริง ที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น ความไม่สะดวก การเสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด สิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคที่จะขัดขวางให้บุคคลไม่แสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นออกมา หากบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Becker, 1974; Becker, 1990; Rosenstock, 1974) เช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็ก หากมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เมื่อประเมินได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติน้อย ผู้ดูแลเด็กจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .3443, p < .001) (สุจรรยา ทั่งทอง, 2541) ซึ่งผลการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้องของมารดาเกิดจากการใช้ข้อคำถามเชิงบวก จึงมีผลการวิจัยไปในทิศทางบวกดังกล่าว อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ จุฑามาศ เฉลิมผล (2540) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .1218, p > .05) อาจเนื่องจากการเตรียมอาหารที่มีสารไอโอดีนให้บุตรรับประทาน การใช้เกลืออนามัยในการปรุงอาหาร การเติมน้ำยาไอโอดีนเข้มข้นลงในน้ำดื่ม และการพาบุตรไปตรวจสุขภาพ จะทำให้มารดามีความรู้สึกยุ่งยากในบางครั้ง แต่ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการ

Copyright by Mahidol University

ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.058$, $p > .05$) อาจเนื่องจากมารดามีความสะดวกและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายเมื่อบุตรเจ็บป่วย ทำให้มารดาลดความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องความยุ่งยากและเสียเวลาในการดูแลบุตร และการศึกษาของ รัชเซล (Russell, 1993) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านของมารดาชาวอเมริกันผิวดำที่มีบุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.03$, $p > .05$) เนื่องจากมารดามองว่า การป้องกันอุบัติเหตุต่อบุตรเป็นการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยาก แต่มารดาได้รับความรู้คำแนะนำจากหน่วยงานของรัฐน้อย จึงทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา มีบางการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดา แต่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

**5. การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Access to Information)** เป็นตัวแปรหนึ่งในปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เบคเกอร์ (Becker, 1974) อธิบายในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของบุคคล (Perceived Threat) และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (internal cues) เช่น ความเจ็บป่วยต่างๆ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (external cues) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ เป็นต้น ที่ผ่านมา มีผู้ทำการศึกษาเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อย เนื่องจากหากมีการศึกษาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะต้องเป็นงานวิจัยแบบย้อนหลังและกลุ่มตัวอย่างมักจำไม่ได้ (Becker,1974; Becker,1990; Rosenstock, 1974) แต่ในระยะหลังมีผู้สนใจทำการศึกษาปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น และพบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Davidhizar, 1983) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัจจุบันนักทฤษฎีได้กำหนดให้ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Champion & Skinner, 2008 : 49)

Copyright by Mahidol University

จากหลายการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (r = .2435, p < .001) (สุจรรยา ทั่งทอง, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิลุบล ไทยรัตน์ (2542) พบว่า การรับรู้ของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมกับการได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งจากสื่อบุคคล และสื่อต่างๆ ส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคของมารดา และการศึกษาของ ศุภรัตน์ บุญนาค (2543) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .359, p < .01) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .346, p < .01)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคอื่นๆ ของมารดา ซึ่งคาดว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารน่าจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเช่นกัน

สรุป ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในสถานรับเลี้ยงเด็กยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขและหาทางป้องกัน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยนอกจากจะส่งผลต่อเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ภาระทางเศรษฐกิจและสังคมระยะยาว (Barker, Stevens, & Bloomfield, 2001) การดูแลเด็กเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจนับว่าเป็นประเด็นสำคัญ หากผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็ก ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้ที่รับผิดชอบจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่จะทำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้วจะรวมไปถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีทั้งกับตนเองและเด็กที่อยู่ในความดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่า มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ในผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดทำโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

Copyright by Mahidol University

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยมีรายละเอียดและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

## ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 473 แห่ง มีผู้ดูแลเด็ก จำนวน 2,284 คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2553 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion sampling criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลเด็กหรือพี่เลี้ยงเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ไม่รวมผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กหรือครูพี่เลี้ยง
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการได้ยิน พูด อ่าน เขียนเข้าใจภาษาไทย
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) (Polit & Beck, 2008 : 605) ในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .90 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลประเภท r-type ได้จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; ประกริต รัชวัตร์, 2536;

สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ, 2541; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541) คำนวณโดยตรงตามสูตร คือ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 : 49)

$$\text{ค่าเฉลี่ย} \quad \bar{r} = \frac{\Sigma N_i r_i}{\Sigma N_i}$$

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เปิดตารางสำเร็จรูปได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 คน เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำมาใช้ได้ ให้มั่นใจว่าการศึกษาในครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 20% (Lemeshow, Hosmer Jr., Kla, & Lwanga, 1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 145 คน

**การสุ่มตัวอย่าง**

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling Technique) จากพื้นที่ของกรุงเทพมหานครที่มีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม และวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน จำนวน 6 กลุ่ม คือ (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร, 2553)

1. กลุ่มกรุงเทพกลาง ประกอบด้วย9 เขต คือ เขตพระนคร เขตดุสิต เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตสัมพันธวงศ์ เขตดินแดง เขตห้วยขวาง เขตพญาไท เขตราชเทวี และเขตวังทองหลาง

2. กลุ่มกรุงเทพใต้ ประกอบด้วย 11 เขต คือ เขตปทุมวัน เขตบางรัก เขตสาทร เขตบางคอแหลม เขตยานนาวาเขตคลองเตย เขตวัฒนา เขตพระโขนง เขตสวนหลวง เขตบางนา และเขตประเวศ

3. กลุ่มกรุงเทพเหนือ ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตจตุจักร เขตบางซื่อ เขตลาดพร้าว เขตหลักสี่ เขตดอนเมือง เขตสายไหม และเขตบางเขน

4. กลุ่มกรุงเทพตะวันออก ประกอบด้วย 8 เขต คือ เขตบางกะปิ เขตสะพานสูง เขตบึงกุ่ม เขตคันนายาว เขตลาดกระบัง เขตมีนบุรี เขตหนองจอก และเขตคลองสามวา

5. กลุ่มกรุงธนเหนือ ประกอบด้วย 8 เขต คือ เขตธนบุรี เขตคลองสาน เขตจอมทอง เขตบางกอกใหญ่ เขตบางกอกน้อย เขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน และเขตทวีวัฒนา

6. กลุ่มกรุงธนใต้ ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตภาษีเจริญ เขตบางแค เขตหนองแขม เขตบางขุนเทียน เขตบางบอน เขตราษฎร์บูรณะ และเขตทุ่งครุ

Copyright by Mahidol University

กำหนดหน่วยการสุ่มที่หนึ่ง (primary sampling unit: psu) คือ กลุ่มกรุงเทพ จำนวน 6 กลุ่ม มีเขตทั้งหมด 50 เขต หน่วยการสุ่มที่สอง (secondary sampling units: ssu) คือ เขตที่ถูกสุ่มเลือกจากหน่วยการสุ่มที่หนึ่ง โดยแต่ละขั้นตอนทำการสุ่มโดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) และขนาดตัวอย่างที่เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรมากที่สุด แต่ในทางปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากมีสถานรับเลี้ยงเด็กเพียง 163 แห่ง ที่แจ้งความจำนงกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการว่า อนุญาตให้ทำการสำรวจข้อมูล หลายแห่งเมื่อสุ่มได้ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กไม่สะดวกให้สำรวจข้อมูล ทำให้ค่าที่ศึกษาของประชากรแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ขนาดตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มจึงขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

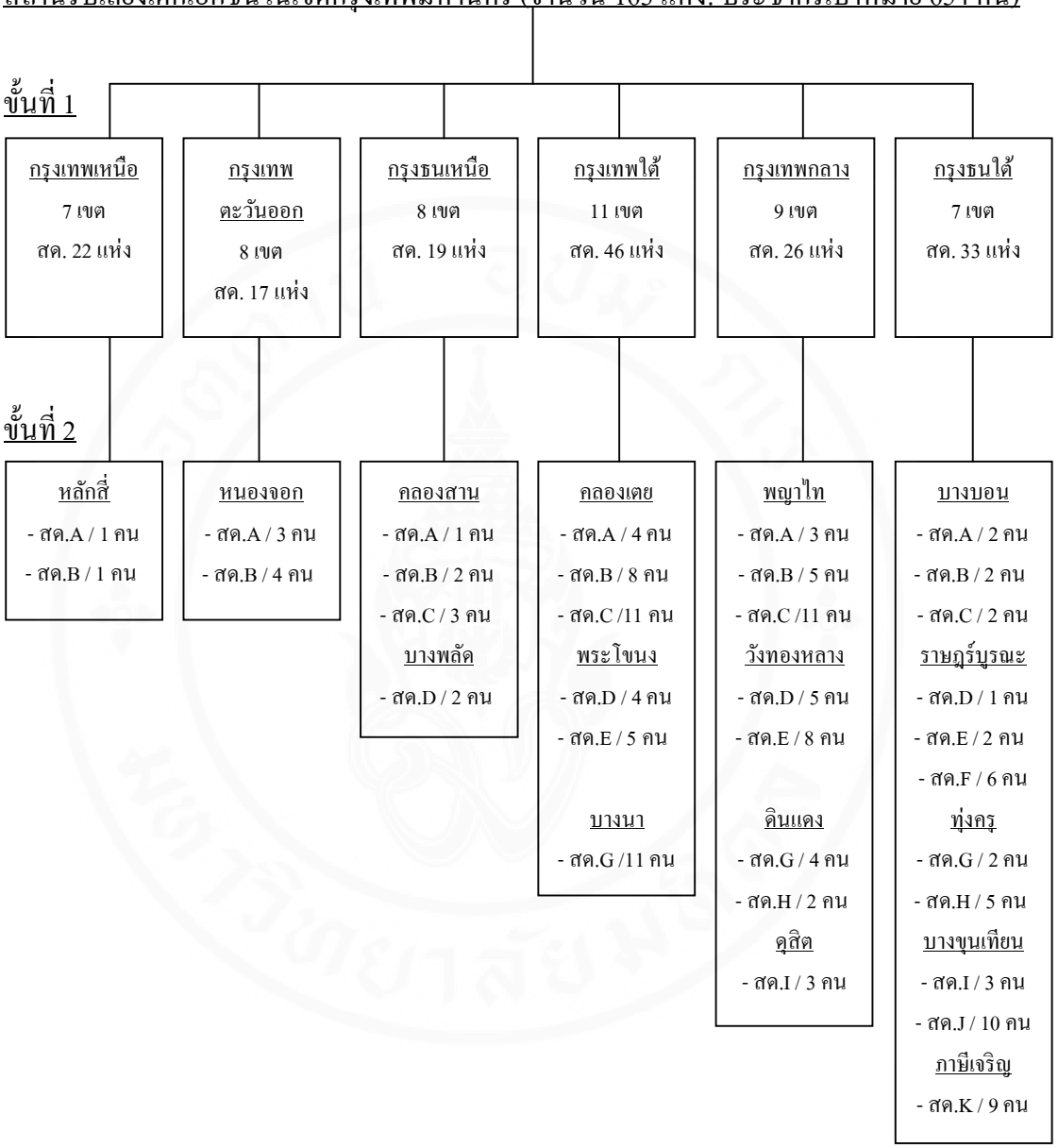
1. สุ่มเขตหนึ่งเขต : กลุ่ม จากหน่วยการสุ่มที่หนึ่ง (กลุ่มกรุงเทพฯ) ซึ่งเขตที่สุ่มได้จะถูกกำหนดเป็นหน่วยการสุ่มที่สอง หากสุ่มได้เขตที่ไม่มีสถานรับเลี้ยงเด็กที่ยินยอมให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะสุ่มเขตใหม่จากหน่วยการสุ่มเดิม

2. สุ่มสถานรับเลี้ยงเด็กหนึ่งแห่ง : เขต จากหน่วยการสุ่มที่สอง (เขต) ตามลำดับ ซึ่งสถานรับเลี้ยงเด็กแต่ละแห่งที่สุ่มได้จะมีผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จะถูกเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง สถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งที่สุ่มได้หากผู้ดำเนินกิจการไม่พร้อมให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะสุ่มสถานรับเลี้ยงเด็กแห่งใหม่จากเขตเดิม หากจำนวนผู้ดูแลเด็กที่ได้ไม่เพียงพอตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยจะสุ่มสถานรับเลี้ยงเด็กเพิ่มจากแต่ละเขตอีกครั้ง

3. รวมจำนวนผู้ดูแลเด็กที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 2 หากยังไม่เพียงพอตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และไม่สามารถทำการสุ่มสถานรับเลี้ยงเด็กเพิ่มจากแต่ละเขตได้อีก ผู้วิจัยจะทำการสุ่มเขตใหม่โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 อีกครั้ง หากกลุ่มกรุงเทพฯ ใดไม่สามารถสุ่มเขตเพิ่มได้อีก ผู้วิจัยจะเลื่อนไปสุ่มเขตจากกลุ่มกรุงเทพฯ ลำดับถัดไป

4. เมื่อรวมจำนวนผู้ดูแลเด็กได้เพียงพอตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจะหยุดทำการสุ่ม การสุ่มตัวอย่างแสดงในแผนภูมิ ดังนี้

Copyright by Mahidol University




**แผนภูที่ 3.1** การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

## สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในพื้นที่ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร บริการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนอายุต่ำกว่า 6 ปี จำนวน 6 คนขึ้นไป ให้บริการเฉพาะในเวลากลางวัน หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดราชการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** (ภาคผนวก ข)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และคำถามปลายเปิด (Open ended) ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** (ภาคผนวก ข)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของสุจรรยา ทั่งทอง (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีการปรับคำในมาตรวัดและปรับทิศทางข้อคำถามในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จากคำถามเชิงบวกเป็นคำถามเชิงลบเพื่อให้สื่อความหมายที่ชัดเจนถึงการรับรู้อุปสรรคระดับต่ำ แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (ข้อ 1-4) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ข้อ 5-8) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (ข้อ 9-14) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (ข้อ 15-20) เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) มี 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เห็นด้วย ไม่มีความเห็น เห็นด้วย คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน แต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเข้าใจของตนเอง

ไม่มีความเห็น หมายถึง ผู้ตอบตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเข้าใจของตนเองหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเข้าใจของตนเอง

การให้คะแนนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 11 ข้อ และคำถามด้านลบจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 8, 9, 12, 15, 16, 19, 20 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

Copyright by Mahidol University

| | ข้อความทางบวก (คะแนน) | ข้อความทางลบ (คะแนน) |
|---|---|---|
| ไม่เห็นด้วย | 1 | 3 |
| ไม่มีความเห็น | 2 | 2 |
| เห็นด้วย | 3 | 1 |

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)**

แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์นี้มาใช้ในกลุ่มตัวอย่างมารดาในชนบทของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง จำนวน 23 ข้อ มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อทั่วไป 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านระบบหายใจในเด็ก 1 ท่าน ปรับปรุงข้อคำถามเหลือ 20 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 เป็นค่าที่ยอมรับได้ (ภาคผนวก ค) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550 : 224; Burns & Grove, 2005 : 375) จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำให้เหมาะสม และตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (try out)

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)**

แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง ได้ทดลองใช้ในมารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.78 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กฉบับเดิมของ สุจรรยา ทั่งทอง ที่ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาหาค่า Cronbach's Alpha

Copyright by Mahidol University

Coefficient ได้เท่ากับ 0.796 เป็นค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป แต่หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยริเริ่มพัฒนาขึ้นควรมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550 : 236) เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.56 ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร** (ภาคผนวก ข)

แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ จากสื่อบุคคล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ดำเนินการสถานรับเลี้ยงเด็ก และเพื่อนร่วมงาน จากสื่อสารมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เอกสาร/แผ่นพับ หนังสือ/คู่มือ และเว็บไซต์ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 4 ระดับ เริ่มจาก 0-3 คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง สม่ำเสมอ คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 0-33 คะแนน แต่ละข้อมีความหมายดังนี้

สม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ตอบได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งต่างๆ ประมาณ 7-10 ครั้งใน 1 เดือน ให้ 3 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งต่างๆ ประมาณ 4-6 ครั้งใน 1 เดือน ให้ 2 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งต่างๆ ประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน ให้ 1 คะแนน

ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งข้อมูลใดเลยใน 1 เดือน ให้ 0 คะแนน

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)**

แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวจากสื่อสารมวลชน จำนวน 11 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เช่นเดียวกันกับการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

Copyright by Mahidol University

(ภาคผนวก ค) จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำให้เหมาะสม และตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (try out)

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)**

ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารตามคำแนะนำให้เหมาะสม แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.786 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 คนได้ค่าเท่ากับ 0.786

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ** (ภาคผนวก ข)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค (ข้อ 1-3) 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (ข้อ 4-7) 3) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก (ข้อ 8-11) 4) การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก (ข้อ 12-14) 5) การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ (ข้อ 15) 6) การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน (ข้อ 16-17) เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติประจำ คะแนนรวมเริ่มตั้งแต่ 17-51 คะแนน แต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือทุกวัน เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นพอๆ กัน เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เลย เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 14 ข้อ และคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 14 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

Copyright by Mahidol University

| | ข้อความทางบวก (คะแนน) | ข้อความทางลบ (คะแนน) |
|---|---|---|
| ไม่เคยปฏิบัติเลย | 1 | 3 |
| ปฏิบัติบางครั้ง | 2 | 2 |
| ปฏิบัติประจำ | 3 | 1 |

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)**

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์นี้มาใช้ในกลุ่มตัวอย่างมารดาในชนบทของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เด็กเคยเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง จำนวน 19 ข้อ มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เช่นเดียวกันกับการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ปรับปรุงข้อคำถามเหลือ 17 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (ภาคผนวก ค) จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำให้เหมาะสม และตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (try out)

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)**

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง ได้ทดลองใช้ในมารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.85 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กฉบับเดิมของ สุจรรยา ทั่งทอง ที่ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.812 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.674 ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้

Copyright by Mahidol University

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความยินยอมการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลต่อการการปฏิบัติงานในสถานรับเลี้ยงเด็ก ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นในใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและขอดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการทำงานทั้งสิ้น ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจ

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามนั้นอีกครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

Copyright by Mahidol University

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ใช้เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ ทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ทดสอบสมมติฐานโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาสุ่มเป็นคู่ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ซึ่งระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นดังนี้ (Burns & Grove, 2005 : 511)

r = .1 - .3 หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันน้อย

r > .3 - .5 หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง

r > .5 หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันมาก

Copyright by Mahidol University

# บทที่ 4
# ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 จำนวน 145 คน ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีรายละเอียดของผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน

## ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมีอายุระหว่าง 16-72 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.86 ปี (S.D. = 10.95) อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 21-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 51.70) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.60) ประมาณครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรส (ร้อยละ 49) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีบุตร 1-3 คน (ร้อยละ 61.40) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กระหว่าง 2 เดือน-37 ปี ประสบการณ์เฉลี่ยเท่ากับ 7.96 ปี (S.D. = 7.14) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ในช่วง 2-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 64.80) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กในความดูแลมีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กเหมาะสม (ร้อยละ 80.70) ส่วนใหญ่ดูแลเด็กอายุ 1-6 ปี (ร้อยละ 87.60) มากกว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 84.10) และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.10) รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 4.1** จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 145)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ | พิสัย | ค่าเฉลี่ย | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|---|---|---|---|
| **อายุ (ปี)** | | | 16-72 | 36.86 | 10.95 |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 | 8 | 5.50 | | | |
| 21-40 | 75 | 51.70 | | | |
| 41-60 | 61 | 42.10 | | | |
| มากกว่า 60 | 1 | 0.70 | | | |
| **ระดับการศึกษา** | | | | | |
| ประถมศึกษา | 13 | 9.00 | | | |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 85 | 58.60 | | | |
| ปวส./อนุปริญญา | 19 | 13.10 | | | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 28 | 19.30 | | | |
| **สถานภาพสมรส** | | | | | |
| โสด | 48 | 33.10 | | | |
| คู่ | 71 | 49.00 | | | |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 26 | 17.90 | | | |
| **บุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ (คน)** | | | | | |
| ไม่มี | 56 | 38.60 | | | |
| 1-3 | 89 | 61.40 | | | |
| **ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก (ปี)** | | | 2 เดือน-37 ปี | 7.96 | 7.14 |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 | 14 | 9.70 | | | |
| 2-10 | 94 | 64.80 | | | |
| 11-20 | 30 | 20.70 | | | |
| 21-30 | 5 | 3.40 | | | |
| มากกว่า 30 | 2 | 1.40 | | | |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 4.1** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 145) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กในความดูแล** | | |
| เหมาะสม | 117 | 80.70 |
| ไม่เหมาะสม | 28 | 19.30 |
| **อายุเด็กในความดูแล** | | |
| 2 เดือน-1 ปี | 18 | 12.40 |
| มากกว่า 1 ปี -6 ปี | 127 | 87.60 |
| **การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก** | | |
| ผ่านการอบรม | 122 | 84.10 |
| ไม่ผ่านการอบรม | 23 | 15.90 |
| **ความพึงพอใจในการทำงาน** | | |
| มาก | 122 | 84.10 |
| ปานกลาง | 23 | 15.90 |

## ส่วนที่ 2 ตัวแปรที่ศึกษา

**2.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โดยรวมเท่ากับ 46.92 คะแนน (S.D. = 2.90) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.17 คะแนน (S.D. = 1.10) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 คะแนน (S.D. = 0.95) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.76 คะแนน (S.D. = 0.59) ด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.91 คะแนน (S.D. = 0.99) ด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D. = 0.16) และด้านการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.85 คะแนน (S.D. = 0.40) รายละเอียดตามตารางที่ 4.2

**ตารางที่ 4.2** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n = 145)

| พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ | ค่าพิสัย | | ค่าเฉลี่ย | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|---|---|---|
| | ค่าที่เป็นไปได้ | ค่าที่เป็นจริง | | |
| **พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม** | **17-51** | **37-51** | **46.92** | **2.90** |
| - การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค | 3-9 | 4-9 | 7.17 | 1.10 |
| - การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ | 4-12 | 7-12 | 11.26 | 0.95 |
| - การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก | 4-12 | 9-12 | 11.76 | 0.59 |
| - การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก | 3-9 | 5-9 | 7.91 | 0.99 |
| - การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ | 1-3 | 2-3 | 2.97 | 0.16 |
| - การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน | 2-6 | 4-6 | 5.85 | 0.40 |

**2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร**

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเท่ากับ 10.87 คะแนน (S.D. = 1.15) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.88 คะแนน (S.D. = 1.28) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน (S.D. = 1.39) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 คะแนน (S.D. = 1.58) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 คะแนน (S.D. = 5.21) รายละเอียดตามตารางที่ 4.3

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 4.3** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (n = 145)

| ตัวแปรที่ศึกษา | ค่าพิสัย | | ค่าเฉลี่ย | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|---|---|---|
| | ค่าที่เป็นไปได้ | ค่าที่เป็นจริง | | |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค | 4-12 | 7-12 | 10.87 | 1.15 |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค | 4-12 | 7-12 | 10.88 | 1.28 |
| การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ | 6-18 | 12-18 | 16.10 | 1.39 |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ | 6-18 | 6-13 | 7.14 | 1.58 |
| การได้รับข้อมูลข่าวสาร | 0-33 | 5-28 | 16.37 | 5.21 |

## ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน

### 3.1 การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = 1.840; p = .002, 2.774; p = .000, 3.087; p = .000, 2.366; p = .000, 3.557; p = .000 และ 1.049; p = .221 ตามลำดับ (ภาคผนวก ฉ-ตารางที่ 6) จึงสรุปว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารมีการแจกแจงแบบปกติเพียงตัวแปรเดียว ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการทดสอบสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสุ่มเป็นคู่ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University

**3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน**

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .071, p = .393) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s$ = .281, p < .01) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r_s$ = .408, p < .001) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r_s$ = .241, p < .01) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = -.395, p < .001) รายละเอียดตามตารางที่ 4.4

**ตารางที่ 4.4** ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (n = 145)

| ตัวแปร | สัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับ ($r_s$) | p |
|---|---|---|
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค | .071 | .393 |
| 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค | .281 | .001 |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ | .408 | .000 |
| 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ | -.395 | .000 |
| 5. การได้รับข้อมูลข่าวสาร | .241 | .003 |

สรุป การศึกษาครั้งนี้ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสุ่มเป็นคู่ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก” พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s$ = .281, p < .01) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r_s$ = .408, p < .001)

Copyright© by Mahidol University

และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r_s = .241, p < .01$) ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยตามที่ตั้งไว้ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .071, p = .393$) ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยตามที่ตั้งไว้

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก” พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.395, p < .001$) ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยตามที่ตั้งไว้

Copyright by Mahidol University

# บทที่ 5
# การอภิปรายผล

บทนี้เป็นการนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีลำดับการอภิปรายดังนี้ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา รายละเอียดของการอภิปรายผลการวิจัย มีดังนี้

## ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 145 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.86 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี (ร้อยละ 51.70) จัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถคิดตัดสินใจโดยใช้เหตุผล หรือเลือกปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ของชีวิต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมมีความสามารถในการคิดการวินิจฉัยไตร่ตรอง และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าวัยเด็ก (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.60) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 19.30) ตรงตามคุณสมบัติของผู้ดูแลเด็กที่ปลัดกระทรวงกำหนดให้ผู้ดูแลเด็กต้องจบการศึกษาภาคบังคับ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่บอกถึงความยากง่ายในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้กับบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญหรือแก้ไขปัญหามากขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถเข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง เอาใจใส่ด้านสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษา (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49) ซึ่งสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม ทั้งในด้านการงานและชีวิตครอบครัว (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ในกลุ่มที่มีครอบครัวแล้วมีบุตรประมาณ 1-3 คน (ร้อยละ 61.40)

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่างจึงมีบทบาทการเป็นมารดาที่มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเฉลี่ย 7.96 ปี มีระยะเวลาการทำงานในช่วง 2-10 ปี (ร้อยละ 64.80) ซึ่งประสบการณ์ในอดีตของบุคคลมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Kasl & Cobb, 1966) โดยนอกจากกลุ่มตัวอย่างจะมีบทบาทการเป็นมารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรแล้วยังมีบทบาทผู้หญิงวัยทำงานที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กอีกด้วย ซึ่งประสบการณ์ในอดีตดังกล่าวจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการดูแลเด็กเพื่อลดความรุนแรงและอันตรายจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ (ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, 2536) กลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กในความดูแลมีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กเหมาะสม (ร้อยละ 80.70) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 19.30) ซึ่งตามกฎกระทรวง พ.ศ. 2549 กำหนดให้สถานรับเลี้ยงเด็กต้องมีผู้ดูแลเด็ก 1 คนทำหน้าที่ดูแลเด็กตามอัตราส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนเด็กและอายุเด็ก คือ เด็กอายุ < 1 ปี (1:3) เด็กอายุ 1-3 ปี (1:6) เด็กอายุ 3-5 ปี (1:10) และเด็กอายุ 5-6 ปี (1:15) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) การที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนดูแลเด็กมากเกินไป ทำให้มีภาระงานมาก จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างละเลยหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่เด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดารณี วิริยกิจจา, ศิริรัตน์ เตชะธวัช, และสุภาพ รอนศึก, 2544; Brady, 2005) โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบการติดเชื้อได้บ่อย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลเด็กอายุ 1-6 ปี (ร้อยละ 87.60) ที่เป็นช่วงวัยที่พบมากในสถานรับเลี้ยงเด็ก (Fairchok et al., 2010) และมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 84.10) การจัดอบรมเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลเด็ก ซึ่งการอบรมให้ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก (สันติพงษ์ กัณฑะวารี, 2549) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.10) ซึ่งความพึงพอใจในการทำงานจะส่งผลให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ เพื่อความสำเร็จของงานและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร (จุรีย์ อุสาหะ, 2542) ความพึงพอใจในการทำงานอาจเป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กมีกำลังใจในการพัฒนาและคงคุณภาพในการดูแลเด็ก ดังเช่นผลการศึกษาของ ประพันธ์ ทองสีดำ (2546) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับมากและสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ร้อยละ 40.5

Copyright by Chiang Mai University

**พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก**

ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมอยู่ในช่วง 37-51 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.92 คะแนน (S.D. = 2.90) (ตารางที่ 4.2) การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถคิด วินิจฉัยไตร่ตรอง โดยใช้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) บุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี (จิตียาดา สมบุญนาค, 2547; ประกริต รัชวัตร์, 2536; หทัยชนก บัวเจริญ, 2544) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.60) และผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 84.10) (ตารางที่ 4.1) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้พื้นฐานในการดูแลเด็ก สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขอนามัย ซึ่งเป็นงานที่ผู้ดูแลเด็กจะต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันได้ดี (กมล รอดคล้าย, 2539) อาจกล่าวได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในทางบวกหรือมีระดับการได้รับการสนับสนุนที่ดี ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในทางบวกหรือทางที่ดีตามไปด้วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49) เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเฉลี่ย 7.96 ปี (ตารางที่ 4.1) นับว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะ และมีความชำนาญในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี รวมถึงสามารถให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาในการเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มาใช้บริการในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ (จีรพร ศรีวัฒนานุกูลกิจ, 2542) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สันติพงษ์ กัณฑะวารี (2549) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 65.10) เนื่องจากผู้แลเด็กส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 20-50 ปี (ร้อยละ 90.60) ผู้แลเด็กส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 53.50) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ76.70) มีระยะเวลาการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กอยู่ในช่วง 5-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.20) และได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคติดต่อในเด็ก (ร้อยละ 86.0) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากโดยรวมอยู่ในระดับดี

Copyright by Mahidol University

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ในช่วง 9-12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.76 คะแนน (S.D. = 0.59) (ตารางที่ 4.2) พฤติกรรมด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในช่วง 2-3 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D. = 0.16) (ตารางที่ 4.2) และพฤติกรรมด้านการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อนอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.85 คะแนน (S.D. = 0.40) (ตารางที่ 4.2) จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ และการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน เป็นงานพื้นฐานทั่วไปด้านการดูแลสุขอนามัยเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความชำนาญ มีทักษะ ทำให้มีพฤติกรรมในด้านนี้อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมล รอดคล้าย (2539) ที่ศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ลักษณะงานที่ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติอยู่เป็นประจำ คือ กิจกรรมการดูแลสุขอนามัยเด็กและการดูแลโภชนาการเด็ก ดังนั้น จึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้ดูแลเด็กมีความรู้พื้นฐานการดูแลเด็กมากกว่าในด้านอื่นๆ เนื่องจากเป็นงานที่ผู้ดูแลเด็กจะต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และมีความรู้ในการดูแลเด็กที่ดี

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสม มีดังนี้ พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคอยู่ในช่วง 4-9 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.17 คะแนน (S.D. = 1.10) (ตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีเพียงร้อยละ 58.60 ของกลุ่มตัวอย่างที่หลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัดคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นเป็นประจำ อีกร้อยละ 41.40 ปฏิบัติบางครั้ง (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้จากระดับพัฒนาการด้านร่างกายและจิตสังคมของเด็กวัยก่อนเรียน ที่เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น (Hockenberry & Wilson, 2009) จึงเป็นธรรมชาติของเด็กวัยนี้ที่มักจะเล่นด้วยกัน การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติในสถานรับเลี้ยงเด็กโดยเด็ดขาดจึงอาจทำได้ยาก สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติโดยกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยว่า การแยกเด็กที่เป็นหวัดไม่ให้คลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่ายคิดเป็นร้อยละ 17.20 (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จากข้อจำกัดดังกล่าว ผู้ดูแลเด็กควรสังเกตเด็กทุกเช้า เมื่อมีเด็กป่วยเป็นหวัดต้องโทรศัพท์แจ้งบิดามารดาเพื่อรับเด็กกลับไปพักที่บ้านทันที

Copyright by Mahidol University

โดยอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจ จะช่วยแยกเด็กที่เป็นหวัดไม่ให้คลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กปกติได้ นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 35.90 ของกลุ่มตัวอย่างที่สวมผ้าปิดปากและจมูกตลอดเวลาเมื่อเป็นหวัด อีกถึงร้อยละ 58.60 ปฏิบัติบางครั้ง (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นไม่เพียงพอ เนื่องจากสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งมีงบประมาณหรืออาจได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรส่วนท้องถิ่นจำกัด ซึ่งในระหว่างทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า สถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนแออัด มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าสถานรับเลี้ยงเด็กในบางพื้นที่ จึงมีความเป็นไปได้ที่ข้อจำกัดดังกล่าวอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างละเลยหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจกล่าวได้ว่า หากสถานรับเลี้ยงเด็กแห่งใดมีการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้ผู้ดูแลเด็กมีของใช้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ย่อมช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กติดเชื้อโรคที่ดีด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สันติพงษ์ กัณฑะวารี (2549) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ดูแลเด็กได้รับเงินช่วยเหลือจากองค์กรส่วนท้องถิ่นและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง และดีคิดเป็นร้อยละ 34.90 และ 27.29 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กและด้านการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับพฤติกรรมการสัมผัสใกล้ชิดเด็กในขณะที่ตนเองเป็นหวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9 มีการสัมผัสใกล้ชิดเด็กเป็นประจำ อีกถึงร้อยละ 53.80 ปฏิบัติบางครั้ง (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งมีบุคลากรน้อย เมื่อผู้ดูแลเด็กป่วยเป็นหวัดด้วยอาการเพียงเล็กน้อย จึงไม่ได้หยุดงานและต้องดูแลเด็กในขณะที่ตนเองเป็นหวัด เมื่อแยกพิจารณากลุ่มตัวอย่างตามอัตราส่วนของเด็กในความดูแลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอัตราการสัมผัสใกล้ชิดเด็กขณะตนเองเป็นหวัดใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 63.20 และ 60.70 ตามลำดับ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 5) ดังนั้นหากผู้ดูแลเด็กไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดเด็กจากข้อจำกัดดังกล่าวได้ ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กควรตระหนักถึงความสำคัญของการจัดสรรอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และผู้ดูแลเด็กควรตระหนักถึงความสำคัญในการสวมหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกตลอดเวลา เมื่อต้องให้การดูแลเด็กในขณะที่ตนเองเป็นหวัด

พฤติกรรมด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในช่วง 7-12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 คะแนน (S.D. = 0.95) (ตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำทุกครั้งในการแยกเด็กที่เป็นหวัด โดยให้นอนในห้องแยกหรือนอนห่างจากเด็กอื่น และการโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับบ้านทันทีเมื่อเด็กที่เป็นหวัดเริ่มมีอาการไข้สูง

เพียงร้อยละ 78.60 และ 74.50 ตามลำดับ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) สามารถอธิบายได้จาก เมื่อเด็กป่วยบางครั้งบิดามารดาไม่สามารถมารับเด็กกลับบ้านได้ทันที เนื่องจากต้องทำงานและไม่มีคนดูแลเด็กที่บ้าน จึงจำเป็นต้องฝากเด็กไว้กับผู้ดูแลเด็กก่อน ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับรู้ประโยชน์ของการแยกเด็กป่วย และการ โทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับว่า เป็นวิธีที่ช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหวัดได้ (ร้อยละ 95.90 และ 89 ตามลำดับ) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) แต่ในทางปฏิบัติ การที่ผู้ดูแลเด็กมีภาระต้องดูแลเด็กปกติร่วมกับเด็กป่วยที่ผู้ปกครองฝากไว้ในเวลาเดียวกัน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหวัดได้เต็มที่ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 4.10 ไม่เห็นด้วยว่า การโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับบ้านทันทีเมื่อเด็กเริ่มมีอาการไข้สูง จะเป็นวิธีมีประโยชน์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) ดังนั้น ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กทุกแห่ง จึงควรตระหนักในการจัดให้มีแพทย์หรือพยาบาลอยู่ประจำสถานรับเลี้ยงเด็กเพื่อตรวจดูแลสุขภาพเด็กเมื่อมีเด็กป่วย หรือสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทันทีเมื่อมีกรณีฉุกเฉิน

พฤติกรรมด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็กอยู่ในช่วง 5-9 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.91 คะแนน (S.D. = 0.99) (ตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.70 ไม่เคยให้เด็กอาบน้ำอุ่นตอนกลางวันหรือเมื่ออากาศหนาวเย็น (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) ทั้งนี้เนื่องจากสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนบางแห่งเปิดบริการดูแลเด็กเพียงครึ่งวันในภาคเช้า กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีการอาบน้ำให้เด็กในช่วงกลางวันดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่เห็นความสำคัญของการอาบน้ำอุ่นให้เด็กและอาจมองว่าปฏิบัติได้ยาก มีความยุ่งยาก สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านการรับรู้อุปสรรค โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า การอาบน้ำให้เด็กในช่วงกลางวันหรือตอนบ่ายเป็นสิ่งที่ปฏิบัติยากและยุ่งยากคิดเป็นร้อยละ 2.80 (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.60 เปิดพัดลมหรือให้ลมจากเครื่องปรับอากาศกระทบโดยตรงที่ตัวเด็กเป็นประจำ ส่วนร้อยละ 15.20 ปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ตนเองมีการป้องกันโดยการห่มผ้าและสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเป็นปกติอยู่แล้ว จะเห็นได้จากการตอบแบบสอบถาม มีกลุ่มตัวอย่างห่มผ้าและสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเป็นประจำร้อยละ 83.40 อีกร้อยละ 16.60 ปฏิบัติบางครั้ง (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.40 เห็นด้วยว่า การสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเพียงอย่างเดียวเมื่ออากาศหนาวเย็น หรือเมื่อเปิดเครื่องปรับอากาศก็สามารถป้องกันไข้หวัดได้ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ถูกต้อง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบระดับประถมศึกษามีอัตราการเห็นด้วยกับข้อ

Copyright by Mahidol University

คำถามนี้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.80 (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 3) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็กและมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในด้านความรู้ความเข้าใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญของการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลเด็กทุกระดับ โดยคำนึงถึงระดับความสามารถในการรับรู้และความเข้าใจของบุคคล

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก การอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในช่วง 7-12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.87 คะแนน (S.D. = 1.15) (ตารางที่ 4.3) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 97.20) เห็นด้วยว่า เด็กที่ใช้ของเล่นของใช้ ร่วมกับเด็กที่เป็นหวัด เด็กมีโอกาสติดหวัดได้ รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.40 เห็นด้วยว่า เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นหวัดหากคลุกคลีกับเด็กที่เป็นหวัด และ ร้อยละ 73.80 ไม่เห็นด้วยว่าผู้ดูแลเด็กที่เป็นหวัดสัมผัสใกล้ชิดเด็กก็ไม่ทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อหวัด (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) ทั้งนี้จะเห็นว่า ความเชื่อดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน เนื่องจากถึงแม้เด็กจะมีสุขภาพแข็งแรงเพียงใด หากยังสัมผัสคลุกคลีหรือเล่นใกล้ชิดกับเด็กหรือผู้ดูแลเด็กที่เป็นหวัดก็ทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อหวัดได้ (สังวาลย์ เจริญรบ และดรุณี โพธิ์ศรี, 2540; Boone & Gerba, 2005) นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.20 เห็นด้วยว่าเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเป็นหวัดบ่อยกว่าเด็กที่อยู่ที่บ้าน ในขณะที่ร้อยละ 18.60 ไม่มีความเห็น และร้อยละ 15.20 ไม่เห็นด้วย (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่เข้าใจการเกิดโรค การติดต่อ และการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฐปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต,

Copyright by Mahidol University

ประมวญ สุนากร, และสุภรี สุวรรณจูฑะ (2540) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรคหวัดและปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอันตรายของโรคหวัดและโรคปอดอักเสบ (ร้อยละ 66.30-98.10) แต่มีความรู้ในเรื่องของการดูแลการป้องกันและการรักษาเพียงร้อยละ 2.90-66.30 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โดยการเน้นย้ำในเรื่องธรรมชาติของโรค การติดต่อ และการแพร่กระจายเชื้อโรคมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .071, p = .393) (ตารางที่ 4.4) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลในการคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่แตกต่างกัน บุคคลจึงมีการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน (Becker, 1974) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แต่อาจประเมินถึงความเป็นไปได้ของภาวะคุกคามต่อสุขภาพของเด็กว่ามีไม่มาก เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่เข้าใจการเกิดโรค การติดต่อ และการแพร่กระจายเชื้อโรค (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จึงอาจเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างมองว่า การเป็นหวัดเป็นเรื่องธรรมดา เป็นแล้วบางครั้งอาจหายเองภายใน 1-2 สัปดาห์ (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2011) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบคอบและความระมัดระวังในการดูแลเด็กน้อยลง และไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าวดังกล่าว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในมารดาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจรรยา ทั่งทอง, 2541; Sripituk, 2006) ถึงแม้ว่า การศึกษาครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก แต่ยังมีข้อขัดแย้งจากหลายการศึกษาในมารดาและผู้ดูแลเด็กที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; Russell, 1993) ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ในการวางแผนส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กด้วย

Copyright by Mahidol University

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วง 7-12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.88 คะแนน (S.D. = 1.28) (ตารางที่ 4.3) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะทำให้เด็กมีอาการรุนแรงมากขึ้นและอาจมีโรคแทรกซ้อนตามมา เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยเป็นจำนวนมากที่สุดว่า เด็กที่เป็นหวัดบ่อยๆ สามารถลุกลามเป็นหูน้ำหนวก ไซนัสอักเสบ และหอบหืดได้คิดเป็นร้อยละ 89.70 รองลงมา คือ ไม่เห็นด้วยว่า อาการไข้สูงจากการเป็นหวัดเป็นเรื่องไม่น่าวิตกกังวล (ร้อยละ 80) เห็นด้วยว่า ไข้หวัดเป็นโรคที่ไม่อันตรายหากเด็กได้รับการดูแลใกล้ชิด (ร้อยละ 73.80) และร้อยละ 66.90 ไม่เห็นด้วยว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่ไม่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จะเห็นว่า ความเชื่อทั้งด้านบวกและด้านลบของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีความสอดคล้องกัน อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลที่สอดคล้องตามหลักการแพทย์โดยการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 84.10) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบมีการจัดอบรมให้ผู้ดูแลเด็กปีละ 1 ครั้ง แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 100 คน ในหลักสูตรจะบรรจุวิชาการดูแลสุขภาพเด็กเกี่ยวกับโรคติดต่อที่พบบ่อยในสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวโน้มการรับรู้ความรุนแรงของโรคไปในทางที่ดี อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นด้วยว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่ไม่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (ร้อยละ 7.60) และร้อยละ 7.60 ที่เห็นด้วยว่าไข้หวัดเป็นโรคที่อันตรายแม้เด็กที่เป็นหวัดจะได้รับการดูแลใกล้ชิด (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไม่ถูกต้อง จึงอาจเป็นไปได้ว่า การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กปีละ 1 ครั้ง อาจไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมผู้ดูแลเด็กทุกราย จะเห็นได้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 15.90 ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ตารางที่ 4.1) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ความรู้ที่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติทุกรายเพิ่มมากขึ้น และกำหนดเป็นมาตรการที่ผู้ดูแลเด็กทุกคนรวมถึงผู้ที่เคยผ่านการอบรมมาแล้วต้องเข้าอบรมทุกปี

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .281, $p < .01$) (ตารางที่ 4.4) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย อาจเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไม่ถูกต้อง (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี เบคเกอร์ (Becker, 1974) อธิบายว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการปฏิบัติ

Copyright© by Mahidol University

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแล้ว ต้องมีความเชื่อด้วยว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงมีความเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่า การที่เด็กป่วยเป็นหวัดบ่อยๆ จะสามารถลุกลามเป็นหูน้ำหนวก หลอดลมอักเสบ รวมถึงโรคปอดอักเสบ ซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแก่เด็กในความดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาในมารดาและผู้ดูแลเด็กที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก (Russell, 1993) แตกต่างจากผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .078$, $p > .05$) เนื่องจากมารดาอาจประเมินว่า อาการของโรคไข้หวัดในเด็กส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง รักษาได้ง่าย จึงไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคมากนัก และผลการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .087$, $p > .05$) อาจเนื่องจากมารดาบางส่วนไม่เคยมีบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 44.68) มารดาจึงอาจประเมินว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นการป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยและไม่รุนแรง

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในช่วง 12-18 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน (S.D. = 1.39) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคว่า เป็นผลดีต่อสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.90) เห็นด้วยว่า การแยกเด็กที่เริ่มมีอาการแสดงของไข้หวัด จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหวัดได้ รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89 เห็นด้วยว่า เมื่อเด็กเริ่มมีอาการไข้สูง การโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับบ้านจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ร้อยละ 76.60 ไม่เห็นด้วยว่า การเช็ดตัวลดไข้ขณะเด็กมีไข้สูงจะทำให้เด็กชักได้ และร้อยละ 75.20 เห็นด้วยว่า การดูแลให้เด็กรับประทานอาหารที่เพียงพอตามวัยมีส่วนช่วยป้องกันไข้หวัดได้ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึง

Copyright by Mahidol University

ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมในระดับดี ซึ่งเป็นกิจกรรมในงานพื้นฐานด้านการดูแลสุขอนามัยทั่วไปที่ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติอยู่เป็นประจำเพื่อป้องกันโรคติดต่อในสถานรับเลี้ยงเด็ก แต่เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลเด็กที่เฉพาะเจาะจงต่อการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และต้องอาศัยองค์ความรู้ ทักษะในการดูแลเด็กพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคยังไม่ถูกต้อง โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.40 เห็นด้วยว่า การสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเพียงอย่างเดียว เมื่ออากาศหนาวเย็นหรือเมื่อเปิดเครื่องปรับอากาศ ก็สามารถป้องกันไข้หวัดได้ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.70 ไม่เห็นด้วยว่า การเช็ดน้ำมูกหรือการใช้ลูกสูบยางแดงดูดน้ำมูกออกจากจมูกช่วยให้เด็กหายใจโล่งขึ้น และร้อยละ 9 เห็นด้วยว่า การเช็ดตัวลดไข้ขณะไข้สูงจะทำให้เด็กชักได้ (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้จากในทางปฏิบัติ การใช้ลูกสูบยางแดงดูดน้ำมูกออกจากจมูก และการเช็ดตัวลดไข้ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เคยลงมือปฏิบัติจริงมาก่อนหรือไม่ค่อยได้ปฏิบัติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าปฏิบัติได้ยาก มีความยุ่งยาก สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 13.80 เห็นว่า การเช็ดตัวลดไข้เมื่อเด็กมีไข้สูงปฏิบัติได้ยากและเสียเวลา (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จึงมีความเป็นไปได้ที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมองไม่เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติดังกล่าว ดังนั้น ในการอบรมผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ควรเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กเบื้องต้นที่จำเป็นและเน้นย้ำให้ผู้ดูแลเด็กเห็นถึงประโยชน์ที่มีต่อเด็ก

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .408, $p < .001$) (ตารางที่ 4.4) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสูงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่เด็กที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นๆ จะเป็นประโยชน์มากที่สุด สามารถลดการเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพได้ (Becker, 1974) การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็กว่า สามารถป้องกันและบรรเทาปัญหาสุขภาพของเด็กได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนอาจไม่เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เนื่องจากตนเองไม่เคยปฏิบัติมาก่อน หรือรู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการปฏิบัติบ้าง (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) แต่ก็ไม่มีผลกระทบต่อการพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในระดับปานกลางดังกล่าว เช่นเดียวกับผลการศึกษาในมารดาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก

Copyright by Mahidol University

กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก (Russell, 1993) แตกต่างจากผลการศึกษาของ ศุภรัตน์ บุญนาค (2543) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.030$, $p > .05$) เนื่องจากผู้ดูแลเด็กรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติแต่ไม่มีเวลา ไม่สะดวกในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคที่ดี เพราะต้องทำงานและประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว และผลการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .083$, $p > .05$) อาจเนื่องจากมารดาบางส่วนไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจาระร่วง จึงไม่ทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคแก่ทารก

**การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในช่วง 6-13 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 คะแนน (S.D. = 1.58) (ตารางที่ 4.3) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นว่าเป็นสิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุด คือ การดูแลเด็กที่เป็นหวัดอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ 95.90) รองลงมา คือ การล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูกหรือจับเด็กที่เป็นหวัดทุกครั้ง (ร้อยละ 94.50) การทำความสะอาดของเล่นและอาคาร (ร้อยละ 92.40) และการอาบน้ำให้เด็กในช่วงกลางวันหรือตอนบ่าย (ร้อยละ 89.70) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถคิดตัดสินใจโดยใช้เหตุผลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก จึงอาจมีส่วนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการเผชิญกับปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ จึงสามารถจัดการกับสิ่งที่ขัดขวางการดูแลเด็กได้ในระดับหนึ่ง ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า เป็นอุปสรรคมากที่สุด คือ การแยกเด็กที่เป็นหวัดไม่ให้คลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กปกติคิดเป็นร้อยละ 17.20 อธิบายได้จากธรรมชาติของเด็กที่มักจะเล่นด้วยกัน (Hockenberry & Wilson, 2009) การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติโดยเด็ดขาดจึงอาจทำได้ยาก รองลงมา คือ การเช็ดตัวลดไข้เมื่อเด็กมีไข้สูง (ร้อยละ 13.80) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) อธิบายได้จากในทางปฏิบัติ ผู้ดูแลเด็กอาจไม่ค่อยได้เช็ดตัวลดไข้ให้เด็กบ่อย

ลิขสิทธิ์ของ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

เนื่องจากเมื่อเด็กที่เป็นหวัดเริ่มมีอาการไข้สูง ผู้ดูแลเด็กจะให้เด็กรับประทานยาลดไข้ที่ผู้ปกครองเตรียมไว้ให้ และส่วนใหญ่จะโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับเด็กกลับไปพักที่บ้านทันที

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = -.395, $p < .001$) (ตารางที่ 4.4) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย อาจเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมองว่าการแยกเด็กป่วย การเช็ดตัวลดไข้เป็นอุปสรรคในทางปฏิบัติมาก (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) จึงส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยในขณะที่บุคคลเชื่อว่า การกระทำนั้นมีประสิทธิภาพเพราะนำไปสู่การลดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยลบหรืออุปสรรคตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นด้วยว่ามีมากน้อยเพียงใด (Becker, 1974) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคตามความรู้สึกหรือการคาดคะเนของตนเอง โดยมีความคิดเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อย จึงเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อเด็กมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3443$, $p < .001$) ซึ่งผลการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้องของมารดาเกิดจากการใช้ข้อคำถามเชิงบวก จึงมีผลการวิจัยไปในทิศทางบวกดังกล่าว แตกต่างจากผลการศึกษาของ จุฑามาศ เฉลิมผล (2540) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1316$, $p > .05$) เนื่องจากการเตรียมอาหารที่มีสารไอโอดีนให้บุตรรับประทาน การใช้เกลืออนามัยในการปรุงอาหาร การเติมน้ำยาไอโอดีนเข้มข้นลงในน้ำดื่ม และการพาบุตรไปตรวจสุขภาพ จะทำให้มารดามีความรู้สึกยุ่งยากในบางครั้ง แต่ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ผลการศึกษาของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ (Sripituk, 2006) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.058$, $p > .05$) อาจเนื่องจากมารดามีความสะดวกและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายเมื่อบุตรเจ็บป่วย ทำให้มารดาลดความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องความยุ่งยากและเสียเวลาในการดูแลบุตร และผลการศึกษาของ รัชเซล (Russell, 1993) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านของมารดาชาวอเมริกันผิวดำที่มีบุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.03$, $p > .05$) เนื่องจากมารดามองว่า การป้องกันอุบัติเหตุต่อบุตรเป็นการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยาก แต่มารดาได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติน้อย จึงทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

Copyright© by Mahidol University

**การได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในช่วง 5-28 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 คะแนน (S.D. = 5.21) (ตารางที่ 4.3) เมื่อพิจารณาตามแหล่งข้อมูลที่ได้รับพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมากที่สุดจากผู้ดำเนินการสถานรับเลี้ยงเด็ก (ร้อยละ 44.10) รองลงมา คือ เพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 30.30) โทรทัศน์ (ร้อยละ 26.90) หนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 20) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (ร้อยละ 17.20) จากพยาบาล (ร้อยละ 5.50) และแพทย์ (ร้อยละ 4.80) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สอดคล้องตามหลักการแพทย์จากบุคลากรทางสาธารณสุขน้อย ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็กแต่ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 3) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.90 ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก บางส่วนมีประสบการณ์ทำงานในสถานรับเลี้ยงเด็กน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 9.70) บางรายมีอายุงานเพียง 2 เดือนเท่านั้น (ตารางที่ 4.1) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการที่สม่ำเสมอและครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดีแล้ว ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีนั้นต่อไป (Davidhizar, 1983)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .241, $p < .01$) (ตารางที่ 4.4) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังได้รับความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคและการดูแลที่สอดคล้องตามหลักการแพทย์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่สม่ำเสมอเท่าที่ควร (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 1) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่จะช่วยกระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Becker, 1974) อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลจึงเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญในการโน้มน้าวและช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกต้องด้วยเหตุผลหรือหลักการทางวิทยาศาสตร์ สอดคล้องเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ตลอดจนมีทางเลือกกว้างขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาในมารดาและผู้ดูแลเด็กที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภรัตน์ บุญนาค, 2543; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541)

Copyright by Mahidol University

# บทที่ 6
# สรุปผลการวิจัย

บทสรุปผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการนำเสนอสรุปผลการวิจัย และส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอข้อจำกัดของการวิจัย และข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

## สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กบนพื้นฐานทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 16-72 ปี จำนวน 145 คน ทำงานในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในพื้นที่ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2553 โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) สรุปผลการวิจัยดังนี้

Copyright by Mahidol University

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.86 ปี ร้อยละ 58.60 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 49 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 61.40 มีบุตร 1-3 คน ร้อยละ 64.80 มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ในช่วง 2-10 ปี ร้อยละ 80.70 ดูแลเด็กในอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลเด็กอายุระหว่าง 1-6 ปี ร้อยละ 87.60 กลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 84.10 และมีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.10

**ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษา**

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมเท่ากับ 46.92 คะแนน (S.D. = 2.90) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.17 คะแนน (S.D. = 1.10) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 คะแนน (S.D. = 0.95) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.76 คะแนน (S.D. = 0.59) ด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.91 คะแนน (S.D. = 0.99) ด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D. = 0.16) และด้านการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.85 คะแนน (S.D. = 0.40)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเท่ากับ 10.87 คะแนน (S.D. = 1.15) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.88 คะแนน (S.D. = 1.28) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน (S.D. = 1.39) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 คะแนน (S.D. = 1.58) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 คะแนน (S.D. = 5.21)

**ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา**

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .281$, $p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r_s = .408$, $p < .001$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r_s = .241$, $p < .01$) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.395$, $p < .001$) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

Copyright by Mahidol University

ระบบหายใจไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .071, p = .393)

## ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร อาจไม่ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพาราเมตริกซ์ และการอ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งหมดได้

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งทดสอบกับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .796 และ .812 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 คน ได้ค่าเท่ากับ .560 และ .674 ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้ เนื่องจากในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเอกพันธ์ (Homogeneity) ทำให้ไม่พบความแตกต่างกันมาก

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก และข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป รายละเอียดดังนี้

### ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักในการปรับปรุงคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็กให้ได้มาตรฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ด้วยการกำหนดกฎระเบียบและให้การสนับสนุนด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

1) ควบคุมคุณภาพการบริการของสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยเฉพาะสถานรับเลี้ยงเด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ควรกำหนดแนวปฏิบัติหรือมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค โดยเน้นมาตรการแยกเด็กป่วยด้วยการโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับไปพักที่บ้านทันที และกำหนดให้สถานรับเลี้ยงเด็กทุกแห่งควรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

2) จัดให้มีการฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค การแพร่กระจายเชื้อโรค การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การควบคุมป้องกันโรค และ

Copyright© by Mahidol University

การดูแลเด็กเบื้องต้นที่จำเป็นแก่ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กและผู้ดูแลเด็ก โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ที่เคยผ่านการอบรมแล้วต้องเข้าอบรมทุกปี นอกจากนั้น รัฐบาลและสื่อมวลชนควรมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในรูปแบบต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

3) รัฐควรประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดส่งเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเข้าไปตรวจดูแลสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเพียงพอ เช่น หน้ากากอนามัย สบู่หรือน้ำยาล้างมือ เป็นต้น รวมถึงให้การสนับสนุนสถานรับเลี้ยงเด็กที่ให้บริการเด็กที่มีฐานะยากจนหรือในชุมชนแออัดในรูปของเงินทุน บุคลากร หรือเครื่องอุปโภค บริโภคที่จำเป็น

**ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก**

1) ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กและผู้ดูแลเด็กทุกคน ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก นอกจากนั้น ควรสนับสนุนส่งเสริมผู้ดูแลเด็กที่จบระดับประถมศึกษาให้ได้มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยอาจศึกษาที่ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

2) คำนึงถึงการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพ การให้บริการแก่เด็กด้วยความเอาใจใส่ มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี พิจารณารับเด็กตามจำนวนที่เหมาะสมกับความสามารถในการรับเด็ก และควรมีแพทย์ พยาบาล อยู่ประจำสถานรับเลี้ยงเด็ก หรือสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทันทีเมื่อมีกรณีฉุกเฉิน

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป**

1) ควรมีการศึกษาซ้ำ แต่เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงไปยังประชากรได้กว้างขวางขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็ก จดบันทึกตามสภาพการณ์จริง และบันทึกภาวะสุขภาพของเด็กร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุด

Copyright by Mahidol University

2) ศึกษาในรูปแบบของงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นอกจากนี้ ควรศึกษาถึงวิธีที่จะสามารถคงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่ดีต่อไป

3) ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก เช่น ปัจจัยด้านประชากร การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนจากผู้ปกครอง เป็นต้น

4. ศึกษาถึงอำนาจทำนายทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

FACTORS RELATED TO CHILD CARE WORKERS' BEHAVIOR IN PREVENTION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILD CARE CENTERS

ชญาน์นันท์ ใจดี 5136958 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เสริมศรี สันตติ, ปร.ด. (การพยาบาล), ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, พย.ด.

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี 2000 มีเด็กเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทั่วโลก จำนวน 1.9 ล้านคน โดยพบว่า โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 19 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (World Health Organization, 2011) สำหรับประเทศไทย สถิติตั้งแต่ พ.ศ. 2536-2550 พบว่า อัตราตายด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 5.38 เป็น 1.50 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กวัยนี้ ส่วนอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.58 เป็นร้อยละ 1.67 และส่วนใหญ่จะมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หูน้ำหนวก และอาจพบเป็นโรคขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและทำให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กล่าช้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

นอกจากสาเหตุทางด้านสรีรวิทยาของระบบหายใจและการสร้างภูมิคุ้มกันของเด็กที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่แล้ว สาเหตุสำคัญอีกประการ คือ การที่เด็กมาอยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งทำให้เด็กมีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่าย (Dales, Cakmak, Brand, & Judek, 2004; Roberts et al., 2000)

Copyright by Mahidol University

เด็กจึงควรได้อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กที่ได้มาตรฐาน มีการควบคุมคุณภาพที่ดี ได้รับความอบอุ่น ปลอดภัย มีมาตรการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ดี และมีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็กที่เหมาะสม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) ในทางปฏิบัติ ถึงแม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคในสถานรับเลี้ยงเด็กในแต่ละภูมิภาคของประเทศ แต่ปัญหาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กยังคงมีอยู่ จากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก (จิราพร วงศ์ใหญ่, 2539; ฐปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ประมวญ สุนากร, และสุภรี สุวรรณจูฑะ, 2540) การที่ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม จะมีส่วนทำให้อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเพิ่มมากขึ้น (Lee, Tin, & Kelley, 2007) ดังนั้น นอกจากการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กแล้ว ยังควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีด้วย โดยขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งต่อตนเองและเด็กในความดูแล

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ คือ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; Russell, 1993) 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (The individual's evaluation of the advocated health action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จากการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดา (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; นฤมล ศรีมงคล, 2536; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541; Russell, 1993) 3) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายใน หรืออาจเป็นสิ่งชักนำจากภายนอก จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541) ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กเช่นกัน

Copyright by Mahidol University

สำหรับปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง เบคเกอร์เชื่อว่า มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และยังมีอำนาจการทำนายไม่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานซึ่งเชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) จากการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; สันติพงษ์ กัณฑะวารี, 2549; Al-Akour, 2003; Sripituk, 2006)

ดังนั้น จึงต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก พบเพียงการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่เป็นมารดาและญาติสายตรงเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือไม่ อย่างไร ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ คือ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness) รวมเรียกว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (The individual's evaluation of the advocated health action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) 3) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลมีการ

Copyright by Mahidol University

ปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายใน (internal cues) เช่น ความเจ็บป่วยต่างๆ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง หรืออาจเป็นสิ่งชักนำจากภายนอก (external cues) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่างๆ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น ส่วนปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง เบคเกอร์เชื่อว่า มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และยังมีอำนาจการทำนายไม่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานซึ่งเชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่เป็นปัจจัยหลักและน่าจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่ป้องกันได้ การป้องกันการเกิดโรคในสถานรับเลี้ยงเด็กจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก โดยหากผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่า เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบได้ง่าย (Nafstad et al., 1999; Roberts et al., 2000) นอกจากนี้หากปล่อยให้เด็กป่วยเป็นหวัดบ่อยๆ อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนรวมถึงการมีการติดเชื้อที่รุนแรงจะทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) เมื่อผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพของเด็กดังกล่าว ผู้ดูแลเด็กควรพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค นอกจากนั้นการที่ผู้ดูแลเด็กเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะคุกคามต่อสุขภาพของเด็กได้จริง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประโยชน์และมีความยุ่งยากในการปฏิบัติน้อย จะเป็นแรงชักนำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น และการได้รับความรู้ คำแนะนำเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจผ่านทางสื่อต่างๆ ก็น่าจะช่วยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

Copyright© by Mahidol University

## สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในพื้นที่ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ให้บริการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ให้บริการเฉพาะในเวลากลางวัน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling Technique) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เป็นผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กไม่รวมผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กหรือครูพี่เลี้ยง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการได้ยิน พูด อ่าน เขียนเข้าใจภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) (Polit & Beck, 2008 : 605) ในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .90 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ประเภท r-type เท่ากับ .30 เปิดตารางสำเร็จรูปได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 คน เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 20% (Lemeshow, Hosmer Jr., Kla, & Lwanga, 1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 145 คน

Copyright by Mahidol University

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ (Check list) และคำถามปลายเปิด (Open ended) ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) มี 3 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 ทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ .796

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร**

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) มี 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 ทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ .786

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert-type Scale) มี 3 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 ทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ .812

Copyright© by Mahidol University

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและขอดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการทำงานทั้งสิ้น ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจ

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ใช้เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ ทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test (ภาคผนวก ฉ-ตารางที่ 6) ทดสอบสมมติฐานโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาสุ่มเป็นคู่ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

## ผลการวิจัย

Copyright by Mahidol University

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16-72 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.86 ปี (S.D. = 10.95) อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 21-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 51.70) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.60) ประมาณครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรส (ร้อยละ 49) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีบุตร 1-3 คน (ร้อยละ 61.40) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กระหว่าง 2 เดือน-37 ปี ประสบการณ์เฉลี่ยเท่ากับ 7.96 ปี (S.D. = 7.14) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ในช่วง 2-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 64.80) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กในความดูแลมีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กเหมาะสม (ร้อยละ 80.70) ส่วนใหญ่ดูแลเด็กอายุ 1-6 ปี (ร้อยละ 87.60) มากกว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 84.10) และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.10)

ผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมเท่ากับ 46.92 คะแนน (S.D. = 2.90) มีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค (Mean = 7.17 , S.D. = 1.10) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Mean = 11.26, S.D. = 0.95) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก (Mean = 11.76, S.D. = 0.59) การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก (Mean = 7.91, S.D. = 0.99) การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ (Mean = 2.97, S.D. = 0.16) และการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน (Mean = 5.85, S.D. = 0.40) ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n = 145)

| พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ | ค่าพิสัย | | ค่าเฉลี่ย | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|---|---|---|
| | ค่าที่เป็นไปได้ | ค่าที่เป็นจริง | | |
| **พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม** | **17-51** | **37-51** | **46.92** | **2.90** |
| - การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค | 3-9 | 4-9 | 7.17 | 1.10 |
| - การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ | 4-12 | 7-12 | 11.26 | 0.95 |
| - การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก | 4-12 | 9-12 | 11.76 | 0.59 |
| - การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก | 3-9 | 5-9 | 7.91 | 0.99 |
| - การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ | 1-3 | 2-3 | 2.97 | 0.16 |
| - การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน | 2-6 | 4-6 | 5.85 | 0.40 |

Copyright by Mahidol University

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = .071, p = .393) ตามตารางที่ 2

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s$ = .281, p < .01) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r_s$ = .408, p < .001) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r_s$ = .241, p < .01) ตามตารางที่ 2

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s$ = -.395, p < .001) ตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (n = 145)

| ตัวแปร | สัมประสิทธิ์สัมพันธ์อันดับ ($r_s$) | p |
|---|---|---|
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค | .071 | .393 |
| 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค | .281 | .001 |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ | .408 | .000 |
| 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ | -.395 | .000 |
| 5. การได้รับข้อมูลข่าวสาร | .241 | .003 |

## การอภิปรายผล

**วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก**

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมอยู่ในช่วง 37-51 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.92 คะแนน (S.D. = 2.90) (ตารางที่ 1) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมในด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ และการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4)

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นงานพื้นฐานทั่วไป ที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความชำนาญ มีทักษะ สามารถเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในทางบวกหรือทางที่ดีตามไปด้วย (กมล รอดคล้าย, 2539) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสม คือ พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 4) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติและไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 41.40 ไม่สามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัดคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นได้ทุกครั้ง สามารถอธิบายได้จากระดับพัฒนาการด้านร่างกายและจิตสังคมของเด็กวัยก่อนเรียน ที่เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น (Hockenberry & Wilson, 2009) จึงเป็นธรรมชาติของเด็กวัยนี้ที่มักจะเล่นด้วยกัน การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติในสถานรับเลี้ยงเด็กโดยเด็ดขาดจึงอาจทำได้ยาก นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 64.10 ไม่สามารถสวมผ้าปิดปากและจมูกตลอดเวลาเมื่อเป็นหวัดขณะให้การดูแลเด็ก อาจเนื่องจากสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งมีงบประมาณหรืออาจได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรส่วนท้องถิ่นจำกัด ซึ่งในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า มีสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งมีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจยังไม่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 3) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขในประเด็นที่เป็นปัญหาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก**

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .071$, $p = .393$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เห็นด้วยว่า เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเป็นหวัดบ่อยกว่าเด็กที่อยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 15.20) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แต่อาจประเมินถึงความเป็นไปได้ของภาวะคุกคามต่อสุขภาพของเด็กว่ามีไม่มาก เนื่องจากการเป็นหวัดเป็นการป่วย

Copyright by Mahidol University

ธรรมดาที่มีอาการไม่มาก เป็นแล้วบางครั้งอาจหายเองภายใน 1-2 สัปดาห์ (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2011) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรอบคอบและความระมัดระวังในการดูแลเด็กน้อยลง จึงอาจส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดา (สุจรรยา ทั่งทอง, 2541; Sripituk, 2006)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .281$, $p < .01$) (ตารางที่ 2) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย อาจเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่ไม่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (ร้อยละ 7.60) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการที่เด็กป่วยเป็นหวัดบ่อยๆ จะสามารถลุกลามเป็นหูน้ำหนวก หลอดลมอักเสบรุนแรง หรือโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดาและผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; Russell, 1993)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .408$, $p < .001$) (ตารางที่ 2) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันปานกลาง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลเด็กจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก จะต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นั้นสามารถป้องกันและบรรเทาปัญหาสุขภาพของเด็กในความดูแลได้ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสูงจึงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ดี เช่นเดียวกับผลการศึกษาในมารดาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิติยาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร์, 2536; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541; Russell, 1993)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.395$, $p < .001$) (ตารางที่ 2) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย อาจเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมองว่า การแยกเด็กป่วย และ

Copyright by Mahidol University

การเช็ดตัวลดไข้เป็นอุปสรรคในทางปฏิบัติมาก (ร้อยละ 17.20 และ 13.80 ) (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 2) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคตามความรู้สึกหรือการคาดคะเนของตนเอง โดยมีความคิดเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อย จึงเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อเด็กมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั่งทอง (2541) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท

การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .241$, $p < .01$) (ตารางที่ 2) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กันน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังได้รับความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคและการดูแลที่สอดคล้องตามหลักการแพทย์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่สม่ำเสมอ โดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ร้อยละ 5.50 และแพทย์เพียง ร้อยละ 4.80 เท่านั้น (ภาคผนวก จ-ตารางที่ 1) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่สำคัญในการโน้มน้าวและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกต้อง และมีทางเลือกกว้างขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในมารดาและผู้ดูแลเด็กซึ่งพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; สุจรรยา ทั่งทอง, 2541)

## ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร อาจไม่ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพาราเมตริกซ์ และการอ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งหมดได้

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งทดสอบกับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .796 และ .812 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 คนได้ค่าเท่ากับ .560 และ .674 ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้ เนื่องจาก ในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเอกพันธ์ (Homogeneity) ทำให้ไม่พบความแตกต่างกันมาก

Copyright by Mahidol University

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย**

รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักในการปรับปรุงคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็กให้ได้มาตรฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ด้วยการกำหนดกฎระเบียบและให้การสนับสนุนด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

1) ควบคุมคุณภาพการบริการของสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยเฉพาะสถานรับเลี้ยงเด็กที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ควรกำหนดเป็นนโยบายให้สถานรับเลี้ยงเด็กทุกแห่งปฏิบัติการแยกเด็กป่วยด้วยการโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับไปพักที่บ้านทันที

2) จัดให้มีการอบรมความรู้แก่ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก และผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค การแพร่กระจายเชื้อโรค การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การควบคุมป้องกันโรค โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ นอกจากนั้นรัฐบาลและสื่อมวลชนควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างสม่ำเสมอ

3) สนับสนุนให้มีเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเข้าไปตรวจดูแลสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย สบู่หรือน้ำยาล้างมือ เป็นต้น รวมถึงให้การสนับสนุนสถานรับเลี้ยงเด็กที่ให้บริการเด็กที่มีฐานะยากจนหรือในชุมชนแออัด

**ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก**

1) ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กและผู้ดูแลเด็กทุกคน ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก นอกจากนั้น ควรสนับสนุนส่งเสริมผู้ดูแลเด็กที่จบระดับประถมศึกษาให้ได้มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

2) มีมาตรการควบคุมคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พิจารณารับเด็กตามจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ดูแลเด็ก และควรมีแพทย์พยาบาล อยู่ประจำสถานรับเลี้ยงเด็ก

Copyright by Mahidol University

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป**

1) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็ก จดบันทึกตามสภาพการณ์จริง และบันทึกภาวะสุขภาพของเด็กร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุด

2) ควรมีการศึกษาในรูปแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นอกจากนี้ ควรศึกษาถึงวิธีที่จะสามารถคงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่ดีต่อไป

3) ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก เช่น ปัจจัยด้านประชากร การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนจากผู้ปกครอง เป็นต้น

4. ศึกษาถึงอำนาจทำนายทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

Copyright by Mahidol University

FACTORS RELATED TO CHILD CARE WORKERS' BEHAVIOR IN PREVENTION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILD CARE CENTERS

CHAYANNAN JAIDE 5136958 RAPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SERMSRI SANTATI, Ph.D. (NURSING), CHUANRUEDEE KONGSAKTRAKUL, Ph.D. (NURSING)

# EXTENDED SUMMARY

## Background and significance of the study

Acute respiratory infection (ARI) is a significant global health issue. These infections are the most frequent health problem in children under 5 years of age. In 2000, the World Health Organization (WHO) reported that ARI was the leading cause of death approximately 1.9 million in children worldwide. Nineteen percent of the deaths from ARI were caused by pneumonia, more than the number for all other types of infection diseases (WHO, 2011). In Thailand, from 1993-2007, pneumonia-related deaths were the most prominent infectious disease-related deaths in children under 5 years of age. Even though the mortality rate has diminished from 5.38 to 1.50 per population of 100,000, the morbidity rate has increased from 1.58% to 1.67% and most children develop complications such as asthma, chronic bronchitis, otitis media and possibly malnutrition, all of which are barriers to growth and inhibitors of intellectual development in children (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2009).

The fact that children in child care centers are more susceptible to communicable diseases, may be due to children's respiratory systems are in developing stage and their immune systems are not yet complete, especially to ARI (Dales, Cakmak, Brand, & Judek, 2004; Roberts et al., 2000). Therefore, child care

centers should be controlled to achieve better hygiene, a safer environment, a better ratio of children to child care workers, the implementation of measures for the prevention of diseases or health problems, and standardized management (Ministry of Social Development and Human Security, 2006). In practice, even though related institutions monitor the prevention and control of diseases in child care centers in each region of Thailand by arranging training for child care workers and operators on both government and private child care centers, including setting guidelines or measures for the prevention and control of ARI, the illnesses still have a higher incidence in children attending child care centers. According to previous studies, most child care workers do not perform the ARI preventive behaviors aimed at good health in children (Rattanadilok Na Phuket, Sunakorn, & Suwanachuta, 1997; Wongyai, 1996). Inappropriate ARI preventive behaviors among child care workers contribute to increased ARI incidence (Lee, Tin, & Kelley, 2007). Therefore, apart from training and educating child care workers, they should also be supported child care workers to perform appropriate preventive health behaviors. It depends upon the factors which relate to adopting good individual health behaviors not only for themselves but also children.

According to Becker's Health Belief Model (Becker, 1974), good health behaviors depend upon the three major elements i.e. Firstly, readiness to take action which comprises perceived susceptibility to disease and perceived seriousness of disease that together constitute perceived threat. According to previous literature reviews, the perception of threat is positively related to the disease prevention behaviors in mothers and childcare providers (Boonnak, 2000; Chalernpon, 1997; Ratchawat, 1993; Russell, 1993; Somboonnak, 2004). Secondly, the individual's evaluation of the advocated health action which comprises perceived benefits of action and perceived barriers to action. Many studies have found that perceived benefits of action is positively related to the evaluation of benefits while perceived barriers to action is negatively related to the disease prevention behaviors in mothers (Chalermpon, 1997; Russell, 1993; Somboonnak, 2004; Srimongkol, 1993; Tangtong, 1998). Thirdly, cues to action can be internal cues or external cues. According to previous literature reviews, access to information has been found to be positively related to disease prevention behaviors in mothers and childcare providers (Boonnak, 2000;

Copyright by Mahidol University

Tangtong, 1998). As a result, the researcher expects that these factors should also have an impact on child care workers' behavior in prevention of ARI.

In addition, modifying factors consist of diverse demographic, sociopsychological factors, and structural variables, which in any given instance, may affect the individual's perception and thus indirectly influence health-related behavior. Specifically, certain basic variables are believed to have an indirect effect on behavior by influencing the perceived threat (Becker, 1974; Rosenstock, 1990). Despite several studies on modifying factors, such as age, education level, marital status, and family characteristic influential to individuals' health behavior (Al-Akour, 2003; Chalermpon, 1997; Kanthawaree, 2006; Sripituk, 2006), there is not a single concept that can give a complete explanation on these matters.

Consequently, there is a need to understand the factors concerning health beliefs in order to be able to stipulate actions to achieve the good health behaviors. However, the literature associated with ARI preventive behaviors among child care workers is limited and none of the studies exhibited any correlations between these variables and the ARI preventive behaviors in child care workers in child care centers. There is found only the study in mothers and childcare providers who are direct relatives. Therefore, researcher is interested in exploring the principle components in Becker's Health Belief Model i.e. perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, and access to information and the researcher is further interested in whether or not these variables relate to child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers. The research findings could be implemented as guidelines for planning to provide health promotion and supportive programs about ARI preventive behaviors in order to maintain child care workers' preventive health behaviors, and to enhance levels of physical wellness of children in child care centers

## Conceptual framework

Copyright by Mahidol University

Becker's Health Belief Model (1974) was applied as the research framework of this study. The model explains elements of individuals' belief or perception that can predict health-related behavior, particularly preventive health

behavior. The good health behaviors depend on three major elements. Firstly, readiness to take action which comprises perceived susceptibility to disease and perceived seriousness of disease that combine as perceived threat. Secondly, the individual's evaluation of the advocated health action which comprises perceived benefits of action and perceived barriers to action. Thirdly, cues to action, which may be internal cues, such as bodily events or external cues, such as triggers or environment events (media publicity). In addition, modifying factors consist of diverse demographic, sociopsychological factors, and structural variables, which in any given instance, may affect the individual's perception and thus indirectly influence health-related behavior. Specifically, basic variables are believed to have an indirect effect on behavior by influencing the perceived threat (Becker, 1974; Rosenstock, 1990). Through, reviews of related literature, the researcher has become interested in exploring the principle components in the Health Belief Model i.e. perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, and access to information, which may be directly relate to child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers.

Acute respiratory infection (ARI) is preventable health conditions. The prevention in child care centers depends on child care workers' behavior. Thus it is anticipated, that child care workers should perceived that the children in their child care centers are at high risk for ARI (Nafstad et al., 1999; Roberts et al., 2000). Furthermore, child care workers should have a perceived seriousness of the disease because if children are frequently sick, this may subsequently cause chronic complications, severe infections that may cause death. (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2009). When child care workers have the aforementioned perceptions, they will be ready to practice disease prevention behaviors. Moreover, the belief that practices promise benefits and pose minimal barriers to practice will lead child care workers to have better disease prevention behaviors. Lastly, receipt of knowledge and recommendations concerning acute respiratory infections through various media will stimulate or support child care workers toward good practices from the acute respiratory infection preventive behaviors.

Copyright by Mahidol University

## Purposes of the Study

1. To study child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers.

2. To determine the relationship between perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, access to information and child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers.

## Hypothesis

1. Perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, and access to information are positively related to child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers.

2. Perceived barriers to action is negatively related to child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers.

## Research Methods

This study is a descriptive correlational research. The researcher collected data at the private child care centers in 50 districts of Bangkok Metropolitan. The private child care centers provide services to preschool children in community from Monday to Friday in the day time. Multistage Cluster Sampling Technique was used to select subjects with the inclusion criteria as follows: child care workers in a child care centers not include operators or teachers, good conscious, no problems listening, speaking, reading, writing, understanding Thai and willingness to participate in the research.

## Sample size

The sample size was determined using a power analysis table package (Polit & Beck, 2008 : 605) for correlation coefficient testing at the significance level of .05. The power of the test was set at .90 and the effect size (r-type) was set at .30.

Copyright by Mahidol University

The estimated sample size was 118 cases. However, 20% of the total number of subjects of this study was needed as over-estimation to prevent the loss of incomplete questionnaires (Lemeshow, Hosmer Jr., Kla, & Lwanga, 1990). Therefore, the subject of this study was 145 cases.

## Research instruments

Research instruments used to collect data comprised the following four parts.

**Part 1 Demographic Data Questionnaire.** It was created by the researcher in line with the review of related literatures with a total of 8 check lists and open-ended questions. The questions covered age, educational level, marital status, number of live children, child care experience, training in child care worker's course, and job satisfaction.

**Part 2 The Health Beliefs Concerning Acute respiratory infection Questionnaire.** The researcher modified the questionnaire from the interview form on perceptions concerning acute respiratory infection in children of Suchanya Tangtong (1998) which was created in line with the concept of Becker's Health Belief Model (1974), so it would be suitable for the subjects. It had 20 items with 3-level Likert-type scales. The researcher submitted the questionnaire to three qualified experts. The content validity index (CVI) was .90. The questionnaire was tried out with 30 child care workers who had similar characteristics as the subjects. It was tested for reliability by using the Cronbach's alpha coefficient which was .796.

**Part 3 Access to Information Questionnaire.** It was created by the researcher in line with the review of related literatures. It had 11 items with 4-level Likert-type scales. The researcher submitted the questionnaire to three qualified experts. The content validity index (CVI) was .91. The questionnaire was tried out with 30 child care workers who had similar characteristics as the subjects. It was tested for reliability by using the Cronbach's alpha coefficient which was .786.

Copyright by Mahidol University

**Part 4 The Acute respiratory infection Preventive Behaviors Questionnaire.** The researcher modified the questionnaire from the interview form on Maternal behavior in preventing acute respiratory infection in children of Suchanya Tangtong (1998) which was created in line with the concept of Becker's Health Belief Model (1974), so it would be suitable for the subjects. It had 17 items with 3-level Likert-type scales. The researcher submitted the questionnaire to three qualified experts. The content validity index (CVI) was .88. The questionnaire was tried out with 30 child care workers who had similar characteristics as the subjects. It was tested for reliability by using the Cronbach's alpha coefficient which was .812.

## Data collection

After receiving permission from the Ethics Clearance Committee on Human Rights related to Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. This study was performed by researcher as follows:

1. The researcher requested a letter of introduction from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, to the operators of the child care centers to request cooperation in the research.

2. The researcher established a relationship with the would-be subjects by introduction herself, giving verbal explanations of the purposes of the study, data collection methods and rights to either consent or decline to participate in the study without any effect on their work. The researcher considers the data yielded by this study as confidential and will only implement the data in this study

3. After the subjects agreed to participate in this study and signed the informed consent form, the researcher explained the questionnaire forms to the subjects and assured subjects' understanding of all the questionnaire forms.

4. The subjects answered the questionnaires on their own about 30 minutes.

5. After the subjects finished the questionnaires, the researcher collected them and checked for completeness of the questionnaires for analysis.

Copyright by Mahidol University

## Data analysis

The questionnaires were coded and analyzed using statistical package program. Statistical analytic methods used in this research study were as follows:

1. Descriptive statistics: Frequency, percentage, mean, standard deviation, and data ranges were calculated to describe the demographic data and key variables of the study.

2. Non-parametric statistics: The normal distribution of key variables was calculated with Kolmogorov-Smirnov test (see appendix-table 6). Correlation coefficients among the variables were calculated by Spearman rank correlation coefficient analysis.

## Research Findings

The subjects had aged from 16 to 72 years old (Mean = 37.02, S.D. = 11.00). Half of the subjects was aged between 21 and 40 years old (51.70 %). The majority of the subjects had graduated from high school (58.60 %). Approximately the half of the subjects was married (49 %). Most of the subjects had 1-3 children (61.40 %). The subjects had child care experience in child care centers ranging from 2 months to 37 years and the mean experience equaled 7.96 years (S.D. = 7.14). Approximately 2 out of 3 of the subjects had 2-10 years' experience (64.80 %). Most of the subjects had appropriate ratio of child care workers to children (80.70 %) Most of the subjects provided care for children aged 1-6 years (87.60 %). More than 2 out of 3 of the subjects had passed training in child care worker's course (84.10 %). Most of the subjects had high levels of job satisfaction (84.10 %).

The research findings concerning the factors related to child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers were as follows:

1. The subjects had an average score of 46.29 (S.D. = 2.90) for the overall ARI preventive behaviors. The average score in terms of individual aspects were as follows: pathogen avoidance (Mean = 7.17, S.D. = 1.10) pathogen dissemination prevention (Mean = 11.26, S.D. = 0.95) maintenance of the environment in child care centers (Mean = 11.76, S.D. = 0.59) maintaining body heat for children (Mean = 7.91, S.D. = 0.99) nutritional care (Mean = 2.97, S.D. = 0.16) exercise and rest care (Mean = 5.85, S.D. = 0.40) as shown in Table 1.

Copyright by Mahidol University

**Table 1** Range, mean, and standard deviation of child care workers' behavior in prevention of ARI scores, classified by overall and individual aspects. (n=145)

| The ARI preventive behaviors | Range score | | Mean | S.D. |
|---|---|---|---|---|
| | Possible range | Actual range | | |
| **Overall** | **17-51** | **37-51** | **46.92** | **2.90** |
| pathogen avoidance | 3-9 | 4-9 | 7.17 | 1.10 |
| pathogen dissemination prevention | 4-12 | 7-12 | 11.26 | 0.95 |
| maintenance of the environment in child care centers | 4-12 | 9-12 | 11.76 | 0.59 |
| maintaining body heat for children | 3-9 | 5-9 | 7.91 | 0.99 |
| nutritional care | 1-3 | 2-3 | 2.97 | 0.16 |
| exercise and rest care | 2-6 | 4-6 | 5.85 | 0.40 |

2. Perceived susceptibility to disease had a relationship with the ARI preventive behaviors with non-statistical significance ($r_s$ = .071, p = .393) as shown in Table 2.

3. There were significantly positive correlations between the ARI preventive behaviors and perceived seriousness of disease ($r_s$ = .281, p < .01), perceived benefits of action ($r_s$ = .408, p < .001), and access to information ($r_s$ = .241, p < .01) as shown in Table 2.

4. Perceived barriers to action had a negative relationship with the ARI preventive behaviors with statistical significance ($r_s$ = -.6y395, p < .001) as shown in Table.2.

Copyright by Mahidol University

**Table 2** Spearman rank correlation coefficient between perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, and access to information with the ARI preventive behaviors. (n=145)

| Variables | correlation coefficient ($r_s$) | p |
|---|---|---|
| 1. Perceived susceptibility to disease | .071 | .393 |
| 2. Perceived seriousness of disease | .281 | .001 |
| 3. Perceived benefits of action | .408 | .000 |
| 4. Perceived barriers to action | -.395 | .000 |
| 5. Access to information | .241 | .003 |

## Discussions

**Purpose of the Study 1 – To study child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers**

The subjects' average overall score on the ARI preventive behaviors was 46.29 (S.D. = 2.90) for (Table 1). Further study of detailed data found that the subjects demonstrated good behaviors regarding maintenance of the environment in child care centers, nutritional care, and exercise and rest care (see appendix-table 4). That may be due to these activities being tasks the subjects need to practice on a regular daily basis, which has equipped them with basic knowledge in childcare and enabled them to make decisions to choose to practice good health care activities, in the other words, to make them also practice positive behaviors, or behaviors aimed in a good direction (Rodkhlai, 1996). It was also found that the subjects achieved lower scores on the behaviors in pathogen avoidance, pathogen dissemination prevention, and maintaining body heat for children (see appendix-table 4). This is probably because of the situation and inconvenience of the moment. For instance, the subjects were not aware of the importance of these behaviors and practiced them only one in a while, In some cases they couldn't avoid sick children being close to normal children, because given the

toddlers' social and emotional development needs, they enjoyed playing near other children (Hockenberry & Wilson, 2009), thus there was trouble to isolate the sick children from other normal children. Moreover, when the subjects had a cold, they didn't always wear masks to cover their noses and mouths while caring for children (64.10 %). This is probably due to lack of funds in some child care centers which the researcher noticed in the field study. The study also showed that some of the subjects still didn't completely understand ARI and they would demonstrate poor behaviors in prevention of ARI, which found in the subjects who have primary school levels of educational attainment (see appendix-table 3). The findings of this study indicate that agencies who may be concerned should aware of the importance in solving the problems and supporting child care workers to perform good disease prevention behaviors.

**Purpose of the Study 2 – To determine the relationship between perceived susceptibility to disease, perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, and access to information with child care workers' behavior in prevention of ARI in child care centers.**

The findings of the present study indicate that perceived susceptibility to disease had a relationship with the ARI preventive behaviors with non-statistical significance ($r_s$ = .071, p = .393) (Table 2). This finding might be explained by the fact that some of the subjects didn't agree in term of children in child care centers are at higher risk for ARI than children in home (15.20 %) (see appendix-table 2). They might have perceived that children in child care centers might be susceptible to ARI, but they might have assessed the possibility of a health threatening condition for children as minimal because the common cold is the most common illness, and there are usually only mild symptoms which the patient normally recovers from in a week or two. Thus they may not have been aware of the possible harm from ARI. Hence, perceived susceptibility to disease was not related to ARI preventive behaviors. The finding of this study is consistent with previous studies which have found that perceived susceptibility to disease is not related to maternal preventive health behaviors for children (Sripituk, 2006; Tangtong, 1998).

Copyright by Mahidol University

Perceived seriousness of disease had a positive relationship with the ARI preventive behaviors with statistical significance (r. = .281, p < .01) (Table 2), but both

factors were slightly related, perhaps because some of the subjects misunderstood that pneumonia is not a leading cause of death in children (7.60 %) (see appendix-table 2). The research findings indicate that high levels of perceived seriousness of disease may cause the subjects to have good ARI preventive behaviors. According to the results, most of the subjects had knowledge about symptoms and hazards of ARI that may range from mild cold to otitis media, sever bronchiolitis or pneumonia which is the leading cause of death in children under 5 years of age. Therefore, perceived seriousness of disease triggered fear in the subjects and caused performance in terms of disease preventive behaviors. The findings of this study were consistent with previous studies which have found that there was statistically significant positive relationship between perceived seriousness of disease in maternal and caregiver preventive health behaviors for children. (Boonnak, 2000; Chalernpon, 1997; Ratchawat, 1993; Russell, 1993; Somboonnak, 2004).

Perceived benefits of action had a positive relationship with the ARI preventive behaviors with statistical significance ($r = .408$, $p < .001$) (Table 2). Both factors were moderately related. Research findings have shown that for child care workers to practice disease preventive behaviors, they must believe that the practice of various behaviors will be able to prevent and reduce health problems in children. Accordingly, the subjects with high perceived benefits of action had good trends in practicing ARI preventive behaviors, a finding that concurred with the previous studies which have found that there was statistically significant positive relationship between perceived benefits of action and maternal preventive health behaviors (Chalernpon, 1997; Ratchawat, 1993; Russell, 1993; Somboonnak, 2004; Tangtong, 1998).

Perceived barriers to action had a negative relationship with the ARI preventive behaviors with statistical significance ($r = -.395$, $p < .001$) (Table 2). Both factors were only slightly related, perhaps because some of the subjects measured some practices as immoderate barriers, such as separating unwell children from well children (17.20 %) and sponging for high fever children (13.80 %) (see appendix-table 2). The research findings indicate that perceived barriers to action is an important factor with impact on the behaviors and practice of child care workers. This finding might be explained in that the majority of the subjects might have evaluated barriers to practice the ARI prevention according to their feelings with the opinion that there were few

Copyright by Mahidol University

barriers to practicing activities. Furthermore, the subjects decided on practices yielding more positive results than negative results, which was consistent with the study of Tangtong (1998) who found perceived barriers to action to be related to illness preventive behaviors of rural mothers.

Access to information had a positive relationship with the ARI preventive behaviors with statistical significance ($r = .241$, $p < .01$) (Table 2). Both factors were only slightly related, perhaps because the subjects irregularly received information concerning ARI from public health providers i.e. nurse (5.50 %) and physician (4.80 %) (see appendix-table 1). The findings indicate that access to information was an external stimulant that motivated, supported and promoted changes in child care workers' behavior. Furthermore, access to information from various sources was also a significant factor in persuading and creating wider choices for the subjects in practicing disease preventive behaviors, which was concurrent with the previous studies which have found that access to information was positively related to maternal and caregiver preventive health behaviors for children with statistical significance (Boonnak, 2000; Tangtong, 1998).

## Research Limitations

1. This study was designed for child care workers in private child care centers in Bangkok Metropolitan, in the other words the subjects might be not good representative from a population. Accordingly, the results caused limitations in conducting data analysis by parametric statistics and references to the population of child care workers in all child care centers.

2. The research instrumentation employed to assess health-related beliefs and the ARI preventive behaviors, when tested with the actual subjects, validity values equaling .560 and .674 were obtained, which ranks as a satisfactory rating because the homogenous sample type resulted in no great difference.

Copyright by Mahidol University

# Recommendations

### Policy recommendations

Government and the institutions who are involved in regulating the quality of child care centers should:

1) Monitor the standard quality care in child care centers, especially in poor quality child care centers. Furthermore, they should set guidelines or measures in the prevention and control of disease, focusing on separating unwell children by calling their parent to pick them up to rest at home.

2) Arrange training for operators and child care workers concerning principles of ARI, transmission, avoidance, prevention and control based on related factors i.e. perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action. In addition, they should organize media publicity concerning the prevention and control of ARI on a regular basis.

3) Support public health providers to monitor children health in child care centers, and provide the necessary equipments for disease prevention, such as mask, liquid soap or detergent. Alternatively, they should support provident funds for child care centers where adopted children from poor families or slums are being cared.

### Recommendations for child care centers

1) The operators and child care workers should have basic knowledge about the prevention and control of ARI in children. In addition, child care workers who have primary school levels of educational attainment should have the opportunity to study at a high level.

2) They should have some regulation to control quality of care, especially in the ARI prevention and control. They should ensure the appropriate ratio of child care workers to children, and they should ensure that public health personnel monitor children health, and that they can contacted immediately in emergencies.

Copyright by Mahidol University

**Recommendations for further studies**

1) Qualitative research can be carried out for expanded observation of ARI preventive behaviors in child care workers and recording of the actual conditions and children health status, so it will resemble the real conditions as closely as possible.

2) Experimental research for testing expected outcomes about child care worker's behaviors and child health by applying the Health Belief Model as a research framework. In addition, study should be conducted on further methods for enabling good ARI preventive behaviors in child care workers.

3) There should be study of other factors that may be specific to the ARI preventive behaviors in child care workers, such as demographic factors, perceived self-efficacy and parental support, etc.

4) There should be studies using multiple regression analysis and path analysis on both direct and indirect predictive power in terms of perceived seriousness of disease, perceived benefits of action, perceived barriers to action, and access to information with impact on the ARI preventive behaviors in child care workers.

Copyright by Mahidol University

# รายการอ้างอิง

กมล รอดคล้าย. (2539). *การศึกษาสภาพการดำเนินการจัดการเรียนการสอนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา).

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2531). *คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง โรคติดต่อ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สถานการณ์ ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ปี 2542*.นนทบุรี: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่สู่เมืองไทยแข็งแรง* (พิมพ์ครั้งที่ 3).นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2549). *ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 123 ตอนที่ 84 ก*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (อัดสำเนา).

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *รายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็ก*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (อัดสำเนา).

กระทรวงสาธารณสุข. (2537). *โรคเด็กที่พบบ่อย*. นนทบุรี: ฝ่ายระบบหายใจอักเสบเฉียบพลันในเด็ก.

จิติยาดา สมบุญนาค, ร.อ.หญิง. (2547). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปีที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

จิราพร วงศ์ใหญ่. (2539). *การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตเทศบาลนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จีรพร ศรีวัฒนานุกูลกิจ. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่อง สถานรับเลี้ยงเด็ก: สภาพ ปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการ*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฑามาศ เฉลิมผล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุรีย์ อุสาหะ. (2542). *ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เฉลิมพล ตันสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข: Public health behavioral science*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ประมวญ สุนากร, และสุภรี สุวรรณจูฑะ. (2540). ความรู้เรื่องโรคหวัดและปอดบวมของผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก กรุงเทพมหานคร. ใน กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (บก.), *รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก วันที่ 14-16 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร* (หน้า 82-88). กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

ดารณี วิริยกิจจา, ศิริรัตน์ เตชะธวัช, และสุภาพ รอนศึก. (2544). คุณลักษณะประชากร ความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการเกิดโรคหวัดและปอดบวมในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดอ่างทอง ปี 2542. *วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก*, *6*(2), 20-38.

ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2535). สถานรับเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพดีเป็นอย่างไร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *10*(2), 72-81.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์อภิมาน META-ANALYSIS*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพวรรณ องค์ไชย. (2545). *บทบาทบิดามารดาในการส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของเด็กทารกในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โครงการศูนย์ศึกษาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นวลจันทร์ ปราบพาล. (บก.). (2546). โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก: อดีตสู่ปัจจุบัน. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 47*(7), 375-377.

Copyright by Mahidol University

นวลจันทร์ ปราบพาล, สุภัทรา ลิ้มอุดมพร, และเสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก. (2536). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 37(1), 13-20.

นฤมล ศรีมงคล. (2536). *อิทธิพลการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อพฤติกรรมการล้างมือของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิลุบล ไทยรัตน์. (2542). *พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประกริต รัชวัตร์. (2536). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประทุมพร เตชะ. (2546). *การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประพันธ์ ทองสีดำ. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสมัย จันทวิมล. (2541). ศัพท์พื้นฐาน. ใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (บก.), *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ: ฉบับปรับปรุง 2541* (หน้า 18). กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

เพ็ญศรี พิชัยสนิท. (2530). สุขภาพเด็กวัยทารก. ใน สมทรง อินสว่าง (บก.), *เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว* (หน้า 280-293). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. (2547). *ระบาดวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภพ โกศลารักษ์. (2548). โรคติดเชื้อในระบบการหายใจ. ใน พรรณทิพย์ ฉายากุล (บก.), *ตำราโรคติดเชื้อ 1* (หน้า 138-141). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.

Copyright© by Mahidol University

วีณา เคาวางกูร และพนิดา อนันตเสรีวิทยา. (2541). ปัจจัยที่สามารถทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารโรคติดต่อ, 24*(3), 313-26.

วันเพ็ญ รักชีพ. (2539). หนาวนี้ดูแลลูกอ่อนอย่างไรดี. *รักลูก, 14*(166), 98-99.

ศศิธร ลิขิตนุกูล. (2540). Respiratory infections. ใน อุษา ทิศยากร และทวี โชติพิทยสุนนท์ (บก.), *Update on Pediatric Infectious Diseases* (หน้า 166-174). กรุงเทพฯ: ชมรมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2536). *อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภรัตน์ บุญนาค. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร. (2553). *การแบ่งกลุ่มการปฏิบัติงานของสำนักงานเขต (ปัจจุบัน)*. เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2553, จาก BMA Data Center web site: http://203.155.220.118/info/NowBMA/frame.asp

สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมนึก เลิศสุโภชวณิชย์, วัชรี สารีบุตร, และสุนันทา สีโท. (2546). ปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชายแดนภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 12*(6), 995-1001.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุจรรยา ทั่งทอง. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภรี สุวรรณจูฑะ. (2540). โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปุณย์, และสุรางค์ เจียมจรรยา (บก.), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1* (หน้า 503-506). กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

Copyright by Mahidol University

สุภรี สุวรรณจูฑะ. (2536). โรคติดเชื้อของระบบหายใจและการป้องกันและควบคุม. *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุภาภรณ์ มิตรภานนท์. (2538). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2539). *โภชนาการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สังวาลย์ เจริญรบ และดรุณี โพธิ์ศรี. (2540). ความรู้ การปฏิบัติตัวเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2538. ใน กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (บก.), *รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก วันที่ 14-16 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร* (หน้า 161-169). กรุงเทพฯ: ดีไซร์.

สันติพงษ์ กัณทะวารี. (2549). *พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *สำมะโนประชากรและเคหะ 2543*. เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2552, จาก The National Statistical Office web site: http://web.nso.go.th/pop2000/pop2000.htm

หทัยชนก บัวเจริญ. (2544). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน (อายุแรกเกิด-5 ปี) ในชุมชนแออัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *24*(3), 23-34.

อาจารี อิงคะวณิช, เพชรา ขวัญไพโรจน์, และวัชรี สารีบุตร. (2542). การศึกษาคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็กและความรู้และการดูแลเด็กของพี่เลี้ยงเด็กในโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. *วารสารโรคติดต่อ, 25*(3), 272-278.

อัจฉรา ธีรรัตน์กุล. (2536). การศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. ใน กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (บก.), *รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*.กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Copyright© by Mahidol University

Al-Akour, N. A. (2003). *The relationships among knowledge of diabetes, attitude toward diabetes, family and friends' support, benefits of and barriers to treatment and compliance with health regimens of Jordanian adolescents with insulin dependent diabetes mellitus.* Doctoral dissertation Widener University, Pennsylvania.

Ansari, S. A., Springthorpe, V. S., Sattar, S. A., Tostowaryk, W., & Wells, G. A. (1991). Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. *American Journal of Infection Control, 19*(5). 243-249.

Barker, J., Stevens, D., & Bloomfield, S. F. (2001). A review: Spread and prevention of some common viral infections in community facilities and domestic homes. *Journal of Applied Microbiology, 91*(1)*,* 7-21.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Becker, M. H. (1990). Theoretical model of adherence and strategies for improving adherence. In S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockeme, C. T. Parker, J. L. Probstfield, & J. M. Wolle (Eds.), *The handbook of health behavior change* (pp. 5-43). New York: Springer.

Boone, S. A., & Gerba, C. P. (2005). The occurrence of influenza A virus on household and day care center fomites. *Journal of Infection, 51*(2), 103-109.

Brady, M. T. (2005). Infection disease in pediatric out-of home child care. *American Journal of Infection Control, 33*(5), 276-285.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.

Butchan, B. (2000). *Factors of mothers' health behavior related to severity of acute respiratory infection in children under 5 years.* M.S. Thesis of Science (Public Health) in Infectious Disease, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.) (pp. 45 – 65). California: Jossey-Bass Inc.

Copyright by Mahidol University

Celedón, J. C., Litonjua, A. A., Ryan, L., Weiss, S. T., & Gold, D. R. (2002). Day care attendance, respiratory tract illness, wheezing, asthma, and total serum IgE level in early childhood. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*(3)*,* 241-245.

Celedón, J. C., Litonjua, A. A., Weiss, S. T., & Gold, D. R. (1999). Day care attendance in the first year of life and illnesses of the upper and lower respiratory tract in children with a familial history of atopy. *Pediatrics, 104*(3), 495-500.

Dales, R. E., Cakmak, S., Brand, K., & Judek, S. J. (2004). Respiratory illness in children attending daycare . *Pediatric Pulmonology, 38*(1)*,* 64-69.

Davidhizar, R. (1983). Critique of the health-belief model. *Journal of Advanced Nursing, 8*(6), 467-472.

Duarte, D. M. G., & Botelho, C. (2000). Clinical profile in children under five year old with acute respiratory tract infections. *Jornal de Pediatria, 76*(3), 207-212.

Fairchok, M. P., Martin, E. T., Chambers, S., Kuypers, J., Behrens, M., Braun, L. E., et al. (2010). Epidemiology of viral respiratory tract infections in a prospective cohort of infants and toddlers attending daycare . *Journal of Clinical Virology, 49*(1)*,* 16-20.

Goldson, E., & Reynolds, A. (2003). Child Development & Behavior. In W. H. William, J. L. Myron, J. M. Sondheimer, & R. R. Deterding (Eds.), *Current Pediatric Diagnosis & Treatment* (18th ed.) (pp. 65-101). U.S.A.: McGraw-Hill.

Hernández, S. F., Morales, H. R., Cuevas, R. P., & Gallardo, H. G. (1999). The day care center as a risk factor for acute respiratory infections. *Archives of Medical Research, 30*(3)*,* 216-223.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1-47.

Kamper-JØrgensen, M., Wohlfahrt, J., Simonsen, J., GrØnbaek, M., & Benn, C. T. (2006). Population- based study of the impact of childcare attendance on hospitalizations for acute respiratory infections. *Pediatrics, 118*(4), 1439-1446.

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health, 12*(2), 246-266.

Klein, J. O. (1986). Infectious diseases and day care. *Reviews of Infectious diseases, 8*(4), 521-526.

Copyright by Mahidol University

Koch, A., MØlbak, K., HomØe, P., SØrensen, P., Hjuler, T., Olesen, M. E., et al. (2003). Risk factors for acute respiratory tract infections in young Greenlandic children. *American Journal of Epidemiology, 158*(4), 374-384.

Kotch, J. B., Isbell, P., Weber, D. J., Nguyen, V., Savage, E., Gunn, E., et al. (2007). Hand-washing and diapering equipment reduces disease among children in out-of-home child care centers. *Pediatrics, 120*(1), e29-e36.

Koopman, L. P., Smit, H. A., Heijnen, M. L., Wijga, A., Strien, R. T. V., Kerkhof, M., et al. (2001). Respiratory infections in infants: interaction of parental allergy, child care, and siblings-the PIAMA study. *Pediatrics, 108*(4), 943-948.

Lapinsky, S. E. (2010). Epidemic viral pneumonia. In R. G. Finch & T. F. Patterson (Eds.), *Current Opinion in Infectious Diseases* (pp. 139-144), *Apr 2010; 23*(2).

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, & coping.* New York: Springer.

Lee, L., Tin, S., & Kelley, S. T. (2007). Culture-independent analysis of bacterial diversity in a child-care facility. *Biomed Central Microbiology, 7*(27), 1-13.

Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. St. Louis: John Wiley & Sons.

Lu, N., Samuels, M. E., Shi, L., Baker, S. L., Glover, S. H., & Sanders, J. M. (2004). Child day care risks of common infectious disease revisited. *Child: Care, Health & Development, 30*(4), 361-368.

Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: origins and correlates in psychological theory. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 9-26). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Masuda, K., Masuda, R., Nishi, J. I., Tokuda, K., Yoshinaga, M., & Miyata, K. (2002). Incidences of nasopharyngeal colonization of respiratory bacterial pathogens in Japanese children attending day-care centers. *Pediatrics International, 44*(4), 376-380.

McCutcheon, H., & Fitzgerald, M. (2001). The public health problem of acute respiratory illness in childcare. *Journal of Clinical Nursing, 10*(3), 305-310.

Monto, A. S. (2008). Epidemiology of influenza. *Vaccine, 26*(4), D45-D48.

Nafstad, P., Hagen, J. A., Øie, L., Magnus, P., & Jaakkola, J. J. K. (1999). Day care centers and respiratory health. *Pediatrics, 103*(4), 753-758.

Copyright by Mahidol University

Nafstad, P., Jaakkola, J. J. K., Skrondal, A., & Magnus, P. (2004). Day care center characteristics and children's respiratory health. *Indoor Air, 15*(2), 69-75.

Nafstad, P., Magnus, P., Jaakkola, J., & Jouni, J. K. (2000). Early respiratory infections and childhood asthma. *Pediatrics, 106*(3), e38.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). (2011). *Common Cold*. Retrieved May 31, 2011. From National Institute of Allergy and Infectious Diseases Web site: http://www.niaid.nih.gov/topics/commoncold/Pages/default.aspx.

Oh, J. (2006). Respiratory viral infections and early Asthma in childhood. *Allergology International, 55*(4), 369-372.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Roberts, L., Smith, W., Jorm, L., Patel, M., Douglas, R. M., & McGilchrist, C. (2000). Effect of infection control measures on the frequency of upper respiratory infection in child care: a randomized, controlled trial. *Pediatrics, 105*(4), 738-742.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 1-8). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Rosenstock, I. M. (1974). The halth belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 27-59). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Rosenstock, I. M. (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 39-62). California: Jossey Bass Inc.

Russell, K. M. (1993). *Health beliefs, knowledge and social influence in injury prevention behaviors of mothers with young children.* Doctoral dissertation Indiana University, Indiana.

Copyright by Mahidol University

Sagai, S., Suetake, M., Yano, H., Yoshida, M., Ohyama, K., Endo, H., et al. (2004). Relationship between respiratory syncytial virus infection and acute otitis media in children. *Auris Nasus Larynx, 31*(4), 341-345.

Salemi, C., Canola, M. T., & Eck, E. K. (2002). Hand washing and physicians: how to get them together. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 31*(1), 32-35.

Slac-Smith, L. M., Read, A. W., & Stanley, F. J. (2002). Experience of respiratory and allergic illness in children attending childcare. *Child-Care, Health & Development, 28*(2), 171-177.

Smith, D. P. (1986). Common day-care diseases: patterns and prevention. *Pediatric Nursing, 12*(3). 175-179.

Souza, L. S. de F., Ramos, E. A. G., Carvalho, F. M., Guedes, V. M. C. R., Souza, L. S., Rocha,C. M., et al. (2003). Viral respiratory infections in young children attending day care in urban Northeast Brazil. *Pediatric Pulmonology, 35*(3), 184-191.

Sripituk, S. (2006). *Factors predicting maternal behavior in preventing infant diarrhea.* M.S. Thesis of Nursing Science in Pediatric Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Steel, J. L., & McBroom, W. H. (1972). Conceptual and empirical dimensions of health behavior. *Journal of Health and Social Behavior, 13*(4), 382-392.

Tomochika, K., Ichiyama, T., Shimogori, H., Sugahara, K., Yamashita, H., & Furukawa, S. (2009). Clinical characteristics of respiratory syncytial virus infection-associated acute otitis media. *Pediatrics International, 51*(4), 484-487.

Verrillo, E., Bizzarri, C., Cappa, M., Bruni, O., Pavone, M., Ferri, R., et al. (2011). Sleep characteristics in children with growth hormone deficiency. *Neuroendocrinology, 94*(1), 66-74.

Wennergren, G., & Kristjánsson, S. (2001). Relationship between respiratory syncytial virus bronchiolitis and future obstructive airway diseases. *The European Respiratory Journal, 18*(6), 1044-1058.

Williams, B. G., Gouws, E., Boschi-Pinto, C., Bryce, J., & Dye, C. (2002). Estimates of World-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *The Lancet Infectious diseases, 2*(1), 25-32.

Copyright by Mahidol University

World Health Organization. (2011). *Initiative for Vaccine Research (IVR): Acute respiratory infections*. Retrieved May 31, 2011. From World Health Organization Web site: http://www.who.int/whr/2002/whr2002_annex2.pdf

World Health Organization. (2009). *World Health Statistics 2009*. Geneva: World Health Organization.

Copyright by Mahidol University

# ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

# ภาคผนวก ก
# รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. นายแพทย์ พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต
นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการที่ 1 (โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนอนพยาธิ)
สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. ดร. สุกัญญา จงถาวรสถิตย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข

3. อาจารย์ จงรักษ์ อุตรารัชต์กิจ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านระบบหายใจในเด็ก
งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

# ภาคผนวก ข
# เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

<u>คำชี้แจง</u>

แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกให้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลเด็กทั่วไป ที่จะตอบแบบสอบถามชุดนี้และเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการให้การดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับแบบสอบถามแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ ซึ่งการตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีถูกหรือผิด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วกรุณาส่งคืนที่ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออันดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

ชญาน์นันท์ ใจดี
ผู้วิจัย

Copyright by Mahidol University

เลขที่แจกแบบสอบถาม .....

วันที่บันทึก .....

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก**

1. อายุ…….ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือ……
3. สถานภาพสมรส

   ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย / หย่า / แยก
4. จำนวนบุตร (ที่ยังมีชีวิตอยู่)

   ( ) มี…….คน ( ) ไม่มี
5. ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในสถานรับเลี้ยงเด็ก (รวมประสบการณ์จากสถานรับเลี้ยงเด็กอื่น) รวม……..ปี…….เดือน
6. จำนวนเด็กที่ท่านดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็ก จำนวน .....คน

   เป็นเด็กอายุ .....ปี
7. การอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก

   ( ) ไม่ผ่าน ( ) ผ่านการอบรม
8. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในสถานรับเลี้ยงเด็กแห่งนี้

   ( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

Copyright by Mahidol University

เลขที่แจกแบบสอบถาม .....

วันที่บันทึก .....

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของท่านมากที่สุด ซึ่งให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเข้าใจของท่าน

ไม่มีความเห็น หมายถึง เมื่อท่านตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเข้าใจของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเข้าใจของท่าน

**<u>ตัวอย่าง</u>**

| การรับรู้ | เห็นด้วย | ไม่มีความเห็น | ไม่เห็นด้วย |
|---|---|---|---|
| 1. เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นหวัดหากคลุกคลีกับเด็กที่เป็นหวัด | | √ | |

หมายถึง ท่านไม่มีความเห็นว่าโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นโรคที่ติดต่อได้

**<u>ข้อคำถาม</u>**

| การรับรู้ | เห็นด้วย | ไม่มีความเห็น | ไม่เห็นด้วย |
|---|---|---|---|
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค**<br>1. เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นหวัดหากคลุกคลีกับเด็กที่เป็นหวัด | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| 4. เด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นหวัดบ่อยกว่าเด็กที่อยู่ที่บ้าน | | | |

Copyright by Mahidol University

| การรับรู้ | เห็นด้วย | ไม่มีความเห็น | ไม่เห็นด้วย |
|---|---|---|---|
| **การรับรู้ความรุนแรงของโรค**<br>5. ไข้หวัดเป็นโรคที่ไม่อันตรายหากเด็กที่เป็นหวัดได้รับการดูแลใกล้ชิด | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| *8. โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่ไม่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้ | | | |
| **การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ**<br>*9. การสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเพียงอย่างเดียวเมื่ออากาศหนาวเย็นหรือเมื่อเปิดเครื่องปรับอากาศก็สามารถป้องกันไข้หวัดได้โดยไม่ต้องป้องกันด้วยวิธีอื่น | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| 14. เมื่อเด็กที่เป็นหวัดเริ่มมีอาการไข้สูง การโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับบ้านเป็นวิธีที่ช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหวัดไปสู่เด็กอื่นได้ | | | |
| **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ**<br>*15. การแยกเด็กที่เป็นหวัดไม่ให้คลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| *20. การเช็ดตัวลดไข้เมื่อเด็กมีไข้สูงเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่ายและไม่เสียเวลา | | | |

**หมายเหตุ** * หมายถึง ข้อคำถามในด้านลบ

Copyright© by Mahidol University

เลขที่แจกแบบสอบถาม .....

วันที่บันทึก .....

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร**

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

สม่ำเสมอ หมายถึง ท่านได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งต่างๆ ประมาณ 7-10 ครั้งใน 1 เดือน

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งต่างๆ ประมาณ 4-6 ครั้งใน 1 เดือน

บางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งต่างๆ ประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแหล่งข้อมูลใดเลยใน 1 เดือน

**<u>ตัวอย่าง</u>**

| แหล่งข้อมูลข่าวสาร | สม่ำเสมอ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | ไม่เคย |
|---|---|---|---|---|
| **บุคคล**<br>1. แพทย์ | | | √ | |

หมายถึง ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจจากแพทย์ ประมาณ 1-3 ครั้ง

Copyright by Mahidol University

**ข้อคำถาม** ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เช่น โรคหวัด ปอดอักเสบ คออักเสบ หูอักเสบหรือหูน้ำหนวก และการป้องกันโรคบ่อยเพียงใด

| แหล่งข้อมูลข่าวสาร | สม่ำเสมอ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | ไม่เคย |
|---|---|---|---|---|
| **บุคคล**<br>1. แพทย์ | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 5. เพื่อนร่วมงาน | | | | |
| **สื่อสารมวลชน**<br>1. วิทยุ | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 6. เว็บไซต์ | | | | |

Copyright by Mahidol University

เลขที่แจกแบบสอบถาม .....

วันที่บันทึก .....

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ**

<u>คำชี้แจง</u> โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ จากนั้นทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมากที่สุดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง เมื่อท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือทุกวัน เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นพอๆ กัน เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เลย เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

**<u>ตัวอย่าง</u>**

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
|---|---|---|---|
| 1. ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัดคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นทั้งในห้องและนอกอาคาร | | √ | |

หมายถึง ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัดคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นทั้งในห้องและนอกอาคารบางครั้ง

**<u>ข้อคำถาม</u>**

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
|---|---|---|---|
| **การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค**<br>1. ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัดคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นทั้งในห้องและนอกอาคาร | | | |
| . | | | |
| . | | | |

Copyright by Mahidol University

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
|---|---|---|---|
| . | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| 7. ท่านล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูกหรือจับเด็กที่เป็นหวัดทุกครั้ง | | | |
| **การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก** 8. ท่านกวาดและเช็ดถูภายในห้องเลี้ยงเด็กไม่ให้มีฝุ่นละอองทุกวัน | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| 11. ท่านเปิดประตูหรือหน้าต่างของอาคารเพื่อระบายอากาศภายในห้องเลี้ยงเด็กทุกวัน | | | |
| **การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก** 12. ท่านห่มผ้า สวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเมื่ออากาศหนาวเย็นหรือเมื่อเปิดเครื่องปรับอากาศ | | | |
| . | | | |
| *14. ท่านเปิดพัดลมหรือให้ลมจากเครื่องปรับอากาศกระทบโดยตรงที่ตัวเด็ก | | | |
| **การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ** 15. ท่านดูแลให้เด็กดื่มนมหรือรับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอตามวัย | | | |
| . | | | |
| 17. ท่านให้เด็กนอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง | | | |

**หมายเหตุ** * หมายถึง ข้อคำถามในด้านลบ

Copyright by Mahidol University

# ภาคผนวก ค
# ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

**1. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จำนวน 20 ข้อ**

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน = 18/20 = 0.90
จำนวนข้อทั้งหมด

**2. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 11 ข้อ**

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน = 10/11 = 0.91
จำนวนข้อทั้งหมด

**3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จำนวน 17 ข้อ**

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน = 15/17 = 0.88
จำนวนข้อทั้งหมด

Copyright by Mahidol University

# ภาคผนวก ง
# เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

Copyright by Mahidol University

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

# เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
# คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
# มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๒๐๑

| | |
|---|---|
| ชื่อโครงการ | ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็ก |
| เลขที่โครงการ/รหัส | ID ๐๕-๕๓-๐๓ ๑ |
| ชื่อหัวหน้าโครงการ | นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี |
| ที่ทำงาน | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์<br>คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ชื่อโครงการใหม่ ครั้งที่ ๑ | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก |

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาตามโดยยอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์ศิริพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๔

Copyright © by Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

## Documentary Proof of Ethical Clearance
## Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
## Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA 2010/201/N$_1$

| | |
|---|---|
| Title of Project | Factors Predicting Child Care Workers' Behavior in Prevention of Acute Respiratory Infection in Children in Child Care Center |
| Protocol Number | ID 05-53-03 |
| Principal Investigator | Miss. Chayannan Jaide |
| Official Address | Department of Nursing<br>Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital<br>Mahidol University |
| Document reviewed | |
| New Title 1 : | Factors Related to Child Care Workers' Behavior in Prevention of Acute Respiratory Infection in Child Care Centers |

*The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.*

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects
.....
Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects
.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval August 26, 2011

Copyright by Mahidol University

**เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**(Patient / Participant Information Sheet)**

ชื่อโครงการ **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก**

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี

**สถานที่วิจัย** สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร

**บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี โทร. 08-9495-5377

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** อาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**ความเป็นมาของโครงการ** โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พิการแต่กำเนิด และเด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก สำหรับเด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก เมื่อเจ็บป่วยจะสามารถแพร่เชื้อโรคติดต่อสู่กันได้ง่าย ผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยของเด็ก และการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานรับเลี้ยงเด็ก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

**รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย** เมื่อผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจนกับผู้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์ และตอบแบบสอบถามจำนวน 48 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการฯ ตามต้องการโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล

**ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย** ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากการสนทนาแลกเปลี่ยนปัญหา และมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กต่อไป โดยโครงการวิจัยนี้ไม่ได้มีการจัดกระทำต่อร่างกายแต่อย่างใด จึงไม่เกิดผลข้างเคียงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

**การเก็บข้อมูลเป็นความลับ** การเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำเสนอผลการศึกษาไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไว้เป็นความลับ

Copyright by Mahidol University

**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ**

**(Informed Consent Form)**

**ชื่อโครงการ** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย .....อายุ ..... ปี

**คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่ .....

**คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย**

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

**หมายเหตุ** : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

# ภาคผนวก จ

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารรายข้อ (N= 145)

| แหล่งข้อมูลข่าวสาร | สม่ำเสมอ (%) | บ่อยครั้ง (%) | บางครั้ง (%) | ไม่เคย (%) |
|---|---|---|---|---|
| **บุคคล** | | | | |
| 1. แพทย์ | 4.80 | 9.70 | 61.40 | 24.10 |
| 2. พยาบาล | 5.50 | 19.30 | 55.90 | 19.30 |
| 3. เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ... | 17.20 | 26.90 | 43.50 | 12.40 |
| 4. ผู้ดำเนินการ... | 44.10 | 39.30 | 15.20 | 1.40 |
| 5. เพื่อนร่วมงาน | 30.30 | 33.10 | 34.50 | 2.10 |
| **สื่อสารมวลชน** | | | | |
| 1. วิทยุ | 13.80 | 24.10 | 43.50 | 18.60 |
| 2. โทรทัศน์ | 26.90 | 43.40 | 28.30 | 1.40 |
| 3. หนังสือพิมพ์ | 20.00 | 27.60 | 44.10 | 8.30 |
| 4. เอกสาร... | 13.80 | 33.80 | 44.10 | 8.30 |
| 5. หนังสือ... | 16.60 | 26.80 | 49.00 | 7.60 |
| 6. เว็บไซต์ | 4.10 | 12.50 | 33.10 | 50.30 |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (N= 145)

| การรับรู้ | เห็นด้วย (%) | ไม่มีความเห็น (%) | ไม่เห็นด้วย (%) |
|---|---|---|---|
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** | | | |
| 1. เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นหวัด… | 81.40 | 9.60 | 9.00 |
| *2. ผู้ดูแลเด็กที่เป็นหวัด...เด็กมีโอกาสติดเชื้อหวัด | 5.50 | 20.70 | 73.80 |
| 3. เด็กที่ใช้ของเล่น...เด็กมีโอกาสติดหวัดได้ | 97.20 | 0.70 | 2.10 |
| 4. เด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเสี่ยง... | 66.20 | 18.60 | 15.20 |
| **การรับรู้ความรุนแรงของโรค** | | | |
| 5. ไข้หวัดเป็นโรคที่ไม่อันตราย... | 73.80 | 18.60 | 7.60 |
| *6. อาการไข้สูงจากการเป็นหวัด... | 6.20 | 13.80 | 80.00 |
| 7. เด็กที่เป็นหวัดบ่อยๆ สามารถลุกลาม... | 89.70 | 9.60 | 0.70 |
| *8. โรคปอดอักเสบ... | 7.60 | 25.50 | 66.90 |
| **การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ** | | | |
| *9. การสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเพียงอย่างเดียว... | 21.40 | 20.00 | 58.60 |
| 10. การเช็ดน้ำมูก...เด็กที่เป็นหวัดหายใจโล่ง | 61.40 | 26.90 | 11.70 |
| 11. การดูแลให้เด็กดื่มนม..รับประทานอาหาร.. | 75.20 | 24.80 | - |
| *12. การเช็ดตัวลดไข้...จะทำให้เด็กชักได้ | 9.00 | 14.40 | 76.60 |
| 13. การแยกเด็กที่มีไข้ต่ำ...ช่วยป้องกันการแพร่... | 95.90 | 3.40 | 0.70 |
| 14. เมื่อเด็ก..เริ่มมีอาการไข้สูง...แพร่กระจายเชื้อ... | 89.00 | 6.90 | 4.10 |
| **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ** | | | |
| *15. การแยกเด็กที่เป็นหวัด...ปฏิบัติได้ง่าย | 69.00 | 13.80 | 17.20 |
| *16. การอาบน้ำให้เด็ก...และไม่ยุ่งยาก | 89.70 | 7.50 | 2.80 |
| 17. การทำความสะอาดของเล่น...ปฏิบัติได้ยาก... | 2.80 | 4.80 | 92.40 |
| 18. การดูแลเด็ก...และเสียค่าเวลามาก | - | 4.10 | 95.90 |
| *19. การล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูก..ปฏิบัติได้ง่าย... | 94.50 | 3.40 | 2.10 |
| *20. การเช็ดตัวลดไข้...ง่ายและไม่เสียเวลา | 83.40 | 2.80 | 13.80 |

**หมายเหตุ** * หมายถึง ข้อคำถามในด้านลบ

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของระดับการศึกษา จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs)

| การรับรู้ | เห็นด้วย n (%) | ไม่มีความเห็น n (%) | ไม่เห็นด้วย n (%) |
|---|---|---|---|
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** | | | |
| 1. เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นหวัด… | | | |
| ประถมศึกษา | 8 (61.50) | 3 (23.10) | 2 (15.40) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 68 (80.00) | 8 (9.40) | 9 (10.60) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 16 (84.20) | 2 (10.50) | 1 (5.30) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 26 (92.80) | 1 (3.60) | 1 (3.60) |
| *2. ผู้ดูแลเด็กที่เป็นหวัด...เด็กมีโอกาสติดเชื้อหวัด | | | |
| ประถมศึกษา | 1 (7.70) | 4 (30.8) | 8 (61.50) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 6 (7.10) | 17 (20.00) | 62 (72.90) |
| อนุปริญญา/ปวส. | - | 4 (21.10) | 15 (78.90) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 1 (3.60) | 5 (17.90) | 22 (78.50) |
| 3. เด็กที่ใช้ของเล่น...เด็กมีโอกาสติดหวัดได้ | | | |
| ประถมศึกษา | 11 (84.60) | - | 2 (15.40) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 85 (100) | - | - |
| อนุปริญญา/ปวส. | 19 (100) | - | - |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 26 (92.80) | 1 (3.60) | 1 (3.60) |
| 4. เด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเสี่ยง... | | | |
| ประถมศึกษา | 8 (61.50) | 4 (30.80) | 1 (7.70) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 59 (69.40) | 13 (15.30) | 13 (15.30) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 10 (52.60) | 5 (26.30) | 4 (21.10) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 19 (67.80) | 5 (17.90) | 4 (14.30) |
| **การรับรู้ความรุนแรงของโรค** | | | |
| 5. ไข้หวัดเป็นโรคที่ไม่อันตราย... | | | |
| ประถมศึกษา | 6 (46.20) | 5 (38.50) | 2 (15.30) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 63 (74.10) | 15 (17.60) | 7 (8.30) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 14 (73.70) | 3 (15.80) | 2 (10.50) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 24 (85.70) | 4 (14.30) | - |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของระดับการศึกษา จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) (ต่อ)

| การรับรู้ | เห็นด้วย n (%) | ไม่มีความเห็น n (%) | ไม่เห็นด้วย n (%) |
|---|---|---|---|
| *6. อาการไข้สูงจากการเป็นหวัด... | | | |
| ประถมศึกษา | 1 (7.70) | 2 (15.40) | 10 (76.90) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 5 (5.90) | 14 (16.50) | 66 (77.60) |
| อนุปริญญา/ปวส. | - | 1 (5.30) | 18 (94.7) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 3 (10.70) | 3 (10.70) | 22 (78.60) |
| 7. เด็กที่เป็นหวัดบ่อยๆ สามารถลุกลาม... | | | |
| ประถมศึกษา | 9 (69.20) | 4 (30.80) | - |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 77 (90.60) | 8 (9.40) | - |
| อนุปริญญา/ปวส. | 18 (94.70) | 1 (5.30) | - |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 26 (92.80) | 1 (3.60) | 1 (3.60) |
| *8. โรคปอดอักเสบ... | | | |
| ประถมศึกษา | 3 (23.10) | 4 (30.80) | 6 (46.10) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 8 (9.40) | 23 (27.10) | 54 (63.50) |
| อนุปริญญา/ปวส. | - | 4 (21.10) | 15 (78.90) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | - | 6 (21.40) | 22 (78.60) |
| **การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ** | | | |
| *9. การสวมเสื้อผ้าหนาๆ ให้เด็กเพียงอย่างเดียว... | | | |
| ประถมศึกษา | 4 (30.80) | 5 (38.40) | 4 (30.80) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 21 (24.70) | 17 (20.00) | 47 (55.30) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 2 (10.50) | 3 (15.80) | 14 (73.70) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 4 (14.30) | 4 (14.30) | 20 (71.40) |
| 10. การเช็ดน้ำมูก...ช่วยให้เด็กที่เป็นหวัดหายใจโล่ง | | | |
| ประถมศึกษา | 4 (30.80) | 7 (53.80) | 2 (15.40) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 63 (74.20) | 15 (17.60) | 7 (8.20) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 7 (36.80) | 9 (47.40) | 3 (15.80) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 15 (53.60) | 8 (28.60) | 5 (17.80) |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของระดับการศึกษา จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) (ต่อ)

| การรับรู้ | เห็นด้วย n (%) | ไม่มีความเห็น n (%) | ไม่เห็นด้วย n (%) |
|---|---|---|---|
| 11. การดูแลให้เด็กดื่มนม..รับประทานอาหาร.. | | | |
| ประถมศึกษา | 10 (76.90) | 3 (23.10) | - |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 59 (69.40) | 26 (30.60) | - |
| อนุปริญญา/ปวส. | 14 (73.70) | 5 (26.30) | - |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 26 (92.90) | 2 (7.10) | - |
| *12. การเช็ดตัวลดไข้...จะทำให้เด็กชักได้ | | | |
| ประถมศึกษา | 3 (23.10) | 2 (15.40) | 8 (61.50) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 9 (10.60) | 12 (14.10) | 64 (75.30) |
| อนุปริญญา/ปวส. | - | 4 (21.10) | 15 (78.90) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 1 (3.60) | 3 (10.70) | 24 (85.70) |
| 13. การแยกเด็กที่มีไข้ต่ำ...ช่วยป้องกันการแพร่... | | | |
| ประถมศึกษา | 11 (84.60) | 2 (15.40) | - |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 83 (97.60) | 2 (2.40) | - |
| อนุปริญญา/ปวส. | 17 (89.40) | 1 (5.30) | 1 (5.30) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 28 (100) | - | - |
| 14. เมื่อเด็ก..เริ่มมีอาการไข้สูง..แพร่กระจายเชื้อ... | | | |
| ประถมศึกษา | 10 (76.90) | 1 (7.70) | 2 (15.40) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 75 (88.20) | 8 (9.40) | 2 (2.40) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 18 (94.70) | - | 1 (5.30) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 26 (92.80) | 1 (3.60) | 1 (3.60) |
| **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ** | | | |
| *15. การแยกเด็กที่เป็นหวัด...ปฏิบัติได้ง่าย | | | |
| ประถมศึกษา | 6 (46.20) | 1 (7.60) | 6 (46.20) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 58 (68.20) | 13 (15.30) | 14 (16.50) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 15 (79.00) | 2 (10.50) | 2 (10.50) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 21 (75.00) | 4 (14.30) | 3 (10.70) |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของระดับการศึกษา จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) (ต่อ)

| การรับรู้ | เห็นด้วย n (%) | ไม่มีความเห็น n (%) | ไม่เห็นด้วย n (%) |
|---|---|---|---|
| *16. การอาบน้ำให้เด็ก…ปฏิบัติได้ง่าย...และไม่ยุ่งยาก | | | |
| ประถมศึกษา | 10 (76.90) | 2 (15.40) | 1 (7.70) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 78 (91.80) | 5 (5.90) | 2 (2.30) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 18 (94.70) | 1 (5.30) | - |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 24 (85.70) | 3 (10.70) | 1 (3.60) |
| 17. การทำความสะอาดของเล่น...ปฏิบัติได้ยาก... | | | |
| ประถมศึกษา | 1 (7.70) | - | 12 (92.30) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 2 (2.40) | 3 (3.50) | 80 (94.10) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 1 (5.30) | 2 (10.50) | 16 (84.20) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | - | 2 (7.10) | 26 (92.90) |
| 18. การดูแลเด็ก...ปฏิบัติได้ยากและเสียค่าเวลามาก | | | |
| ประถมศึกษา | - | 1 (7.70) | 12 (92.30) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | - | 3 (3.50) | 82 (96.50) |
| อนุปริญญา/ปวส. | - | 1 (5.30) | 18 (94.70) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | - | 1 (3.60) | 27 (96.40) |
| *19. การล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูก..ปฏิบัติได้ง่าย... | | | |
| ประถมศึกษา | 11 (84.60) | 2 (15.40) | - |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 79 (93.00) | 3 (3.50) | 3 (3.50) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 19 (100) | - | - |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 28 (100) | - | - |
| *20. การเช็ดตัวลดไข้...ปฏิบัติได้ง่ายและไม่เสียเวลา | | | |
| ประถมศึกษา | 10 (76.90) | - | 3 (23.10) |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 71 (83.50) | 2 (2.40) | 12 (14.10) |
| อนุปริญญา/ปวส. | 15 (79.00) | 2 (10.50) | 2 (10.50) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 25 (89.30) | - | 3 (10.70) |

**หมายเหตุ** * หมายถึง ข้อคำถามในด้านลบ

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 4** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (N= 145)

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ % | ปฏิบัติบางครั้ง % | ไม่เคยปฏิบัติเลย % |
|---|---|---|---|
| **การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค** | | | |
| 1. ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัด... | 58.60 | 41.40 | - |
| 2. ท่านสวมผ้าปิดปากและจมูก... | 35.90 | 58.60 | 5.50 |
| *3. ท่านสัมผัสใกล้ชิดเด็กในขณะ... | 9.00 | 53.80 | 37.20 |
| **การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ** | | | |
| 4. ท่านแยกเด็กที่เป็นหวัดโดยให้นอน... | 78.60 | 21.40 | - |
| *5. ท่านให้เด็กที่เป็นหวัดใช้ของเล่น... | 4.80 | 6.90 | 88.30 |
| 6. เมื่อเด็กที่เป็นหวัดเริ่มมีอาการไข้สูง... | 74.50 | 22.70 | 2.80 |
| 7. ท่านล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูกหรือ... | 92.40 | 6.90 | 0.70 |
| **การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก** | | | |
| 8. ท่านกวาดและเช็ดถูภายในห้อง... | 97.20 | 2.80 | - |
| 9. ท่านทำความสะอาดของเล่นเด็ก... | 90.30 | 9.70 | - |
| 10. ท่านทำความสะอาดที่นอน...สกปรก | 93.80 | 6.20 | - |
| 11. ท่านเปิดประตูหรือหน้าต่าง… | 94.50 | 5.50 | - |
| **การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก** | | | |
| 12. ท่านห่มผ้า สวมเสื้อผ้าหนาๆ ... | 83.40 | 16.60 | - |
| 13. ท่านให้เด็กอาบน้ำอุ่น...หนาวเย็น | 49.70 | 38.60 | 11.70 |
| *14. ท่านเปิดพัดลม... โดยตรงที่ตัวเด็ก | 7.60 | 15.20 | 77.20 |
| **การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ** | | | |
| 15. ท่านดูแลให้เด็กดื่มนม…พอตามวัย | 97.20 | 2.80 | - |
| **การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน** | | | |
| 16. ท่านให้เด็กทำกิจกรรม...กลางแจ้ง | 86.20 | 13.80 | - |
| 17. ท่านให้เด็กนอนกลางวัน...1-2 ชั่วโมง | 98.60 | 1.40 | - |

**หมายเหตุ** * หมายถึง ข้อคำถามในด้านลบ

**ตารางที่ 5** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับเด็กเหมาะสมและไม่เหมาะสม จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs)

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ n (%) | ปฏิบัติบางครั้ง n (%) | ไม่เคยปฏิบัติเลย n (%) |
|---|---|---|---|
| **การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค** | | | |
| 1. ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัด... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 70 (59.80) | 47 (40.20) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 15 (53.60) | 13 (46.40) | - |
| 2. ท่านสวมผ้าปิดปากและจมูก... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 43 (36.80) | 70 (59.80) | 4 (3.40) |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 9 (32.10) | 15 (53.60) | 4 (14.30) |
| *3. ท่านสัมผัสใกล้ชิดเด็กในขณะที่ท่าน... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 12 (10.20) | 62 (53.00) | 43 (36.80) |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 1 (3.60) | 16 (57.10) | 11 (39.30) |
| **การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ** | | | |
| 4. ท่านแยกเด็กที่เป็นหวัดโดยให้นอน... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 90 (76.90) | 27 (23.10) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 24 (85.70) | 4 (14.30) | - |
| *5. ท่านให้เด็กที่เป็นหวัดใช้ของเล่น... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 5 (4.30) | 8 (6.80) | 104 (88.90) |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 2 (7.10) | 2 (7.10) | 24 (85.80) |
| 6. เมื่อเด็กที่เป็นหวัดเริ่มมีอาการไข้... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 89 (76.10) | 25 (21.40) | 3 (2.50) |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 19 (67.90) | 8 (28.60) | 1 (3.50) |
| 7. ท่านล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูกหรือ... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 111 (94.90) | 6 (5.10) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 23 (82.10) | 4 (14.30) | 1 (3.60) |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 5** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับเด็กเหมาะสมและไม่เหมาะสม จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) (ต่อ)

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ n (%) | ปฏิบัติบางครั้ง n (%) | ไม่เคยปฏิบัติเลย n (%) |
|---|---|---|---|
| **การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก** | | | |
| 8. ท่านกวาดและเช็ดถูภายในห้อง... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 113 (96.60) | 4 (3.40) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 28 (100) | - | - |
| 9. ท่านทำความสะอาดของเล่นเด็ก... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 104 (88.90) | 13 (11.10) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 27 (96.40) | 1 (3.60) | - |
| 10. ท่านทำความสะอาดที่นอน...เมื่อสกปรก | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 108 (92.30) | 9 (7.70) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 28 (100) | - | |
| 11. ท่านเปิดประตูหรือหน้าต่าง… | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 109 (93.20) | 8 (6.80) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 28 (100) | - | - |
| **การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก** | | | |
| 12. ท่านห่มผ้า สวมเสื้อผ้าหนาๆ ... | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 99 (84.60) | 18 (15.40) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 22 (78.60) | 6 (21.40) | - |
| 13. ท่านให้เด็กอาบน้ำ...อากาศหนาวเย็น | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 60 (51.30) | 44 (37.60) | 13 (11.10) |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 12 (42.90) | 12 (42.90) | 4 (14.20) |
| *14. ท่านเปิดพัดลม...โดยตรงที่ตัวเด็ก | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 9 (7.70) | 20 (17.10) | 88 (75.20) |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 2 (7.10) | 2 (7.10) | 24 (85.80) |

Copyright by Mahidol University

**ตารางที่ 5** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กกับเด็กเหมาะสมและไม่เหมาะสม จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจรายข้อ (Crosstabs) (ต่อ)

| พฤติกรรม | ปฏิบัติประจำ n (%) | ปฏิบัติบางครั้ง n (%) | ไม่เคยปฏิบัติเลย n (%) |
|---|---|---|---|
| **การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ** | | | |
| 15. ท่านดูแลให้เด็กดื่มนม...พอตามวัย | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 113 (96.60) | 4 (3.40) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 28 (100) | - | - |
| **การดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน** | | | |
| 16. ท่านให้เด็กทำกิจกรรม...กลางแจ้ง | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 107 (91.50) | 10 (8.50) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 18 (64.30) | 10 (35.70) | - |
| 17. ท่านให้เด็กนอนกลางวัน...1-2 ชั่วโมง | | | |
| อัตราส่วนเหมาะสม | 115 (98.30) | 2 (1.70) | - |
| อัตราส่วนไม่เหมาะสม | 28 (100) | - | - |

**หมายเหตุ** * หมายถึง ข้อคำถามในด้านลบ

Copyright by Mahidol University

# ภาคผนวก ฉ
# การตรวจสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปร (Normality)
# ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test

**ตารางที่ 6** การวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษา

| **ตัวแปร** | Kolmogorov-Smirnov Z | p |
|---|---|---|
| พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ | 1.840 | .002 |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค | 2.774 | .000 |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค | 3.087 | .000 |
| การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ | 2.366 | .000 |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ | 3.557 | .000 |
| การได้รับข้อมูลข่าวสาร | 1.049 | .221 |

Copyright by Mahidol University

# ประวัติผู้วิจัย

| | |
|---|---|
| **ชื่อ – สกุล** | นางสาวชญาน์นันท์ ใจดี |
| **วัน เดือน ปีเกิด** | 3 สิงหาคม 2518 |
| **สถานที่เกิด** | จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย |
| **วุฒิการศึกษา** | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พ.ศ. 2537-2541<br>ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์<br>(เกียรตินิยมอันดับ 1)<br>มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2544<br>ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง<br>สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ<br>มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554<br>พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต<br>(การพยาบาลเด็ก) |
| **ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้** | ทุนนักเรียนแลกเปลี่ยนระดับบัณฑิตศึกษาระหว่าง<br>โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี<br>คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดลกับ School of Nursing,<br>Osaka Prefecture University, Japan (2009)<br>ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่า<br>บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล |
| **ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน** | พ.ศ. 2541-2554<br>โรงพยาบาลศรีสะเกษ<br>ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

Copyright by Mahidol University

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ต่อ)** พ.ศ. 2554-ปัจจุบัน
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง: ผู้ช่วยอาจารย์

**ที่อยู่ปัจจุบัน** 43 ม. 10 ถ. อุบลฯ ต. โพธิ์ อ. เมือง จ. ศรีสะเกษ 33000
โทรศัพท์ 08-9495-5377
E-mail : chayannan@gmail.com

Copyright by Mahidol University