

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก*

ชยานันท์ ใจดี** พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

เสริมศรี สันตติ*** Ph.D. (Nursing)

ชินฤดี คงศักดิ์ตระกูล**** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลข่าวสาร กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ภายใต้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 145 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทางสถิติ จากผลการศึกษาเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็กที่เน้นเรื่องการเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการป้องกันโรค สถานรับเลี้ยงเด็ก ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

*นำเสนอผลงานภาคบรรยาย ในการประชุม The 2nd International Nursing Research Conference 2012 วันที่ 9-10 กุมภาพันธ์ 2555 กัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย

**ผู้ช่วยอาจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***Corresponding author, อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: sermsri.san@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2000 มีเด็กเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทั่วโลกจำนวน 1.9 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2011) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2550 พบว่า อัตราตายด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 5.38 เป็น 1.50 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กวัยนี้ ส่วนอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.58 เป็นร้อยละ 1.67 และส่วนใหญ่จะมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หนองใน และอาจพบเป็นโรคขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและทำให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กล่าช้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สาเหตุที่เด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กมีทางเดินหายใจขนาดเล็กและสั้น เมื่อมีการอักเสบและบวมเพียงเล็กน้อย จะทำให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ เกิดการอุดตันได้ง่าย และการสร้างภูมิคุ้มกันของเด็กยังพัฒนาไม่เต็มที่ (Roberts et al., 2000) นอกจากนี้เชื้อไวรัสหลายชนิดทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายในเด็ก เช่น กลุ่มอาการครูป (croup) หลอดลมอักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน และโรคปอดอักเสบ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540; Masuda et al., 2002)

นอกจากสาเหตุทางด้านสรีรวิทยาของระบบหายใจ และการสร้างภูมิคุ้มกันของเด็กที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่แล้ว การที่เด็กมาอยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็ก จะทำให้เด็กมีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้ง่าย (Dales, Cakmak, Brand, & Judek, 2004; Roberts et al., 2000) จากข้อมูลของศูนย์เด็กเล็กกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2550 มีเด็กป่วยด้วยอาการทางระบบหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก สูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดต่อทั้งหมด (ศูนย์เด็กเล็กกระทรวงสาธารณสุข, 2549, 2550) สถานรับเลี้ยงเด็กจึงควรมีมาตรการป้องกันการปัญหาสุขภาพที่ดี (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) ในทางปฏิบัติถึงแม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรคในสถานรับเลี้ยงเด็ก แต่ปัญหาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กยังคงมีอยู่ จากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคแก่เด็ก (จิราพร วงศ์ใหญ่, 2539; รูปนกรัตนดิกล ภูเก็ต, ประมวญ สุนากร, และสุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540) การที่ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม จะมีส่วนทำให้อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเพิ่มมากขึ้น (Lee, Tin, & Kelley, 2007) ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่า จะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรคขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ ประการแรกคือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (จิตติยาตา สมบุญนาถ, 2547; จุฑามาตเฉลิมผล, 2540; ประกริต รัชวัตร, 2536; ศุภรัตน์ บุญนาถ, 2543; Russell, 1993) ประการที่สองคือ การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จากการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การป้องกันโรคต่างๆ ของมารดา (จิตียาดา สมบุญนาค, 2547; จุฑามาศ เจริญผล, 2540; นฤมล ศรีมงคล, 2536; สุจรรยา ทั้งทอง, 2541; Russell, 1993) ประการที่สามคือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็น สิ่งชักนำมาจากภายในหรือภายนอก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นสิ่งชักนำมาจากภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคต่างๆ ของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (ศุภรัตน์ บุญนาค, 2543; สุจรรยา ทั้งทอง, 2541)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติ และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรม การป้องกันโรคของมารดาและผู้ดูแลเด็ก แต่ยังไม่พบว่า มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก หรือไม่ อย่างไร ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก
2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ด้วยความเชื่อว่า จะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ขึ้นกับปัจจัยหลัก สามประการคือ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to take action) เป็นความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง

ของโรค (perceived seriousness) รวมเรียกว่าการรับรู้ภาวะคุกคาม (perceived threat) 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (individual's evaluation of the advocated health action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) 3) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (cues to action) เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ อาจเป็นสิ่งที่ชักนำมาจากภายใน (internal cues) เช่น ความเจ็บป่วยต่าง ๆ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง หรืออาจเป็นสิ่งที่ชักนำมาจากภายนอก (external cues) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ข่าวสารจากสื่อมวลชนต่าง ๆ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น สำหรับปัจจัยร่วม (modifying factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง เบคเกอร์เชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคาม และยังมีอำนาจการทำนายไม่ชัดเจน (Becker, 1974; Rosenstock, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของมารดาและผู้ดูแลเด็ก (จุฑามาศ เณิมผล, 2540; สันติพงษ์ กัณทะวารี, 2549; Al-Akour, 2003; Sripituk, 2006) ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของเบคเกอร์ ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะศึกษาปัจจัยการรับรู้ของบุคคลและสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติที่มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมตามแนวคิดเชิงทฤษฎีในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นหลัก โดยคาดว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive, correlational research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 145 ราย ทำงานในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในพื้นที่ 50 เขตของกรุงเทพมหานคร การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling technique) จากพื้นที่ของกรุงเทพมหานครที่มีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม และวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน จำนวน 6 กลุ่มคือ กลุ่มกรุงเทพกลาง กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงธนเหนือ และกลุ่มกรุงธนใต้ (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร, 2553) ซึ่งมีสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งหมด 473 แห่ง อนุญาตให้ทำการสำรวจข้อมูล จำนวน 163 แห่ง ประชากรเป้าหมาย 654 ราย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงขนาดตัวอย่างที่เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรมากที่สุด ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่เข้าเกณฑ์ ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างรายใหม่แบบไม่แทนที่ตามคุณสมบัติคือ เป็นผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กไม่รวมผู้ดำเนินการกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กหรือครูพี่เลี้ยง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการได้ยิน พูด อ่าน เขียนเข้าใจภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) (Polit & Beck, 2008) สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ .05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 และค่าขนาดอิทธิพล ประเภท r-type เท่ากับ .30 เปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 ราย เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่ม

กลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 (Lemeshow, Hosmer, Klu, & Lwanga, 1990) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 145 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัยเพื่ออธิบายลักษณะของผู้ดูแลเด็ก เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั้งทอง (2541) มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 20-60 คะแนน ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจำนวน 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจำนวน 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจำนวน 6 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มี 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 (ไม่เห็นด้วย ไม่มีความเห็น เห็นด้วย) คะแนนมากหมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอยู่ในระดับมาก ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 ทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่าความสอดคล้องภายในหรือสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .80 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .56

3. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร สร้างโดยผู้วิจัยมีข้อความทั้งหมด 11 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-33 คะแนน ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคลจำนวน 5 ข้อ และจากสื่อสารมวลชนจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มี 4 ระดับ เริ่มจาก 0-3 (ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง เสมอ)

คะแนนมาก หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 ทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .79 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .79

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของ สุจรรยา ทั้งทอง (2541) มีข้อความทั้งหมด 17 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 17-51 คะแนน ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคจำนวน 3 ข้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจำนวน 4 ข้อ การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็กจำนวน 4 ข้อ การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็กจำนวน 3 ข้อ การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการจำนวน 1 ข้อ และการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อนจำนวน 2 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มี 3 ระดับ เริ่มจาก 1-3 (ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติประจำ) คะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอยู่ในระดับมาก ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 ทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .81 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 145 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .67

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 2553/201 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า

หากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด หลังจากผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กทั้ง 163 แห่ง ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ใช้เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากตัวแปรมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็ก ที่ทำงานในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 145 ราย

มีอายุระหว่าง 16-72 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 51.7) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.86 ปี ($SD = 10.95$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.6) และพบว่ามีผู้จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 9) ซึ่งไม่ตรงตามคุณสมบัติผู้ดูแลเด็กที่กำหนดประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 49) ส่วนใหญ่มีบุตร 1-3 คน (ร้อยละ 61.4) มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กระหว่าง 2 เดือนถึง 37 ปี ประสบการณ์เฉลี่ยเท่ากับ 7.96 ปี ($SD = 7.14$) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ในช่วง 2-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 64.8) กลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนระหว่างผู้ดูแลเด็กต่อเด็กเหมาะสมตามข้อกำหนดของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ร้อยละ 80.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลเด็กอายุ 1-6 ปี (ร้อยละ 87.6) มากกว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 84.1) โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบมีการจัดอบรมให้ผู้ดูแลเด็กปีละ 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.1)

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเท่ากับ 10.87 คะแนน ($SD = 1.15$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.88 คะแนน ($SD = 1.28$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน ($SD = 1.39$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 คะแนน ($SD = 1.58$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 คะแนน ($SD = 5.21$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมเท่ากับ 46.92 คะแนน ($SD = 2.90$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติบรรยายของตัวแปรในการศึกษา (N = 145)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	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
พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม	17-51	37-51	46.92	2.90
พฤติกรรมการป้องกันโรครายด้าน				
- การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถาน รับเลี้ยงเด็ก	4-12	9-12	11.76	0.59
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4-12	7-12	11.26	0.95
- การรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก	3-9	5-9	7.91	0.99
- การหลีกเลี่ยงการติดเชื้โรค	3-9	4-9	7.17	1.10
- การดูแลให้ออกกำลังกายและ พักผ่อน	2-6	4-6	5.85	0.40
- การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ	1-3	2-3	2.97	0.16

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ตัวแปรในการวิจัย ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารมีการแจกแจงแบบปกติเพียงตัวแปรเดียว ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลุ่มเป็นคู่

ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (N = 145)

ตัวแปร	Spearman's Rho	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.07	.393
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.28	.001
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	.41	< .001
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	-.40	< .001
5. การได้รับข้อมูลข่าวสาร	.24	.003

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่บอกถึงความยากง่ายในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้กับบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญหรือแก้ไขปัญหามากขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถเข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง เอาใจใส่ด้านสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษา (จุฑามาศ เจริญผล, 2540) จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.7 เห็นด้วยว่า หากปล่อยให้เด็กเป็นหวัดบ่อยๆ จะสามารถลุกลามเป็นหุ้มน้ำหนวก ไช้น้ำอักเสบ และหอบหืดได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว และลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเป็นการป้องกันโรคแก่เด็ก

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของ

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่สมรสแล้วจะเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกิดทักษะในการดูแลบุตรเมื่อป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นถึงประโยชน์ของการดูแลเด็กเพื่อลดความรุนแรงและอันตรายจากโรคส่วนหนึ่งจากประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรของตน อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นๆ จะเป็นประโยชน์มากที่สุด สามารถลดการเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพได้ (Becker, 1974) กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ติดังกล่าว

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ อธิบายได้ว่า บุคคลจะประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกหรือการคาดคะเนของตนเอง หากเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อย บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) จึงอาจเป็นไปได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถตัดสินใจโดยใช้เหตุผล หรือเลือกปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี

(สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) นอกจากนี้เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัย ไตร่ตรอง และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าวัยเด็ก (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี และมองว่ากิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็กเพื่อป้องกันโรคไม่ใช่อุปสรรคในการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในทางบวก

การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่จะช่วยกระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Becker, 1974) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคำแนะนำ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่บ่อยครั้งและสม่ำเสมอจากผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก ร้อยละ 83.4 เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 63.4 เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 44.1 พยาบาล ร้อยละ 24.8 และแพทย์ ร้อยละ 14.5 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกต้อง มีทางเลือกมากขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ตีแก่เด็ก อย่างไรก็ตามจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สอดคล้องตามหลักการแพทย์จากบุคลากรทางสาธารณสุขน้อย ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบและบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ และณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยกระตุ้นประการหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเด็กคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในทางบวกนั้นต่อไป (Davidhizar, 1983)

สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาส

เสี่ยงที่เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กจะเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เกินไปในทางบวกตามการรับรู้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้แต่ละบุคคลจะรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่อาจมีการคาดคะเนถึงความเป็นไปได้ที่จะเกิดโรคแตกต่างกัน การแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของแต่ละบุคคลจึงไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน (Becker, 1974; Janz & Becker, 1984) เห็นได้จากการตอบคำถามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.6 ไม่มีความเห็น และร้อยละ 15.2 ไม่เห็นด้วยว่า เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสเป็นหวัดบ่อยกว่าเด็กที่อยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.2 มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่ว่าผู้ดูแลเด็กที่เป็นหวัดแม้จะสัมผัสใกล้ชิดเด็กก็ไม่ทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อหวัด ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความรอบคอบ และความระมัดระวังในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคน้อยลง จึงส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจดังกล่าว

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 46.92$, $SD = 2.9$) (ตารางที่ 1) อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีศักยภาพในการเรียนรู้สามารถคิด วิเคราะห์ไตร่ตรอง โดยใช้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) บุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี (จิตติยาตา สมบุญนาค, 2547; ประกริต รัชวัตร, 2536; พัทย์ชนก บัวเจริญ, 2544) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็ก

จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้พื้นฐานในการดูแลเด็กสามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขอนามัย ซึ่งเป็นงานที่ต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันได้ดี (กมล รอดคล้าย, 2539) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง และมีประสบการณ์การดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยมีระยะเวลาการทำงานในช่วง 2-10 ปี จึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะ มีความชำนาญในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการเกิดโรค และสามารถให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาในการเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มาใช้บริการในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ (จิรพร ศรีวัฒนากุลกิจ, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สันติพงษ์ กัณหาขวารี (2549) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจมีส่วนส่งเสริมจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กวัยกลางคนอยู่ในช่วงอายุ 20-50 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีสถานภาพสมรสมากที่สุด มีระยะเวลาการทำงานที่เป็นผู้ดูแลเด็กอยู่ในช่วง 5-10 ปี มากที่สุด และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคติดต่อในเด็ก

เมื่อพิจารณารายด้าน (ตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงมากในด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานรับเลี้ยงเด็ก ($M = 11.76$) การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ($M = 2.97$) และการดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน ($M = 5.85$) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นงานพื้นฐานทั่วไป ที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความชำนาญ มีทักษะ สามารถเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในทางบวกหรือทางที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมล รอดคล้าย (2539)

ที่ศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ลักษณะงานที่ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติอยู่เป็นประจำคือ กิจกรรมการดูแลสุขอนามัยเด็กและการดูแลโภชนาการเด็ก ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่า การที่ผู้ดูแลเด็กมีความรู้พื้นฐานการดูแลเด็กมากกว่าในด้านอื่น ๆ เนื่องจากเป็นงานที่ผู้ดูแลเด็กจะต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และมีความรู้ในการดูแลเด็กที่ดี

สำหรับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.17, 11.26, และ 7.91 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาคะแนนการตอบคำถามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 41.40 ไม่สามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กที่เป็นหวัดคลุกคลีใกล้ชิดกับเด็กอื่นได้เป็นประจำ อธิบายได้ว่า การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติในสถานรับเลี้ยงเด็กโดยเด็ดขาดอาจทำได้ยาก เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 19.30 ที่ต้องดูแลเด็กมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดตามกฎหมายกระทรวง พ.ศ. 2549 ซึ่งกำหนดให้สถานรับเลี้ยงเด็กต้องมีผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็กตามอัตราส่วนที่เหมาะสม ได้แก่ เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี (1:3) เด็กอายุ 1 ถึง 3 ปี (1:6) เด็กอายุ 3 ถึง 5 ปี (1:10) เด็กอายุ 5 ถึง 6 ปี (1:15)

นอกจากนี้ สถานรับเลี้ยงเด็กควรมีห้องสำหรับเด็กป่วย ซึ่งหากไม่สามารถจัดห้องพักเด็กป่วยโดยเฉพาะได้ ต้องจัดให้มีที่พักเด็กป่วยแยกเป็นสัดส่วนตามความเหมาะสม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแยกเด็กที่เป็นหวัดโดยให้นอนห่างจากเด็กอื่นเพียงร้อยละ 78.6 เท่านั้น นอกจากนั้น มีสถานรับเลี้ยงเด็กที่รับบริการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง 3 ถึง 6 ปี ถึงร้อยละ 46.2 ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยนี้จะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น (Hockenberry & Wilson, 2009) จึงเป็นธรรมชาติของเด็กที่มักจะเล่น

ด้วยกัน เมื่อมีเด็กป่วยหรือเด็กที่เป็นหวัดมีอาการไอสูง การโทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับบ้านจึงเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออีกทางหนึ่ง แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 74.5 ที่โทรศัพท์แจ้งบิดามารดามารับกลับบ้านเมื่อเด็กที่เป็นหวัดมีอาการไอสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 64.1 ไม่สามารถสวมผ้าปิดปากและจุกตลอดเวลาเมื่อเป็นหวัดขณะให้การดูแลเด็ก ซึ่งผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กบางแห่งให้เหตุผลว่า มีงบประมาณจำกัด ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน้อย บางแห่งรับดูแลเด็กในชุมชนสลัมที่มีฐานะทางบ้านยากจน ผู้ปกครองไม่สามารถสนับสนุนค่าบริการทั้งหมดได้ สถานรับเลี้ยงเด็กจึงจำเป็นต้องช่วยรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก ทำให้มีข้อจำกัดในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคแก่ผู้ดูแลเด็ก อาจเป็นไปได้ว่า หากผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอจะเอื้อต่อการดูแลเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาของสันติพงษ์ กัณหาวัรี (2549) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ จากองค์กรส่วนท้องถิ่นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.9) ถึงระดับดี (ร้อยละ 27.29) และยังพบว่า ความช่วยเหลือดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก และด้านการดูแลเด็กทางสถิติ ($p < .05$)

อีกประเด็นสำคัญที่พบคือ กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังมีความเข้าใจเรื่องการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสวมเสื้อผ้าหนา ๆ ให้เด็กเพียงอย่างเดียว เมื่ออากาศหนาวเย็น หรือเมื่อเปิดเครื่องปรับอากาศก็สามารถป้องกันไข้หวัดได้ (ร้อยละ 69.2) การเช็ดตัวลดไข้ขณะเด็กมีไข้สูงจะทำให้เด็กชกได้ (ร้อยละ 38.5)

ซึ่งอาจทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ไปในทางบวก จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็กและมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างบางส่วนในแง่ความรู้ความเข้าใจที่จะเลือกปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง จึงอาจเป็นไปได้ว่าการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กปีละหนึ่งครั้งนั้นอาจไม่เพียงพอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจต้องพิจารณาจัดการอบรมเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และคำนึงถึงระดับความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจของบุคคลร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานของรัฐบาลที่มีส่วนรับผิดชอบ

1. ควรมีการตรวจเยี่ยมและติดตามประเมินคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็กทุกแห่งเป็นระยะ โดยเฉพาะการปฏิบัติตามข้อกำหนดในการแยกเด็กป่วยในสถานรับเลี้ยงเด็ก
2. ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจแก่ผู้ดำเนินกิจการสถานรับเลี้ยงเด็ก และผู้ดูแลเด็ก เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค การแพร่กระจายเชื้อโรค การหลีกเลี่ยงการติดต่อ การควบคุมป้องกันโรค โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ นอกจากนั้นรัฐบาลและสื่อมวลชนควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ
3. สนับสนุนด้านงบประมาณแก่สถานรับเลี้ยงเด็กที่ให้บริการเด็กที่มีฐานะยากจนหรือในชุมชนแออัด รวมถึงการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย สบู่หรือน้ำยาล้างมือ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดำเนินการสถานรับเลี้ยงเด็ก

1. ผู้ดำเนินการสถานรับเลี้ยงเด็กและผู้ดูแลเด็กทุกคน ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ทั้งเรื่องความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติ อุปสรรคของการปฏิบัติ และเน้นย้ำความสำคัญเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค นอกจากนั้นควรมีการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมผู้ดูแลเด็กที่จบระดับประถมศึกษาให้ได้มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

2. มีมาตรการควบคุมคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พิจารณารับเด็กตามจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแลเด็ก และภาวะสุขภาพของเด็ก

2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กที่เน้นเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก รวมทั้งศึกษาถึงวิธีที่จะสามารถคงพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

3. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็ก เช่น ปัจจัยด้านประชากร การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

4. ศึกษาอำนาจทำนายทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก

5. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโดยให้ครอบคลุมทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงกลุ่มประชากรได้กว้างขวางขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย อรทัย และ ดร. อัครเดช เกตุจำ ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติวิจัย สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วน และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้อาณัติข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กมล รอดคล้าย. (2539). *การศึกษาสภาพการดำเนินการจัดการเรียนการสอนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. (อัครา).
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2549). *ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 123 ตอนที่ 84 ก*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (อัครา).

ชยำนันท์ ใจดี และคณะ

- จิตยาดา สมบุญนาค. (2547). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจ ในเด็กของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปีที่มารับบริการใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.*
- จิราพร วงศ์ใหญ่. (2539). *การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล แม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- จิรพร ศรีวัฒนากุลกิจ. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่องสถานรับเลี้ยงเด็ก: สภาพ ปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการ. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- จุฑามาศ เฉลิมผล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- รุปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ประมวญ์ สุนากร, และสุภรี สุวรรณ จูฑะ. (2540). *ความรู้เรื่องโรคหัดและปอดบวมของผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก กรุงเทพมหานคร. ใน กองวันโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (บก.), รายงานการสัมมนาในระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (หน้า 82-88). วันที่ 14-16 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมปรีชาพล กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.*
- นฤมล ศรีมงคล. (2536). *อิทธิพลการรับรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงที่มีต่อพฤติกรรมการล้างมือของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ประกริต รัชวัตร. (2536). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ศุภรัตน์ บุญนาค. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา, 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>*
- ศูนย์เด็กเล็กกระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สมุดบันทึกเด็กป่วย. นนทบุรี: กองอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.*
- ศูนย์เด็กเล็กกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สมุดบันทึกเด็กป่วย. นนทบุรี: กองอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.*
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำรวจเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.*
- สุจรรยา ทั้งทอง. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- สุภรี สุวรรณจูฑะ. (2540). *โรคติดต่อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญ, และ สุรางค์ เจียมจรรยา (บก.), ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1 (หน้า 503-506). กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.*
- สันติพงษ์ กัณทะวารี. (2549). *พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2544). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน (อายุแรกเกิด-5 ปี) ในชุมชนแออัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 24(3), 23-34.*
- 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.* Unpublished doctoral dissertation, Widener University, Pennsylvania.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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, D. W. Jr., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. St. Louis: John Wiley & Sons.
- 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.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- 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. (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). CA: Jossey Bass.
- Russell, K. M. (1993). *Health beliefs, knowledge, and social influence in injury prevention behaviors of mothers with young children*. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University, Indiana.
- Sripituk, S. (2006). *Factors predicting maternal behavior in preventing infant diarrhea*. Unpublished master thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Graduate Studies, 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

Factors Related to Child Care Workers' Behavior in Prevention of Acute Respiratory Infection in Child Care Centers*

Chayannan Jaide** M.N.S. (Pediatric Nursing)

Sermsri Santati*** Ph.D. (Nursing)

Chuanruedee Kongsaktrakul**** Ph.D. (Nursing)

Abstract: The purpose of this descriptive, correlational 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. The 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 using a multi-stage cluster sampling technique. All data were collected using the questionnaires, which composed of the Demographic Data Questionnaire, the Health Beliefs Concerning Acute Respiratory Infection Questionnaire, the Access to Information Questionnaire, and the Acute Respiratory Infection Preventive Behaviors Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient. The results revealed that there were significantly positive correlations between the perceived seriousness of disease, the perceived benefits of action, access to information and the acute respiratory infection preventive behaviors. In addition, there was a significantly negative correlation between the perceived barriers to action and the acute respiratory infection preventive behaviors. However, there was no statistically significant correlation between the perceived susceptibility to disease and the acute respiratory infection preventive behaviors. The findings suggested that the responsible institutions should provide the health promotion and supportive programs about the acute respiratory infection preventive behaviors with emphasis on the perceived seriousness of disease, the perceived benefits of action, the perceived barriers to action, and access to information constantly in order to maintain child care workers' preventive health behaviors, as well as enhancing levels of physical wellness of children in child care centers.

Keywords: Acute respiratory infection, Child care worker, Preventive behavior, Child care center, Health Belief Model

*Oral presentation at the 2nd International Nursing Research Conference 2012, February 9-10, 2012, Kuala Lumpur, Malaysia

**Teaching Association, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University and Master Student, Master of Nursing Science Program (Pediatric Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author, Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: sermsri.san@mahidol.ac.th

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University