บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของมารดาเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก
2. ความหมาย รูปแบบ และลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP)
4. ศูนย์เด็กเล็ก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิด

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก

1. ลักษณะโรค (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2549)

เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enteroviruses ที่พบเฉพาะในมนุษย์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ มักพบการติดเชื้อในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการป่วย หรืออาจพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดเมื่อย เป็นต้น จะปรากฏอาการดังกล่าว 3 - 5 วัน แล้วหายได้เอง แต่บางรายจะมีอาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่โรคมือ เท้า ปาก โดยเฉพาะที่เกิดจาก Coxsackie A16 มักไม่รุนแรง เด็กจะหายเป็นปกติภายใน 7 - 10 วัน ส่วนที่เกิดจาก Enterovirus 71 อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย ในการระบาดที่ไต้หวันพบสูงถึง ร้อยละ 30 อาจเป็นแบบ Aseptic meningitis ที่ไม่รุนแรง หรือมีอาการคล้ายโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตจะเป็นแบบ Encephalitis ซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (Brain stem) อาการหัวใจวาย และหรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (Acute pulmonary edema) โรคมือเท้าปาก ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอาการไข้ร่วมกับตุ่มเล็กๆ เกิดขึ้นที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และในปาก ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง หายได้เอง ส่วนน้อยอาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย ซึ่งอาจทำให้รุนแรงถึงเสียชีวิตได้ โรค Herpangina ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 1 - 7 ปี ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ Coxsackievirus A1 และ Enterovirus 71 ผู้ป่วยจะมีไข้ฉับพลันและมีแผลเปื่อยเล็กๆ ในลำคอบริเวณเพดาน ลิ้นไก่ ทอนซิล

มีอาการเจ็บคอมากร่วมกับมีน้ำลายมาก ยังไม่เคยมีรายงานการเสียชีวิต และอาจมีอาการกลืนลำบากปวดท้องและอาเจียน โรคจะเป็นอยู่ 3 - 6 วัน และมักจะหายเอง

2. การวินิจฉัยโรค

ใช้การวินิจฉัยตามอาการ ส่วนการตรวจหาเชื้อสาเหตุนั้น โดยการเพาะแยกเชื้อไวรัสจากอุจจาระ หรือ Throat swab หรือ Nasal washing หรือ Nasal aspiration ใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ควบคู่กับการตรวจทางน้ำเหลือง (Serology) ในตัวอย่างเลือด Acute และ Convalescent serum เพื่อดู Antibody ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ

3. สาเหตุ

เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มที่อยู่ในลำไส้ของคน (Enteroviruses) มีหลายสายพันธุ์สำหรับสายพันธุ์ที่ก่อโรคมือเท้าปาก ได้แก่ Coxsackievirus group A type 16 (พบบ่อย) และ Group A type 4, 5, 9 และ 10 Group B type 2 และ 5 และEnterovirus 71 สายพันธุ์ที่ก่อโรค Herpangina ได้แก่ Coxsackievirus, Group A, type 1 – 10, 16 และ 22 และEnterovirus 71 ความทนทานของเชื้อ Enteroviruses ถูกทำลายโดยแสงอุลตราไวโอเล็ต ในสภาพที่แห้งเชื้อจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ถูกทำลายโดยการต้มที่ 50 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที แต่ถ้ามีเกลือ Magnesium อยู่ด้วย จะยังทนอยู่ได้ เชื้อมีชีวิตอยู่ได้หลายวันในอุณหภูมิห้อง และเมื่ออยู่ในสภาพที่มีโปรตีนผสมอยู่ด้วย เช่น ในน้ำนม ไอศกรีม หรือครีม จะมีชีวิตอยู่นานกว่าในน้ำ การทำให้น้ำนมปราศจากเชื้อ โดยวิธี Pasteurization สามารถทำลายเชื้อได้ คลอรีนผสมน้ำ 0.1 ppm (Part per million) สามารถทำลายเชื้อได้ หากทำลายเชื้อในอุจจาระจะต้องใช้คลอรีนที่เข้มข้นมากกว่านี้, ฟอร์มาลินขนาด 0.3% สามารถทำลายเชื้อได้ เชื้อนี้ค่อนข้างทนทานไม่ถูกทำลายโดยอีเธอร์แอลกอฮอล์ และสาร Deoxycholate

4. วิธีติดต่อ

กินเชื้อผ่านเข้าปากโดยตรงจากมือที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (ซึ่งอาจจะยังไม่มีอาการ) หรือน้ำในตุ่มพองหรือแผลของผู้ป่วย และโดยการหายใจเอาเชื้อที่แพร่กระจายจากละอองฝอยของการไอ จาม ของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (Droplet spread) การแพร่เชื้อมักเกิดได้ง่ายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วย ซึ่งมีเชื้อออกมามาก เชื้อจะอยู่ในลำคอ ประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ ไวรัสเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อบุของคอหอย และลำไส้ เพิ่มจำนวนที่ทอนซิล และเนื้อเยื่อของระบบน้ำเหลืองบริเวณลำไส้ และเชื้อจะออกมากับอุจจาระ ยังไม่มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า การแพร่กระจายของโรคเกิดจากแมลง น้ำ อาหาร หรือขยะ

5. ระยะติดต่อ

ตั้งแต่เริ่มมีอาการ และอาจยาวนานหลายสัปดาห์

6. ระยะฟักตัว

ปกติ 3 - 5 วัน

7. อาการและอาการแสดง

โรคมือเท้าปาก มีอาการไข้สูงอาจเกิน 39 องศาเซลเซียส 2 วันแล้วจะมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 - 38.5 องศาเซลเซียส อีก 3 - 5 วัน บางครั้งอาจบ่นเจ็บในปากกลืนน้ำลายไม่ได้ ไม่กินอาหาร พบตุ่มแผลในปาก ส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อนลิ้น กระพุ้งแก้ม อาจมี 1 แผล หรือ 2 - 3 แผล ขนาด 4 - 8 มิลลิลิตร เป็นสาเหตุให้เด็กไม่ดูดนม ไม่กินอาหารเพราะเจ็บ อาจมีน้ำลายไหล พบตุ่มพอง (Vesicles) สีขาวขุ่นบนฐานรอบสีแดง ขนาด 3 - 7 มิลลิเมตร บริเวณด้านข้างของนิ้วมือ นิ้วเท้า บางครั้งพบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ส้นเท้า ส่วนมากมีจำนวน 5 - 6 ตุ่ม เวลากดจะเจ็บ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยแตกเป็นแผล จะหายไปได้เองในเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ในเด็กเล็กๆ บางครั้งจะพบมีผื่นนูนสีแดงเล็กที่ก้น ส้นเท้า ส่วนใหญ่จะไม่เป็นตุ่มพอง หายไปได้ภายใน 1 - 3 วัน อาการและอาการแสดง Herpangina จะมีไข้อย่างเฉียบพลัน บางครั้งไข้อาจสูงมากกว่า 40 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ในเด็กโตจะบ่นปวดศีรษะ ปวดหลัง อาจมีอาเจียน เจ็บคอ น้ำลายไหล จากนั้นจะพบตุ่มพองใส ขนาด 1 - 2 มิลลิเมตร 2 ข้างของบริเวณเหนือต่อมทอนซิล (Anteriar fauces) ซึ่งอาจแตกเป็นแผล หลังจากระยะ 2 - 3 วันแรก แผลจะใหญ่ขึ้นเป็น 3 - 4 มิลลิเมตร จะเห็นเป็นสีขาวเหลืองอยู่บนฐานสีแดงโดยรอบ ทำให้มีอาการเจ็บคอหรือกลืนลำบากเวลาดูดนมหรือกินอาหาร เด็กจะมีอาการน้ำลายไหล ส่วนใหญ่จะหายได้เองภายใน 3 - 6 วัน ยังไม่เคยมีรายงานการเสียชีวิต

8. ระบาดวิทยาของโรค

เกิดขึ้นทั่วโลก มีลักษณะเกิดกระจัดกระจายหรือระบาดเป็นครั้งคราว มักมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูร้อนต่อต้นฤดูฝน (พฤษภาคม - มิถุนายน) มักเป็นกับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ไม่ค่อยพบในวัยรุ่น การระบาดมักเกิดขึ้นบ่อยในกลุ่มเด็ก เช่นสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล กลุ่มเสี่ยงต่อโรค โดยเฉพาะกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และพบสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะอยู่กันอย่างแออัด มีฐานะยากจน และถ้ามีการระบาดเป็นระยะเวลานานจะทำให้มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่เด็กที่มีอายุมากขึ้นจนถึงวัยรุ่น และความรุนแรงของโรคก็จะเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคจาก Enterovirus ทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่มิถุนายน พ.ศ. 2541 โดยสำนักระบาดวิทยาทำการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งในระยะแรกเป็นการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ใน 14 โรงพยาบาล และขยายเป็นการเฝ้าระวังทั่วประเทศใน พ.ศ. 2544

ความไวรับและความต้านทานต่อโรค โดยทั่วไปจะไวรับต่อการติดเชื้อได้ ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นจะจำเพาะต่อเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุโดยที่อาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้ แต่ไม่ทราบช่วงเวลา การติดเชื้อครั้งที่สองอาจเกิดได้จากการติดเชื้อ Coxsackievirus group A ชนิดที่ต่างไป

9. การรักษา

รักษาตามอาการ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน เช่น ให้ยาลดไข้แก้ปวด ทายาที่ลดอาการปวดในรายที่มีแผลที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้ม แต่ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน เช่นรับประทานอาหารหรือนมไม่ได้ มีอาการสมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะปอดบวมน้ำ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโปลิโอ จำเป็นต้องให้การรักษาแบบ Intensive care และดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ

10. การป้องกันและควบคุมโรค

10.1 มาตรการป้องกัน ลดการสัมผัสจากคนสู่คนเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ควรนำเด็กเล็กไปในที่ชุมชนสาธารณที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมากๆ เช่นสนามเด็กเล่นและห้างสรรพสินค้า ตลาด สระว่ายน้ำ ควรอยู่ในที่ที่มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และระมัดระวังการไอจามรดกันให้ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเตรียมอาหาร และรับประทานอาหาร และภายหลังการขับถ่าย ใช้ช้อนกลางและหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน

10.2 การควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม การรายงานโรค ระบบเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข การแยกผู้ป่วย ระวังสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแม่และเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยที่บ่งชี้ว่าจะเป็นการติดเชื้อ Enterovirus จะต้องระวังเรื่องสิ่งขับถ่ายอย่างเข้มงวด เพราะอาจทำให้ทารกติดเชื้อ และเกิดอาการรุนแรงได้ห้ามญาติหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อ Enterovirus เข้ามาในหอผู้ป่วยหรือหอเด็กแรกเกิด หรือห้ามเข้าใกล้ทารกหรือหญิงท้องแก่ใกล้คลอด การทำลายเชื้อ ต้องทำลายเชื้อในน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ ของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วปลอดภัย ล้างทำความสะอาด หรือทำลายสิ่งของปนเปื้อน หลังสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนหรือสิ่งขับถ่าย การกักกันไม่ต้อง การให้ภูมิคุ้มกันแก่ผู้สัมผัสไม่มี การสอบสวนผู้สัมผัสและค้นหาแหล่งโรค ค้นหา ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเด็กอนุบาลหรือสถานเลี้ยงเด็ก

10.3 มาตรการเมื่อเกิดการระบาด วิเคราะห์สถานการณ์เป็นรายวัน จำแนกและแยกผู้ป่วยนอก ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม เฝ้าระวังผู้สัมผัสอย่างใกล้ชิด ทำการควบคุม ป้องกัน โดยทำลายสารคัดหลั่งต่างๆ จากผู้ป่วยทั้งในบ้าน สถานรับเลี้ยงเด็ก และโรงพยาบาล

10.4 โอกาสที่เกิดการระบาดใหญ่ ในสถานรับเลี้ยงเด็ก หากมีผู้ป่วยในสถานรับเลี้ยงเด็ก มีโอกาสแพร่ระบาดได้ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2549)

ความหมาย รูปแบบ และลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) มีความหมายและความเกี่ยวข้องกับคำ คือ พฤติกรรม (Behavior) และสุขภาพ (Health) มีความหมายดังนี้

1.1 ความหมายของพฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลเพื่อกระทำไปเพื่อจุดประสงค์ใดประสงค์หนึ่ง (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 อ้างอิงใน จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550) หรือ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำ ของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น โดยลักษณะของพฤติกรรมมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1.1.1 พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตได้ โดยบุคคลอื่นเช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่างๆ เป็นต้น

1.1.2 พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้นโดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถที่จะรู้ หรือทราบได้ว่าพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นโดยอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาช่วยสังเกตพฤติกรรมเช่น ความคิด ความฝัน ทัศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ เป็นต้น ในการศึกษาพฤติกรรมนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ ส่วนใหญ่ได้จำแนกพฤติกรรมออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

- พฤติกรรมปกติ เป็นภาวการณ์แสดงออกของกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลโดยทั่วไปในสังคมที่มีการยอมรับในสังคมนั้น โดยมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การพิจารณา 1) ต้องเป็นไปตามขั้นตอนของการพัฒนาการวุฒิภาวะของบุคคล 2) ต้องสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรมของสังคมที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ และ 3) ต้องเป็นไปตามกฎระเบียบที่สังคมกำหนดไว้

- พฤติกรรมอปกติ เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณา พฤติกรรมอปกติโดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณากว้างๆ ดังนี้ 1) เป็นพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากแบบแผนการพัฒนาตามวุฒิภาวะของบุคคล 2) เป็นพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับวัฒนธรรมของสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ และ 3) เป็นพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลส่วนใหญ่ โดยการแสดงออกมาของพฤติกรรม ผิดสถานที่ เวลา และสิ่งแวดล้อม

หลักการเกิดของพฤติกรรม จะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. การเกิดของพฤติกรรมต้องมีสาเหตุ
2. พฤติกรรมที่มีสาเหตุเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมเดียวกันก็ได้
3. การแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่งๆ อาจมาจากหลายสาเหตุก็ได้
4. พฤติกรรมที่แตกต่างกันอาจมาจากสาเหตุเดียวกันก็ได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

แนวความคิดที่ 1 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของตนเอง (ปัจจัยภายในตัวบุคคล) รากฐานของแนวความคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า "สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลอันได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น" ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจแนวความคิดนี้จึงมุ่งศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลรากฐานของแนวความคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า "สาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล" ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มนี้จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ทางด้านสิ่งแวดล้อม ระบบสังคม การเมืองเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 3 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายหลายๆ ปัจจัย รากฐานของแนวความคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า "สาเหตุของพฤติกรรมของคนนั้นเกิดจากหลายๆ ปัจจัยด้วยกันทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล"

จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 แนวคิดได้พัฒนามาจาก หลักการวิเคราะห์การเกิดพฤติกรรมที่ว่า "การแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่งๆ อาจมาจากหลายสาเหตุก็ได้" ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม

จึงต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญมาจากหลากหลายวิชาชีพ เพื่อร่วมกันดำเนินงานการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ

และในพฤติกรรมสุขภาพ จะมีคำว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้วย จึงให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวพันกับความเสี่ยงต่อสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพไม่ดี

1.2 ความหมายของสุขภาพ (Health)

องค์การอนามัยโรคได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพว่า "Health is a stage of complete physical, and spiritual well – being, not merely an absence of disease and infirmity" ประเด็นสำคัญของคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพขององค์การอนามัยโลกก็คือว่า "ไม่ใช่แต่การไม่มีโรคเท่านั้น" แต่หมายถึง "สุขภาวะที่สมบูรณ์" นี่เป็นการปฏิรูปความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ เพราะสุขภาพหมายถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกัน ซึ่งสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกายหรือทางวัตถุหมายถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียงมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีอุบัติภัย เป็นต้น ส่วนสุขภาวะทางจิตหมายถึง จิตใจเป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ เป็นต้น สำหรับสุขภาวะทางสังคมหมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ในชุมชน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดีและมีสันติภาพ ประเด็นสุดท้าย สุขภาวะทางจิตวิญญาณหมายถึง ความสุขอันประณีตที่เกิดจากการมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพานหรือพระผู้เป็นเจ้า หรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน สุขภาวะทางจิตวิญญาณมีผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2543)

1.3 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการให้คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพไว้ ซึ่งจะนำเสนอได้ดังนี้ คือ "Health behavior as those personal attributes such as belief, expectations, motive, values, perceptions, and other, cognitive elements, personality characteristics, including affective and emotional states and traits and overt behavior patterns, action and habits that relate to health maintenance, to health restoration and to health improvement" (Gochman, 1982, p.169 อ้างอิงใน จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550) หมายความว่า "พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล อาทิเช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ ซึ่งหมายความรวมถึงลักษณะ

บุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัดการกระทำและลักษณะนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันสุขภาพ"

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์, 2534 อ้างอิงใน จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพ มี 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

ก. ลักษณะของการกระทำที่เป็นผลดี หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ข. ลักษณะของการไม่กระทำที่เป็นผลดีผลเสียต่อสุขภาพ

ระดับการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ มี 3 ระดับด้วยกัน คือ

ระดับที่หนึ่ง เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์

ระดับที่สอง เป็นการปฏิบัติตามข้อแนะนำหรือแนวทางที่ควรปฏิบัติ

ระดับที่สาม เป็นการปฏิบัติหรือกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง ในลักษณะของค่านิยมทางสุขภาพ หรือวิถีชีวิตของคน โดยมีจิตสำนึกและจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน

สรุปความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

2. รูปแบบและลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภทดังนี้

2.1.1 พฤติกรรมการเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการรักษาโรค เป็นการแสดงออกหรือการกระทำของบุคคล ที่แสดงออกเมื่อเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ สังคมเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่านิยมความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานบริการสาธารณสุขที่มีในชุมชน โดยมีการศึกษาแล้วถามว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น ประชาชนหรือบุคคลต่างๆ จะมีพฤติกรรมในการรักษาต่างกัน ด้วยสาเหตุใหญ่ 2 สาเหตุ คือ อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ประชาชนจะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกันและคนต่างกลุ่มต่างเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ จะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน

ตัวอย่างพฤติกรรมการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค ได้แก่ การไปรับบริการของสถานบริการทางสาธารณสุข เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล การเชื่อไสยศาสตร์ เช่น หมอกลางบ้าน หมอเวทมนต์ หมอยารักษาตัวเอง หรือปล่อยไว้เฉยๆ ให้หายเองเป็นต้น

2.1.2 พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลได้แก่ พฤติกรรมการไม่กินอาหารดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และการขับถ่าย

2.1.3 พฤติกรรมการส่งเสริมเป็นการกระทำพึงแสดงออกของบุคคล เพื่อการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ได้แก่ การพาลูกไปรับวัคซีนป้องกันโรคการเกณฑ์อายุ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารตรงตามเวลา และอาหารหลักครบ 5 หมู่เป็นต้น

2.1.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ในงานสาธารณสุขเป็นการกระทำ หรือแสดงออกของบุคคลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การร่วมรณรงค์ในการกวดล้างโปลิโอ การร่วมรณรงค์คว่ำกระป๋องกะลาในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพาสุนัขไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

2.2 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ ในการดำเนินงานสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สามารถจำแนกได้ในลักษณะเฉพาะต่อไปนี้

2.2.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองหรือของครอบครัวดีขึ้น

2.2.2 พฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อ

2.2.3 พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วยหรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการหรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด

2.2.4 พฤติกรรมการรักษาพยาบาล ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย หรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย

2.2.5 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหาหรือ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

2.2.6 พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเองได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรคและในด้านการส่งเสริมสุขภาพตามระดับ หรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

สรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่างๆ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและเป็นเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขในด้านต่างๆ ตามกลุ่มเป้าหมายสาธารณสุขหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. แนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแบ่งได้ 3 องค์ประกอบดังนี้

3.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านพุทธิพิสัย หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มต้นจากระดับความรู้ง่ายๆ เพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับขั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ความรู้ (Knowledge) จัดเป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแค่จำได้ นึกได้ หรือจากการมองเห็น ได้ยิน ได้แก่ จำชื่อโรค จำอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3.1.2 ความเข้าใจ (Comprehention) เป็นอาการที่เกิดจากประสบการณ์การรู้ การได้ฟัง และเข้าใจในข่าวสารนั้นๆ โดยแสดงออกมาในรูปของทักษะความสามารถต่อไปนี้

- การแปล เป็นความสามารถในการอธิบายโดยที่ความหมายของข่าวสารการรับรู้ยังเหมือนเดิม
- การให้ความหมาย เป็นการให้ข้อคิดเห็นหรือข้อสรุปตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ
- การคาดคะเน เป็นความสามารถในการตั้งความคาดหมายหรือคาดหวังว่าอะไรเกิดขึ้น สภาพการณ์แนวโน้มเป็นอย่างไร

3.1.3 การประยุกต์หรือนำความรู้ไปใช้ (Application) เป็นการแก้ปัญหาเพื่อแสดงให้เห็นว่าเข้าใจในหลักการทฤษฎีและวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา

3.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) ประกอบด้วย 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ความสามารถในการแยกองค์ประกอบของปัญหา หรือสภาพการณ์ออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำความเข้าใจส่วนประกอบต่างๆ ให้ละเอียด

ขั้นที่ 2 ความสามารถในการมองเห็น ความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดของส่วนประกอบเหล่านั้น

ขั้นที่ 3 ความสามารถในการมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเข้าเป็นปัญหา หรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

3.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถ ในการนำเอา ส่วนประกอบของหลายๆ ส่วนมารวมกันเป็นส่วนรวมซึ่งมีโครงสร้างแน่ชัด ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และความคิดสร้างสรรค์

3.1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถ ในการให้ค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริง ซึ่งต้องอาศัยเกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นองค์ประกอบในการให้ค่าแล้วจะปรากฏผลออกมาในรูปของคุณภาพและปริมาณ

3.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตพิสัย หรือด้านทัศนคติ (Affective domain) เป็นความเชื่อ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนแปลง หรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคล กระบวนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

3.2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving) คือจะเป็นขั้นของสภาพจิตใจขั้นแรกเพื่อนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละคนที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นนั้น โดยบุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะ คือ

- เกิดความตระหนัก หรือรู้สึกว่ามีเกิดขึ้นในจิตใจ สำนึกว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิดดี ไม่ดี ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเท่านั้น
- ความเต็มใจที่จะรับสิ่งที่มากระตุ้นนั้น
- การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวกของบุคคลมากกว่าความรู้สึกในทางลบ

3.2.2 การสนองตอบ (Responding) เป็นความรู้สึกผูกมัดสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น เกิดความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึก แต่ยังไม่ถือว่าเกิดค่านิยมหรือทัศนคติต่อสิ่งเร้านั้นได้

3.2.3 การสร้างคุณค่า และค่านิยม (Value) ในขั้นนี้บุคคลจะกระทำปฏิกิริยา หรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมหรือเกิดความรู้สึก ทัศนคติ หรือความตระหนักและพร้อมที่จะตอบสนองให้อยู่ในภาวะที่เขาสามารถบังคับได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นของเขาอย่างแท้จริง

3.2.4 การจัดระบบหรือจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นการจัดกลุ่ม ของค่านิยมที่เกิดขึ้นจากการให้ค่า โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

3.2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายในขั้นนี้ โดยแสดงให้เห็นในลักษณะที่บุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตัวเอง หรือคิดกฎง่ายๆ ในการปฏิบัติตน โดยมีการพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านความสุข ความปลอดภัย ศีลธรรม จรรยา เป็นต้น

3.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะพิสัย หรือด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายหรือความสามารถในการแสดงออกทางกาย ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยกระบวนการทางพฤติกรรมในระดับต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วคือ ด้านความรู้และทัศนคติ พฤติกรรมนี้เมื่อแสดงออกมาจะประเมินผลได้ง่าย แต่ในการเกิดขึ้นของพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา เพราะการตัดสินใจหลายขั้นตอน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

3.3.1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่สนใจ

3.3.2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3.3 การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

3.3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำ ที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.3.5 การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติหรือเป็นปกติเป็นประจำทุกๆ วัน

สรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการพัฒนาด้านแนวคิดด้านสุขภาพให้กับบุคคลโดยเริ่มจากการพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องที่ปรารถนาและเหมาะสม และนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550)

แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP)

ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้น ในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้น ก็จะไปมีผลทำให้เกิด ทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ ทฤษฎีนี้อธิบาย การสื่อสาร หรือ สื่อมวลชน ว่าเป็นตัวแปรต้นที่สามารถ เป็นตัวนำ การพัฒนาเข้าไปสู่ชุมชนได้ ด้วยการอาศัย KAP เป็นตัวแปรตาม ในการวัดความสำเร็จของ การสื่อสาร เพื่อการพัฒนา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533 : 118)

จะเห็นได้ว่า สื่อมวลชนมีบทบาทสำคัญใน การนำข่าวสารต่างๆ ไปเผยแพร่เพื่อให้ประชาชนในสังคมได้รับทราบว่า ขณะนี้ในสังคมมีปัญหาอะไร เมื่อประชาชนได้รับทราบ ข่าวสารนั้น ๆ ย่อมก่อให้เกิด ทัศนคติ และเกิดพฤติกรรมต่อไป ซึ่งมีลักษณะ สัมพันธ์ กันเป็นลูกโซ่เป็นที่ยอมรับกันว่า การสื่อสารมีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินโครงการต่างๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การที่คนเดินเท้ามีพฤติกรรมการปฏิบัติตาม กฎจราจรได้ ก็ต้องอาศัย การสื่อสารเป็นเครื่องมืออันสำคัญใน การเพิ่มพูนความรู้ สร้าง ทัศนคติ ที่ดีและเกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆ ไปยังประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องประกอบด้วย (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533: 120 - 121)

ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้นซึ่งบุคคลส่วนมาก จะได้รับผ่าน ประสบการณ์ โดย การเรียนรู้ จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulation response = S - R) แล้วจัด ระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ ที่ผสมผสานระหว่าง ความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำ ที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจ ของตนเอง ความรู้ จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ ตามความรู้ก็อาจ ส่งผลต่อ พฤติกรรม ที่แสดงออกของมนุษย์ได้ และผลกระทบที่ผู้รับสาร เชิงความรู้ใน ทฤษฎีการสื่อสาร นั้นอาจปรากฏได้จากสาเหตุ 5 ประการคือ

1. การตอบข้อสงสัย (Ambiguity resolution)

การสื่อสารมักจะสร้างความสับสนให้สมาชิกในสังคม ผู้รับสาร จึงมักแสวงหาสารสนเทศ โดยการอาศัยสื่อ ทั้งหลาย เพื่อตอบ ข้อสงสัย และความสับสนของตน

2. การสร้างทัศนะ (Attitude formation)

ผลกระทบเชิงความรู้ ต่อ การปลูกฝังทัศนะนั้น ส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้าง ทัศนคติ ให้คนยอมรับ การแพร่ นวัตกรรมนั้นๆ (ในฐานะความรู้)

3. การกำหนดวาระ (Agenda setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไป

เพื่อให้ประชาชนตระหนักและผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้นหากตรงกับภูมิหลัง ของปัจเจกชน และค่านิยมของสังคมแล้ว ผู้รับสารก็จะเลือกสารสนเทศนั้น

4. การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of belief system)

การสื่อสารสังคมมักกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่างๆ ไปสู่ประชาชน จึงทำให้ ผู้รับสาร รับทราบระบบความเชื่อถือ หลากหลาย และลึกซึ้งไว้ใน ความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อยๆ

5. การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value clarification)

ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่นำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ ย่อมทำให้ ประชาชน ผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้น แจ้งชัดขึ้น

คาร์เตอร์ วี กู๊ด (Carter V.Good, 1973: 325 อ้างอิงใน โสภิตสุดา มงคลเกษม, 2539: 42) กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องรู้เรื่อง เกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบ การตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูล ต่างๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและ ทัศนคติ ที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ ด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 16) กล่าวว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็นหรือได้ยิน จำได้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้

ทัศนคติ เป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวหนึ่งทาง จิตวิทยาสังคมและการสื่อสาร และมีการใช้ คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่า ทัศนคตินั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้ เช่น

โรเจอร์ (Roger, 1978: 208 – 209 อ้างอิงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533: 122) ได้กล่าวถึง ทัศนคติ ว่าเป็นดัชนีชี้ว่า บุคคลนั้น คิดและรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดย ทัศนคติ นั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรม ในอนาคตได้ ทัศนคติ จึงเป็นเพียง ความพร้อม ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็น มิติของ การประเมิน เพื่อแสดงว่า ชอบหรือไม่ชอบ ต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็น การสื่อสารภายใน

บุคคล (Interpersonal communication) ที่เป็นผลกระทบมาจาก การรับสาร อันจะมีผลต่อพฤติกรรม ต่อไป

ศักดิ์ สุนทรเสณี (2531: 2) กล่าวถึง ทัศนคติ ที่เชื่อมโยงไปถึง พฤติกรรมของบุคคล ว่า ทัศนคติ หมายถึง

1. ความสลับซับซ้อนของความรู้สึก หรือการมีอคติของบุคคล ในการที่จะสร้างความพร้อม ที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตามประสบการณ์ของบุคคลนั้น ที่ได้รับมา

2. ความโน้มเอียง ที่จะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือ ต่อต้าน สิ่งแวดล้อม ที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด

3. ในด้านพฤติกรรม หมายถึง การเตรียมตัว หรือความพร้อมที่จะตอบสนอง จากคำจำกัดความต่างๆ เหล่านี้ จะเห็นได้ว่ามีประเด็นร่วมที่สำคัญดังนี้คือ

3.1 ความรู้สึกภายใน

3.2 ความพร้อม หรือแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางใดทางหนึ่ง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมโต้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น

ศูนย์เด็กเล็ก

1. ความหมายของศูนย์เด็กเล็ก

ศูนย์เด็กเล็ก หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนทุกสังกัดภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งขึ้นเอง และที่รับโอนมาจาก กรมการพัฒนาชุมชน กรมการศาสนา สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ และอื่นๆ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน ด้านงบประมาณ และบุคลากร (ศูนย์เด็กเล็กในที่นี้ จึงไม่รวมถึงโรงเรียนอนุบาลของรัฐ และเอกชนที่รับเด็กอายุ 4 – 5 ปี ที่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานงานคณะกรรมการศึกษา)

ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กที่ประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ระดับใดระดับหนึ่ง คือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี หรือระดับดีมาก โดยมรเกณฑ์การประเมินทั้งหมด 27 ข้อ ระดับพื้นฐานต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 9 ข้อ ระดับดี ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 17 ข้อ ระดับดีมาก ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 26 – 27 ข้อ

ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ ความหมายเชิงกระบวนการ หมายถึง การระดมการมีส่วนร่วมของหน่วยภาครัฐ (ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น) องค์กรธุรกิจ องค์กรพัฒนา เอกชน ชุมชน

ห้องอ่านหนังสือคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร อ.เมือง จ.พิษณุโลก
W4
ธ733ป
2553
ฉ.1

และประชาชน หรือภาคีการพัฒนา ในการจัดทำแผนงานหรือโครงการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของเด็ก เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปกครองเด็ก และชุมชนโดยรอบและท้องถิ่น โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ศูนย์เด็กเล็กเป็นสถานที่ ที่จะสร้างโอกาสให้เด็กเล็กเติบโตอย่างดีที่สุด เท่าที่จะเป็นได้ และอย่างเท่าเทียมกัน

ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ ความหมายเชิงผลลัพธ์ หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดการควบคุม ส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยเอื้อและขจัดหรือลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความน่าอยู่ของศูนย์เด็กเล็ก โดยมุ่งหวังให้เด็กเล็กได้รับการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และปัญญาภายใต้สภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลเด็ก หรือพี่เลี้ยง ก็ได้รับการส่งเสริมให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขกาย สบายใจ

2. บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่

ผู้ที่บริหารศูนย์เด็กเล็ก เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากต้องมีบทบาทหลักในการประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่จะเข้ามาสนับสนุนหรือที่ต้องการขอรับการสนับสนุนตลอดจนต้องบริหารจัดการ พัฒนาอาคาร สถานที่ และพัฒนาบุคลากรในศูนย์เด็กเล็ก

ผู้ดูแลเด็กหรือพี่เลี้ยงเด็ก เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับตัวเด็กมากที่สุดในช่วงที่เด็กอยู่ศูนย์เด็กเล็ก บุคคลกลุ่มนี้มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กมากที่สุด จึงควรที่จะได้รับการส่งเสริมพัฒนาทักษะ และความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ปกครองเด็ก เป็นบุคคลที่สำคัญที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยเหลือในการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์ไม่ว่าจะในลักษณะของการเข้ามาเป็นกรรมการ วิทยากร อาสาสมัครดูแลเด็ก ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจการทำงานกับเด็ก และจะได้ให้การสนับสนุนได้ตรงประเด็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ปกครองให้ทราบถึงเรื่องต่างๆ ที่ศูนย์เด็กเล็กทำ หรือที่ต้องการความร่วมมือ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบเอกสารหรือวาจา เสียงตามสายในชุมชน จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นความสนใจได้มากขึ้น

ชุมชนโดยรอบศูนย์เด็กเล็ก นอกจากผู้ปกครองเด็กแล้ว ในชุมชนอาจมีบุคคลสนใจที่จะให้ความช่วยเหลือกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก เช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระ และองค์กรเอกชนต่างๆ เป็นต้น กลุ่มบุคคลเหล่านี้ คือ กลุ่มที่จะช่วยสนับสนุนความคิดเห็น แรงกายและทุนทรัพย์ เพื่อช่วยเหลือศูนย์เด็กเล็ก

องค์กรส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันมีบทบาทสำคัญมากในการสนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาด้านต่างๆ ในท้องถิ่นเนื่องจากมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง และมีงบประมาณสนับสนุนอีกทั้ง

1.5237528

มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในด้านต่างๆ ที่สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก ได้ตรงประเด็น เนื่องจากเป็นหน่วยงานราชการ ที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด และมักจะได้รับการยอมรับจากชุมชน ซึ่งจะสามารถช่วยเป็นแกนนำในการระดมความร่วมมือต่างๆ ได้อย่างดี

3. ภารกิจของศูนย์เด็กเล็ก

ศูนย์เด็กเล็ก มีภารกิจในการจัดกิจกรรมและให้บริการแก่เด็กก่อนวัยเรียน ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน บริการอาหารสะอาดปลอดภัย จัดสิ่งแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย และพัฒนาผู้ดูแลเด็กให้มีคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ เพื่อเป็นการยกระดับพื้นฐานคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็กทุกคน ให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่อาศัยอยู่ในศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ได้อย่างเท่าเทียมกัน อยู่ร่วมกับผู้ดูแลเด็กและเพื่อนๆ อย่างสงบสุข มีความสะดวกสบาย สะอาด ถูกสุขอนามัย มีความปลอดภัย ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ความคิดสร้างสรรค์ (วันเพ็ญ สุขขี, 2551)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐปนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ประมวญ สุนากร และคณะ (2539) ศึกษาความรู้เรื่องโรคหวัดและปอดบวมของผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็ก อายุเฉลี่ย 31.1 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย (22%) รองลงมาคือ ปริญญาตรี (20.3 %) สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นโสด (56.2%) เคยได้รับการอบรมเรื่องการเลี้ยงดูเด็กก่อนเข้าทำงานเพียง 184 คน (44%) ซึ่งเป็นหลักสูตรเฉลี่ย 5 วัน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูเด็ก (> 50%) จะมีความรู้เกี่ยวกับอาการโรคและโรคแทรกซ้อนแต่ไม่ทราบเกี่ยวกับ การติดต่อและการป้องกัน รวมถึงการดูแลรักษาเด็กที่เป็นโรคหวัดและโรคปอดบวม เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ ระหว่างลักษณะของผู้เลี้ยงดูเด็กและระดับความรู้ พบว่าระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและการผ่านการอบรม ก่อนเข้าทำงาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$, 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ

ดวงพร เอื้ออิฐผล, วีระยุทธ ขุนพล, ดวงเพ็ญ เพ็ชร์มณี, สุจิตตา สุกรินทร์ และสุกัลยา รัมณีย์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคหวัดหรือปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดสระบุรี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของมารดา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

1. ความรู้ของมารดาในเรื่องการป้องกันโรคไข้หวัด หรือปอดบวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.0

2. การปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคไข้หวัดหรือปอดบวม มีการปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 49.0

3. การเปรียบเทียบระหว่างความรู้ และการปฏิบัติของมารดา ในเรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดหรือปอดบวมกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การรับรู้ข่าวสาร การเคยป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคปอดบวมของบุตร พบว่ามารดาที่มีการศึกษา อาชีพ รายได้แตกต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดหรือปอดบวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติของมารดา พบว่ามารดาที่มีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดหรือปอดบวมดี จะมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดหรือปอดบวมถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ถวิล สังฆมณี, วรรณี ศรีโพธิ์ทอง, ประยุทธ เทียนศาสตร์ และธัญญภรณ์ รักแคว้น (2539) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันสู่ชุมชนแก่แม่ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่สูง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าแม่ส่วนใหญ่ก่อนเข้าโครงการมีระดับความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แต่เพิ่มระดับความรู้และการปฏิบัติในภายหลัง ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร และจำนวนครั้งที่บุตรป่วย ไม่ทำให้ความรู้ของแม่มีความแตกต่างกัน ในด้านการปฏิบัติพบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาทำให้การปฏิบัติของแม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติของแม่ในการทดสอบกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโครงการ พบว่าหลังเข้าโครงการแม่มีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างกันในการปฏิบัติความรู้และการปฏิบัติของแม่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าโครงการ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นความรู้และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.3691$) และมีค่าอำนาจจำแนกทำนาย ร้อยละ 13.6

ทรงพล ต่อนี และประทิน จาดตาล (2538) ศึกษาความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนของมารดา ในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง แต่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนั้นยังพบว่ามารดามีการ

ปฏิบัติตน ในการดูแลบุตรอยู่ในระดับดีโดยพบว่าความรู้และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

ธาวิณี ชาญชัชวาลย์, ศิริ ปานอ้น และ วันเพ็ญ เกตุน้อย (2544) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อายุ 0 - 5 ปีที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี การวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบดังนี้

1. ตัวแปรอายุของมารดา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ฐานะครอบครัวสุขภาพมารดา จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรอายุไม่เกิน 5 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุ 0 - 5 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ตัวแปรอายุของบุตร น้ำหนัก ปัจจุบันอายุห่างกับคนน้อง หรือคนพี่ ที่ใกล้กัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรเพศ ได้รับภูมิคุ้มกัน น้ำหนักแรกคลอด ลำดับที่ของบุตร ภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. มารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในระดับปานกลาง โดยได้คะแนนเฉลี่ยทั้งกลุ่มมารดาที่บุตรป่วยและบุตรไม่ป่วย ใกล้เคียงกัน 14.95 และ 14.85 คะแนน ตามลำดับ

4. มารดาที่มีบุตรป่วยมีการปฏิบัติ ในการเลี้ยงดูบุตร ที่ถูกต้องใน ระดับดี ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 34.97 คะแนน มารดาที่บุตรไม่ป่วยมีการปฏิบัติในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 36.36 คะแนน

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2542) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อายุ 0 - 5 ปีที่มารับบริการในโรงพยาบาลพิจิตร การวิจัยได้ข้อค้นพบ ดังนี้

1. มารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในระดับปานกลาง โดยได้คะแนนเฉลี่ย 13.15 คะแนน หรือร้อยละ 65.7 ของคะแนนเต็ม

2. มารดามีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ถูกต้องอยู่ในระดับดี โดยได้คะแนนเฉลี่ย 78.52 คะแนน หรือร้อยละ 78.5 ของคะแนนเต็ม

3. มารดามีการปฏิบัติ ในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 0 - 5 ปี ถูกต้องอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยได้คะแนนเฉลี่ย 36.52 คะแนน หรือร้อยละ 60.9 ของคะแนนเต็ม

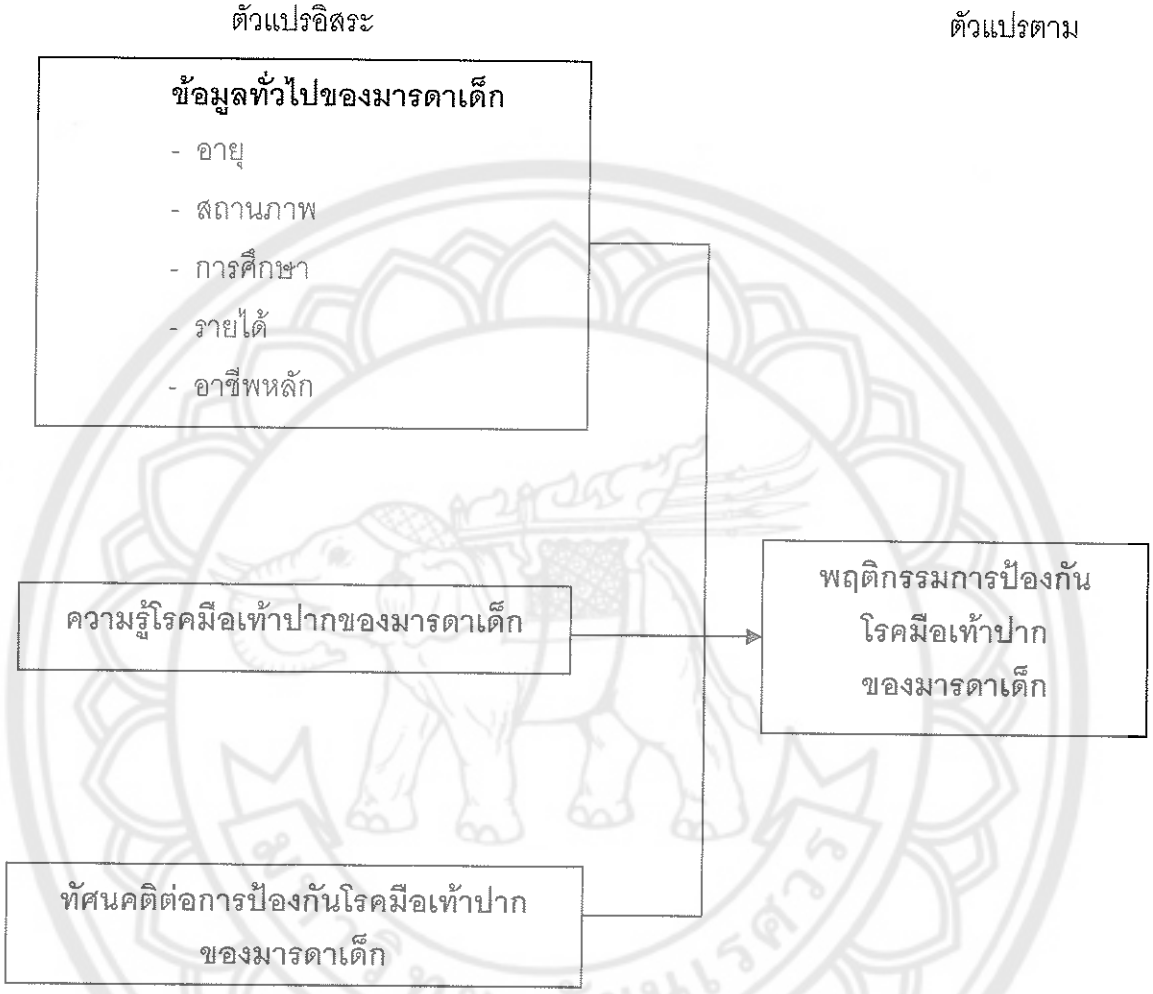
4. ตัวแปร อายุ การศึกษา อาชีพ การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ อายุของเด็ก อายุครรภ์ของมารดาและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อายุ 0 - 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรความเพียงพอของรายได้ครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต ลำดับที่ของบุตร เพศบุตร น้ำหนักแรกคลอดของเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สัมพันธ์ กุลพร, เมธิน ประนิทานัง, เจริญชัย คำแผง และคณะ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ของผู้ปกครองเด็ก อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และความรู้โรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ปกครองเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) ในด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ปกครองเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) ส่วนการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประสบการณ์การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ของผู้ปกครองเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) ในด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ สามีไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ของผู้ปกครองเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) สำหรับปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ของผู้ปกครองเด็ก คือ ทรัพยากรสาธารณสุข ซึ่งทำนายพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ของผู้ปกครองเด็ก ได้ร้อยละ 11 ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนทรัพยากรสาธารณสุข ให้เพียงพอในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

สิทธิชัย อยู่ยิ้ม (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของผู้เลี้ยงดูเด็ก ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็ก ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี ร้อยละ 21.8 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.6 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.8 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 42.9 แหล่งน้ำดื่มมาจากน้ำซื้อบรรจุเสร็จ ร้อยละ 49.0 ครัวเรือนมีที่รองรับขยะ ร้อยละ 95.5 กำจัดขยะโดยนำไปทิ้งที่ถังรองรับขยะที่เทศบาล จัดไว้ ร้อยละ 92.7 มีตู้เก็บอาหารที่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้ ร้อยละ 96.9 มีฝาชีครอบปิด

อาหาร ร้อยละ 89.9 เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม – 3,000 กรัม ร้อยละ 49.6 เด็กกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 36.4 เด็กที่เลี้ยงเคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 48.2 และรักษาที่คลินิกแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 29.7 ผู้เลี้ยงดูเด็กเคยได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 97.5 โดยได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 72.0 ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.9 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อยู่ในระดับไม่แน่ใจ ร้อยละ 65.8 และมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ร้อยละ 95.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ อายุ (P-value = 0.016) อาชีพ (P-value = 0.031) การเคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (P-value = 0.002) และความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง (P-value = 0.001) สำหรับ การศึกษา รายได้ การเคยได้รับข่าวสารความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา