

2016年臺灣中部地區幼兒主要照顧者對腸病毒認知 及腸病毒預防行為之調查研究

駱明潔^{1*}、康宜靜²

摘要

本研究探討中部地區就讀於公私立立案幼兒園之2-6足歲幼兒之主要照顧者，對腸病毒認知及預防行為之現況，並以多元逐步回歸分析方法，分析主要照顧者之背景變項及腸病毒認知對腸病毒預防行為之預測作用。以自編「中部地區幼兒主要照顧者對腸病毒認知及腸病毒預防行為之調查問卷」為研究工具，採分層隨機抽樣方式，抽取中部地區就讀於公私立立案幼兒園1,010位之2-6足歲幼兒主要照顧者，回收樣本數為931份，有效樣本數為901份(89.2%)。結果顯示，中部地區幼兒主要照顧者對腸病毒認知之整體答對率為82.65%（平均數為16.53，總分為20分）；腸病毒預防行為量表之整體表現為73.23%（平均數為58.58，總分為80分）。幼兒主要照顧者之腸病毒認知、居住地區、職業、年齡、家庭每月總收入、孩子是否曾經感染過腸病毒而就診及教育程度，與其腸病毒預防行為有顯著相關。依據本研究發現，建議幼兒園可主動與主要照顧者分享腸病毒的相關資訊，特別是針對教育程度或家庭每月總收入較低的幼兒主要照顧者，進而提升其在腸病毒預防行為的執行力。

關鍵字：幼兒主要照顧者、腸病毒認知、腸病毒預防行為

前言

在1998年4-12月間，全臺發生腸病毒大流行；據報告有129,106個病例出現手足口病，其中有405位通報為腸病毒感染併發重症的患者，因為神經系統的

¹國立臺中教育大學幼兒教育學系

投稿日期：2017年02月13日

²臺中市梧棲國小附設幼兒園

接受日期：2017年06月22日

通訊作者：駱明潔^{1*}

DOI：10.6524/EB.201801_34(2).0001

E-mail：mjlo@mail.ntcu.edu.tw

併發症而住院。當中有 78 位不幸死亡，死亡病患中有 71 位（佔 91%）是小於五歲的幼兒，尤其三歲以下嬰幼兒因此併發腦炎之比率會較高[1,2]。在臺灣，腸病毒感染併發重症屬於第三類法定傳染病，表示其具致死、發生及傳播速度等高精度危害風險之疾病，依傳染病防治法第 39 條規定，當病例出現典型的手足口病或疱疹性咽峽炎，同時併發腦炎、急性肢體麻痺症候群、肌抽躍、急性肝炎、心肌炎、心肺衰竭等嚴重病例時，必須於一週內通報[3]。

在眾多腸病毒中，除了小兒麻痺病毒外，以腸病毒71型最容易引起神經系統的併發症；此病毒是在1969年美國加州的一次流行中首次被分離出來，此後包括澳洲、日本、瑞典、保加利亞、匈牙利、法國、香港、馬來西亞等地都有流行的報告[1,4]。腸病毒71型分布於全世界，且已被認為是小兒麻痺病毒根除以來，目前最重要的小兒神經毒性病毒[5]。

臺灣地處亞熱帶，利於腸病毒的生存與傳播，且多數引起腸病毒之病原體尚未有疫苗可以預防。因此，如何強化主要照顧者之腸病毒認知與預防行為，實為減少幼兒受到腸病毒感染與爆發疫情的重要方法之一[3]。年齡會影響腸病毒的死亡率，其中以六個月至三歲之間的嬰幼兒致死率最高。因感染腸病毒 71 型出現嚴重併發症者，多數為小於五歲的幼兒，如此更突顯出腸病毒對幼兒身體健康的威脅性[6]。

傳染病的發生，與個人生活習慣、健康信念與健康行為有關[7]；亦即幼兒主要照顧者應該具備正確的腸病毒認知與預防行為，並真正落實至日常生活中，才能有效預防幼兒感染腸病毒。然而，影響受試者對傳染病認知及預防行為的因素很多，過去文獻曾提及如幼兒年齡、與幼兒的關係、居住地區、照顧者年齡、教育程度、職業別、家庭每月總收入、家長性別，以及孩子是否曾經感染過腸病毒而就醫等因素[8-12]有關。綜觀國內與腸病毒相關之研究議題，包括：腸病毒71型的感染與防治[13]、影響腸病毒感染重症通報確診病例之因子[8]，幼稚園教師及家長之腸病毒認知、防治意見與預防行為[9]、新生兒感染腸病毒[14,15]、2011-2012年臺灣腸病毒流行疫情防治[16]等。但若以中部地區為研究範圍，探討2-6歲幼兒主要照顧者對腸病毒認知及預防行為之相關性的調查研究則未見。幼兒主要照顧者之背景變項及腸病毒認知對其腸病毒預防行為是否具有預測力，值得本研究進一步探討。因此，本研究希冀提供政府相關單位及幼兒園教保服務人員在腸病毒防治宣導或實行相關防疫措施時之參考依據。

材料與方法

一、預試樣本選取與分佈

採便利取樣方式，以中部地區五縣市立案之公、私立幼兒園之2-6歲幼兒主要照顧者為預試對象，以考驗問卷信度。共發出150份，回收148份，每份問卷均完整，問卷回收率與可用率均為98.7%。

二、正式樣本的選取與分佈

依據 2015 年教育部統計處公布之中部地區五縣市幼兒園學生人數為母群體，苗栗縣 10,492 人(8.55%)、臺中市 65,946 人(53.76%)、彰化縣 24,073 人(19.63%)、南投縣 9,328 人(7.61%)、雲林縣 12,818 人(10.45%)，總計 122,657 人[17]。正式樣本採分層隨機抽樣，第一階段以五縣市公、私立幼兒人數比率進行抽樣：苗栗縣公立 23 人，私立 67 人；臺中市公立 119 人，私立 421 人；彰化縣公立 64 人，私立 136 人；南投縣公立 34 人，私立 46 人；雲林縣公立 44 人，私立 56 人。總計抽樣公立幼兒園共 284 人，私立幼兒園共 726 人，合計 1,010 人。因幼兒園大小規模不同，每園幼兒人數亦有差別，故第二階段之抽樣，委請幼兒園之教保服務人員將問卷發放給 2-6 歲幼兒主要照顧者填寫，並不設限為同一班級之主要照顧者，可多個班級發放。依幼兒年齡層之不同，每個年齡層至多發放 5 至 10 份。正式樣本發放時間為 2016 年 2 月 22 日至 2016 年 3 月 31 日，共發出 1,010 份，回收 931 份，剔除無效問卷 30 份，得有效問卷 901 份，有效率達 89.2%。

三、研究工具之信度分析

研究者參考相關文獻[1,3,5,9,13,18]後，編製調查問卷初稿，函請 7 位具有醫療、健康及幼兒教保領域之專家學者與實務工作者，針對問卷初稿進行審題，以建立內容效度。腸病毒認知量表屬於知識性量表，因此使用庫李信度分析(Kuder-Richardson reliability)[19]，量表信度為 0.97；腸病毒預防行為量表之信度分析，採 Cronbach's α 係數，此量表內部一致性係數為 0.92。

四、主要照顧者對腸病毒認知量表

主要照顧者對腸病毒認知量表共 20 題，主要瞭解幼兒主要照顧者對於腸病毒的病毒株（類型）、流行期、傳染途徑、傳染力、預防方法及症狀、治療與照顧等認知概念。計分方式採答「對」得 1 分，答「錯」或「不知道」得 0 分。在進行分析前，由於含有反向題（第 8、12、13 題），因此先進行反向計分；經過反向計分後，所有題目分數越高，代表主要照顧者對腸病毒的認知越佳；分數越低，代表主要照顧者對腸病毒的認知越不佳。

五、幼兒主要照顧者對腸病毒預防行為量表

腸病毒預防行為量表主要瞭解幼兒主要照顧者對腸病毒預防行為的執行力，包括：養成良好衛生習慣、隔絕傳染途徑、提升幼兒免疫力等內涵。計分方式採李克特(Likert)四等量表計分，「從來沒有」得 1 分、「偶爾」得 2 分、「經常」得 3 分、「總是如此」得 4 分。得分愈高者，表示主要照顧者對腸病毒預防行為之執行力愈落實。本量表共 20 題，總分為 80 分。

六、幼兒主要照顧者背景變項及腸病毒認知對腸病毒預防行為之相關性分析

以幼兒年齡、主要照顧者與幼兒的關係、居住地區、年齡、教育程度、職業別、家庭每月總收入、性別以及「孩子是否曾經感染過腸病毒而就診」等背景變項及腸病毒認知對腸病毒預防行為進行預測。本研究參照組選擇

原則如下：(1)參照組的定義需要非常明確，如，必須排除「其他」組別作為參照組；(2)類別變數有高低之分（如教育程度），可以選擇等級最高或最低的類別，以便於有次序的將各類別的迴歸係數與參照組進行比較；或者選擇等級居中的類別，以便於較有效的檢視達到水準的係數[19]。

結果

一、幼兒及主要照顧者之背景變項

研究發現（表一），研究照顧者之幼兒年齡以5足歲幼兒的比例最多，平均年齡為4.37歲（標準差為1.25）。與幼兒的關係中，以媽媽的比例最多（78.6%）、其次為爸爸（16.8%）。幼兒居住地區以臺中市人數最多（48.6%）；其次依序為彰化縣、南投縣、雲林縣、苗栗縣。主要照顧者年齡以36–40歲的比例最多（38.1%），最少為21–25歲（1.4%）；教育程度以大學／專科所佔比例最多（60.4%），最少為國中（含）以下（5.4%）；職業以工商服務所佔的比例最多（40.6%），最少為農林漁牧（2.4%）。家庭每月總收入以30,001–60,000元的比例（39.6%），最少為150,001元（含）以上（2.8%）。主要照顧者性別以女性為主，近八成（79.9%）。孩子是否曾經感染過腸病毒而就診，以「曾經感染過」所佔比例最多（61.5%），「未曾感染過」為38.5%。

表一、幼兒與主要照顧者背景變項分析 (N = 901)

幼兒與主要照顧者背景變項	組別	人數 (N)	百分比 (%)	排序
幼兒年齡	2 足歲	76	8.4 %	5
	3 足歲	164	18.2 %	4
	4 足歲	220	24.4 %	2
	5 足歲	231	25.6 %	1
	6 足歲	210	23.3 %	3
	與幼兒的關係	媽媽	708	78.6 %
爸爸		151	16.8 %	2
祖父母（外祖父母）		28	3.1 %	3
叔、伯、姑、嬸		8	0.9 %	4
阿姨、舅舅		6	0.7 %	5
居住地區	臺中市	438	48.6 %	1
	彰化縣	182	20.2 %	2
	南投縣	97	10.8 %	3
	雲林縣	94	10.4 %	4
	苗栗縣	90	10.0 %	5
主要照顧者年齡	21–25 歲	13	1.4 %	7
	26–30 歲	69	7.7 %	4
	31–35 歲	295	32.7 %	2
	36–40 歲	343	38.1 %	1
	41–45 歲	129	14.3 %	3
	46–50 歲	24	2.7 %	6
	51 歲（含）以上	28	3.1 %	5

* 職業別為「其他」組別的主要照顧者中，有 67 人為醫、藥或護理等相關工作人員，其餘 8 人則無進一步說明其職業別

(續上頁) 表一、幼兒與主要照顧者背景變項分析 (N = 901)

幼兒與主要照顧者背景變項	組別	人數 (N)	百分比 (%)	排序
主要照顧者教育程度	國中(含)以下	49	5.4 %	4
	高中職	185	20.5 %	2
	大學/專科	544	60.4 %	1
	研究所(含)以上	123	13.7 %	3
主要照顧者職業*	工商服務	366	40.6 %	1
	家管	263	29.2 %	2
	軍警公教	175	19.4 %	3
	其他	75	8.3 %	4
	農林漁牧	22	2.4 %	5
家庭每月總收入	30,000元(含)以下	178	19.8 %	3
	30,001-60,000元	357	39.6 %	1
	60,001-90,000元	217	24.1 %	2
	90,001-120,000元	94	10.4 %	4
	120,001-150,000元	30	3.3 %	5
	150,001元(含)以上	25	2.8 %	6
主要照顧者性別	女性	720	79.9 %	1
	男性	181	20.1 %	2
孩子是否曾經感染過腸病毒而就診	有	554	61.5 %	1
	無	347	38.5 %	2

* 職業別為「其他」組別的主要照顧者中，有 67 人為醫、藥或護理等相關工作人員，其餘 8 人則無進一步說明其職業別

二、幼兒主要照顧者對腸病毒認知之現況

結果顯示(表二)，主要照顧者對腸病毒認知量表中，以與傳染途徑相關題項的第3題「腸病毒的傳染途徑是經由腸胃道(糞口、水或食物污染)、呼吸道(飛沫、咳嗽或打噴嚏)、接觸病人的口鼻分泌物或皮膚上潰瘍的水泡來傳染」(94.7%)之答對率最高；答對率最低為第4題「孕婦若在懷孕期間感染腸病毒，對於胎兒可能會造成垂直感染的問題」(56.7%)。綜上所述，中部地區幼兒主要照顧者對腸病毒認知之整體答對率為82.65% (平均數為16.53，總分為20分)。

表二、幼兒主要照顧者對腸病毒認知量表之題目分析摘要表 (N = 901)

題號	題目	答對人數 (百分比)**	平均數	標準差	排序
15	預防腸病毒的有效方法，包括：養成個人良好衛生習慣、隔絕傳染途徑、提升免疫力及少去公共場所。	893 (99.10)	.99	.09	1
3	腸病毒的傳染途徑是經由腸胃道(糞口、水或食物污染)、呼吸道(飛沫、咳嗽或打噴嚏)、接觸病人的口鼻分泌物或皮膚上潰瘍的水泡來傳染。	853 (94.70)	.95	.23	2
11	五歲以下的嬰幼兒是併發腸病毒重症的高危險群。	845 (93.80)	.94	.24	3

* 反向題

** 答對人數百分比 = [總平均數 / 總分 (20分)] × 100%。

(續上頁) 表二、幼兒主要照顧者對腸病毒認知量表之題目分析摘要表 (N = 901)

題號	題目	答對人數 (百分比)**	平均數	標準差	排序
19	腸病毒感染併發重症之前兆病徵為：「嗜睡、意識不清、活力不佳、手腳無力」、「肌抽躍（無故驚嚇或突然間全身肌肉收縮）」、「持續嘔吐」與「呼吸急促或心跳加快」等；此時必須立即送至大醫院接受適當治療，以免錯失黃金治療時間。	837 (92.90)	.93	.26	4
20	腸病毒 71 型的致病力較高，感染後病人之病徵表現不一，但幾乎都有手足口症狀：在手部、足部、口腔內等部位出現針頭大小紅點的疹子（水泡）。	837 (92.90)	.93	.26	5
14	預防腸病毒的環境消毒方法，是使用適當比例調製的漂白水來消毒。	835 (92.70)	.93	.26	6
2	臺灣全年都有腸病毒傳染的個案，以 4~9 月為主要流行期。	826 (91.70)	.92	.28	7
16	當孩子感染腸病毒時，常因口腔內潰瘍，導致進食困難而拒食，故飲食可選擇溫涼軟質類為主，例如冰淇淋、布丁、仙草、運動飲料、優酪乳、豆花等。	826 (91.70)	.92	.28	8
6	腸病毒患者的傳染力，以發病後一週內最強。	816 (90.60)	.91	.29	9
5	腸病毒的潛伏期約 2~10 天，發病前數天在喉嚨及糞便都有病毒存在，那時即開始具傳染力。	810 (89.90)	.90	.30	10
8*	腸病毒只要感染過一次，就具有免疫力，將不再被感染。	807 (89.60)	.90	.31	11
17	對於腸病毒患者之治療，目前並無特效藥，只能採取症狀性的支持療法（如退燒、止咳、打點滴等），絕大多數患者會自行痊癒，只有極少部分會併發重症。	799 (88.70)	.89	.32	12
9	最容易感染腸病毒的族群是 12 歲以下之孩童，其中又以新生兒及嬰兒為高危險群。	793 (88.00)	.88	.33	13
18	在臺灣所流行的腸病毒，除了小兒麻痺病毒外，最容易引起神經系統併發症，並造成重症與死亡病例的是腸病毒 71 型。	661 (73.40)	.73	.44	14
12*	目前預防腸病毒最有效的方法為施打腸病毒疫苗。	654 (72.60)	.73	.45	15
1	腸病毒是指一群病毒的總稱，包含小兒麻痺病毒、克沙奇病毒 A 型及 B 型、伊科病毒及腸病毒等 60 餘型，其中腸病毒 71 型被歸類於人類腸病毒 A 型。	602 (66.80)	.67	.47	16
7	腸病毒患者的病毒量以腸胃道最多，且持續可由腸道排出的糞便釋出病毒，時間長達 8~12 週之久。	587 (65.10)	.65	.48	17
13*	腸病毒的剋星是酒精，平時多用酒精幫幼兒擦手即可預防腸病毒。	575 (63.80)	.64	.48	18
10	家中若有第二個腸病毒病患，症狀會比第一個受感染的人嚴重。	524 (58.20)	.58	.49	19
4	孕婦若在懷孕期間感染腸病毒，對於胎兒可能會造成垂直感染的問題。	511 (56.70)	.57	.50	20
腸病毒認知總量表（20 題）		總平均數 = 16.5， 標準差 = 2.78 答對百分比 = 82.7%			

* 反向題

** 答對人數百分比 = [總平均數 / 總分 (20 分)] × 100%。

三、幼兒主要照顧者對腸病毒預防行為之現況

結果顯示，幼兒主要照顧者對腸病毒預防行為量表之平均分數為 58.58，標準差為 10.59（表三）。

得分平均數在 3.5 以上接近「總是如此」的行為頻率有兩個題項，依序為第 5 題及第 1 題。得分平均數介於 3.0–3.5 者，表示已達到「經常」的行為頻率有九個題項，依序為第 17、6、16、4、3、15、2、18、20 題。得分平均數只介於 2.5–3.0 者（達到偶爾接近經常的行為頻率）有三個題項，依序為第 14、7、19 題。得分平均數只介於 2.0–2.5 者有六個題項，依序為第 8、9、12、10、11、13 題。本調查顯示，中部地區主要照顧者能正確及落實使用漂白水消毒方法預防腸病毒之行為，只達到「偶爾」的行為頻率。

綜上所述，幼兒主要照顧者在腸病毒預防行為量表之整體表現為 73.23%，各題之平均值範圍介於 2.17 至 3.62 之間，平均數為 2.93。整體而言，研究對象在腸病毒預防行為的執行力上大多趨於中等略偏正向。

表三、幼兒主要照顧者對腸病毒預防行為量表之題目分析摘要表 (N = 901)

題號	題目	人數 (%)				平均數	標準差	排序
		從來沒有	偶爾	經常	總是如此			
5	為了預防孩子感染腸病毒，我會先洗手再為孩子準備餐點。	1 (.1)	43 (4.8)	257 (28.5)	600 (66.6)	3.62	.58	1
1	為了預防孩子感染腸病毒，我會提醒孩子吃飯前和如廁後要洗手。	2 (.2)	67 (7.4)	283 (31.4)	549 (60.9)	3.53	.64	2
17	孩子感染腸病毒期間，但必須外出就醫時，我會讓他戴上口罩。	28 (3.1)	88 (9.8)	265 (29.4)	520 (57.7)	3.42	.79	3
6	為了預防孩子感染腸病毒，孩子使用的口罩若沾到口鼻分泌物時，我會立即更換。	6 (.7)	106 (11.8)	332 (36.8)	457 (50.7)	3.38	.67	4
16	腸病毒流行期間，我會盡量避免帶孩子出入人潮擁擠、空氣不流通的公共場所。	8 (.9)	83 (9.2)	365 (40.5)	445 (49.4)	3.38	.69	5
4	為了預防孩子感染腸病毒，我會定期（每週）為孩子修剪指甲，並於平時檢查指甲是否乾淨。	3 (.3)	109 (12.1)	396 (44.0)	393 (43.6)	3.31	.69	6
3	為了預防孩子感染腸病毒，我會要求孩子在咳嗽、打噴嚏時，用手摀住口、鼻，並且提醒孩子馬上去洗手。	8 (.9)	126 (14.0)	372 (41.3)	395 (43.8)	3.28	.73	7
15	為了預防孩子感染腸病毒，我會要求家人共同養成良好的個人衛生習慣。	14 (1.6)	119 (13.2)	369 (41.0)	399 (44.3)	3.28	.75	8
2	為了預防孩子感染腸病毒，我會教導孩子正確的洗手五步驟（濕、搓、沖、捧、擦）。	18 (2.0)	163 (18.1)	325 (36.1)	395 (43.8)	3.22	.81	9
18	為了預防孩子感染腸病毒，我會要求孩子每天均衡攝取六大類食物（全穀根莖類、蔬菜類、水果類、低脂乳品類、豆魚肉蛋類、油脂及堅果種子類），以提升免疫力。	14 (1.6)	156 (17.3)	408 (45.3)	323 (35.8)	3.15	.76	10

* 行為執行率百分比 = [總平均數 / 量表總分 (80 分)] × 100%

(續上頁) 表三、幼兒主要照顧者對腸病毒預防行為量表之題目分析摘要表 (N = 901)

題號	題目	人數 (%)				平均數	標準差	排序
		從來沒有	偶爾	經常	總是如此			
20	為了預防孩子感染腸病毒，我會要求孩子每天有充足的(至少有 10 小時以上)夜間睡眠，以提升免疫力。	23 (2.6)	181 (20.1)	419 (46.5)	278 (30.9)	3.06	.78	11
14	為了預防孩子感染腸病毒，每次一回到家裡，我會先洗淨雙手並換穿家居服。	58 (6.4)	214 (23.8)	315 (35.0)	314 (34.9)	2.98	.92	12
7	為了預防孩子感染腸病毒，我會使用適合的消毒方法(含氯漂白水、煮沸或日曬)來消毒。	55 (6.1)	285 (31.6)	291 (32.3)	270 (30.0)	2.86	.92	13
19	為了預防孩子感染腸病毒，我會要求孩子每天規律地做運動(至少 30 分鐘以上)，以提升免疫力。	90 (10.0)	372 (41.3)	306 (34.0)	133 (14.8)	2.53	.86	14
8	為了預防腸病毒調製消毒用漂白水時，我會套上塑膠手套、穿上防水圍裙並戴上口罩後，在通風良好處調製。	205 (22.8)	296 (32.9)	209 (23.2)	191 (21.2)	2.43	1.06	15
9	為了預防孩子感染腸病毒，我會使用當天調製並標示日期名稱的適當比例漂白水來消毒；且當天有未使用的部分，我會將之丟棄不留存。	275 (30.5)	272 (30.2)	159 (17.6)	195 (21.6)	2.30	1.12	16
12	針對被腸病毒孩子之分泌物或排泄物所污染的物品，我會先將表面的髒污清除乾淨，再調製 1000ppm 之漂白水，來消毒擦拭。	266 (29.5)	291 (32.3)	195 (21.6)	149 (16.5)	2.25	1.05	17
10	為了預防孩子感染腸病毒，我會針對孩子常接觸的物體表面(例如地板、門把、餐桌、樓梯扶把)，使用適當比例調製的消毒用漂白水來擦拭；待 10 分鐘之後，再以清水擦拭，以降低異味並維護孩子的安全。	206 (22.6)	386 (42.8)	192 (21.3)	117 (13.0)	2.24	.95	18
11	為了預防孩子感染腸病毒，我會調製 500ppm 濃度(將市售家庭用漂白水 100cc，加入 10 公升的冷自來水中，攪拌均勻)之漂白水來消毒居家環境。	231 (25.6)	380 (42.2)	181 (20.1)	109 (12.1)	2.19	.95	19
13	為了預防孩子感染腸病毒，我會定期將孩子的玩具浸泡在依適當比例調製的漂白水中；待30分鐘之後，再以清水清洗並拿至戶外晾曬。	246 (27.3)	368 (40.8)	179 (19.9)	108 (12.0)	2.17	.96	20
腸病毒預防行為總量表 (20題)		總平均數=58.58， 標準差=10.59 行為執行率百分比* =73.2%						

* 行為執行率百分比 = [總平均數 / 量表總分 (80 分)] × 100%

四、幼兒主要照顧者背景變項及腸病毒認知對腸病毒預防行為之相關性分析

採逐步多元迴歸分析結果有八個變項達顯著水準，其決定係數為 0.127，共可解釋腸病毒預防行為之變異量為 12.7%，此迴歸預測達顯著水準 ($F=16.27, p<0.001$)，具有統計意義。 β 係數即標準化回歸係數(standardized coefficient)具有與相關係數相似性質，亦即介於-1 至+1 間，其絕對值越大者，表示自變項對依變項的重要性越高，而正負向則代表 X 與 Y 變項的關係方向，但多數情況下，多元回歸的 β 值，將小於預測變項與依變項間的相關係數[19]。結果顯示（表四），主要照顧者腸病毒認知越佳($\beta=0.244$)，其腸病毒預防行為表現越好；居住地區為苗栗縣者($\beta=-0.092$)，其腸病毒預防行為的執行力顯著低於臺中市者；職業為軍警公教($\beta=0.117$)或其他者($\beta=0.087$)，其腸病毒預防行為的執行力明顯優於工商服務者；主要照顧者之年齡在 31–35 歲者($\beta=0.098$)，明顯優於 36–40 歲者；家庭每月總收入為 90,001–120,000 元者($\beta=0.081$)，明顯優於 30,001–60,000 元者；主要照顧者之幼兒「未曾感染過腸病毒」者($\beta=0.076$)，其對腸病毒預防行為，明顯優於主要照顧者之幼兒「曾經感染過腸病毒」者；教育程度為國中（含）以下者($\beta=-0.070$)，其腸病毒預防行為的執行力明顯低於教育程度為大學／專科者。上述可以解釋腸病毒預防行為的八個變項中，以「腸病毒認知」(7.4%)之解釋變異量最高。

表四、幼兒主要照顧者背景變項與腸病毒認知對腸病毒預防行為之逐步多元回歸摘要表

投入變項順序	多元相關 係數 (R)	決定 係數 (R^2)	增加量 (ΔR^2)	F	未標準化 回歸係數(B)	標準化 回歸係數(β)
常數					39.398	
①認知總分	0.272	0.074	0.074	71.99*	0.933	0.244
②苗栗縣 a	0.292	0.085	0.011	41.96*	-3.251	-0.092
③軍警公教 b	0.308	0.095	0.010	31.33*	3.122	0.117
④31–35 歲 c	0.323	0.104	0.009	26.03*	3.896	0.098
⑤90,001–120,000 元 d	0.333	0.111	0.007	22.38*	2.012	0.081
⑥幼兒未曾感染腸病毒 e	0.342	0.117	0.006	19.79*	1.647	0.076
⑦職業為「其他」b	0.350	0.123	0.006	17.85*	2.032	0.087
⑧國中（含）以下 f	0.357	0.127	0.004	16.27*	-3.283	-0.070

* $p<.001$

註：參照組為 a「臺中市」、b「工商服務」、c「36–40歲」、d「30,001–60,000元」、
e「幼兒曾經感染腸病毒」、f「大學／專科」

討論

一、中部地區幼兒主要照顧者對腸病毒認知之整體答對率為 82.65%

結果顯示，主要照顧者對腸病毒認知中，答對率最低為第 4 題。研究者推論，可能與因垂直傳染途徑感染到腸病毒的新生兒個案少見有關。分析臺灣 2009 年至 2013 年 8 月之腸病毒感染併發重症個案之腸病毒分型（不分年齡，共 265 名個案），其中未足月之個案共 4 名[14]。新生兒感染腸病毒之症狀嚴重度差異甚大，可能為無症狀、非特異性發燒，也有可能導致多重

器官衰竭甚至死亡。由於新生兒腸病毒感染的臨床表現不具特異性，因而增加診斷的困難度。長庚兒童醫院從 1989 年到 1998 年的十年回溯性研究顯示，這十年中有三次的新生兒腸病毒流行[15]。目前對抗新生兒腸病毒最好的預防方法是孕婦生產前後，應避免接觸腸病毒患童，而新生兒要避免與太多人接觸，且醫療院所的感染控制要落實[20]。

二、中部地區幼兒主要照顧者在腸病毒預防行為量表之整體表現為 73.23%

腸病毒的傳染力極強，可經由飛沫、糞口與接觸等途徑傳染，但透過「時時正確洗手」的衛生保健動作，即可有效降低感染的機會[21]。此外，在腸病毒流行期間，小朋友應避免在人潮擁擠的室內空間活動。建議家長可儘量安排戶外休閒活動，以降低幼兒感染腸病毒的機會[22]。本次調查發現，中部地區幼兒主要照顧者在教導幼兒正確洗手及戴口罩的腸病毒預防行為中，已達到「經常」的行為頻率。

三、主要照顧者之腸病毒認知、居住地區、職業、年齡、家庭每月總收入、孩子是否曾經感染過腸病毒而就診及教育程度，可以預測其腸病毒預防行為

調查發現，幼兒主要照顧者背景變項與流感認知對流感預防行為具預測力，其中以流感認知的解釋變異量最高[10]，與本研究結果一致。雖然研究之傳染病議題不同，但結果皆顯示：幼兒主要照顧者對於傳染病的認知越正確，其在傳染病預防行為之執行力就會越佳。但考量填答者可能因為個人、環境因素，或是對問卷解讀錯誤及填答態度（如：不好意思自己沒有做到）等因素，所以填答內容可能會與實際情況產生誤差，故推論時應謹慎小心。

建議

一、主要照顧者平時應落實衛生管理並保持居家環境清潔，在疾病流行期更須加強清潔與消毒

本研究發現，幼兒主要照顧者在腸病毒預防行為量表中，有 6 個題項之得分未達 2.5 分，表現較不理想。顯示主要照顧者，在執行隔絕腸病毒傳染途徑之預防行為時，較少能做到正確使用漂白水消毒方法之基本六步驟[23]，只達到「偶爾」的行為頻率。因此建議主要照顧者平時就要以身作則，落實居家環境的清潔與衛生管理。尤其在腸病毒流行期間，更應該加強環境清潔與消毒工作，特別是孩子經常接觸的地方。若要使用漂白水進行清潔與消毒，防止交互感染與遏阻疾病的擴散時，務必把握穿、稀、擦、停、沖、棄六步驟。

二、幼兒主要照顧者宜熟知腸病毒預防方法並做到知行合一

本研究發現，中部地區幼兒主要照顧者之背景變項與腸病毒認知對其腸病毒預防行為之預測變項中，以腸病毒認知的解釋變異量最高。因此建議幼兒主要照顧者要身體力行，以身作則，在日常生活中隨時保持良好的衛生習慣，避免落入「知易行難」的窠臼裡。

三、幼兒園應主動與主要照顧者分享腸病毒的相關資訊

本研究發現，家庭每月總收入為90,001–120,000元者，其腸病毒預防行為明顯優於30,001–60,000元者；教育程度為國中（含）以下者，腸病毒預防行為之執行力，低於教育程度為大學／專科者。因此建議幼兒園可於平時即利用多元的親師溝通管道，如幼兒學習單、來園接送幼兒或學期初的親師座談會，主動與主要照顧者分享腸病毒的相關資訊。特別是針對教育程度或家庭每月總收入較低的主要照顧者，進而提升其在腸病毒預防行為的執行力。

四、政府相關單位可針對新生兒腸病毒傳染途徑的相關內容，進行正確宣導

本研究發現，主要照顧者在腸病毒認知量表中，以「家中若有第二個腸病毒病患，症狀會比第一個受感染的人嚴重」及「孕婦若在懷孕期間感染腸病毒，對於胎兒可能會造成垂直感染的問題」兩個題項之答對率最低，均未達六成。表示中部地區幼兒主要照顧者在上述兩項的腸病毒認知較不清楚。因此建議政府相關單位能夠特別針對「腸病毒傳染力」與「新生兒腸病毒傳染途徑」的相關內容，進行正確宣導，以提升主要照顧者對幼兒腸病毒認知及預防行為之執行意願，達到有效預防幼兒感染腸病毒的目的。

參考文獻

1. 黃冠穎、林奏延：腸病毒 71 型的感染與防治。疫情報導 2008；24(6)：371–81。
2. Ho M, Chen ER, Hsu KH, et al. An epidemic of enterovirus 71 infection in Taiwan. *N Engl J Med* 1999; 341: 929–35.
3. 衛生福利部疾病管制署：腸病毒防治工作指引。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/page.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=8219f9796d25b3c4>。
4. McMinn PC. An overview of the evolution of enterovirus 71 and its clinical and public health significance. *FEMS Microbiol Rev* 2002; 26: 91–107.
5. 吳正男：腸病毒71 型之病毒特性與感染機制研究及應用。國防醫學院生命科學研究所博士論文，2002。
6. 張筱玲：腸病毒感染之後遺症（含死亡）及醫療成本研究。衛生福利部疾病管制署 101 年署內委託科技研究計劃(編號 DOH101-DC-2020)。臺北市：衛生福利部疾病管制署。
7. 陳建仁：流行病學：原理與方法。第一版。臺北：聯經出版社，1999；164–68。
8. 曾筑君：影響腸病毒感染重症通報確診病例之因子—以法定傳染病通報系統為例。臺北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文，2009。
9. 白華枝：幼稚園教師、幼兒家長對於腸病毒的認知、防治意見與預防行為之研究—以臺南縣市為例。國立臺南大學幼兒教育學系碩士論文，2006。

10. 蔡端慧：中部地區學齡前幼兒主要照顧者對流感認知及流感預防行為之相關研究。國立臺中教育大學幼兒教育學系在職進修碩士論文，2013。
11. 郭秀娥、林惠賢、周心寧等：醫療機構工作人員對流感與流感疫苗的認知、態度及接種流感疫苗行為之探討。感染控制雜誌 2009；19(2)：69–80。
12. 羅惠智：臺中市某地區學齡前兒童預防傳染病衛生習慣與主要照顧者之相關因素研究。國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系在職進修碩士論文，2013。
13. 衛生福利部疾病管制署：腸病毒 71 型感染併發重症臨床處理注意事項。取自：<http://www.cdc.gov.tw/downloadfile.aspx?fid=FE6526F45F6DD913>。
14. 林詠青、蔡玉芳、董曉萍等：2013 年新生兒感染腸病毒伊科 30 型死亡個案調查報告。疫情報導 2014；30(4)：71–6。
15. Lin TY, Kao HT, Hsieh SH, et al. Neonatal enterovirus infections: emphasis on risk factors of severe and fatal infections. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22(10): 889–94.
16. 朱淑君、王恩慈、劉定萍等：2011–2012 年臺灣腸病毒流行疫情防治。疫情報導 2013；29(14)：194–203。
17. 教育部統計處：104 學年度幼兒（稚）園概況表—原始數據。取自：<http://depart.moe.edu.tw/ED4500/cp.aspx?n=1B58E0B736635285&s=D04C74553DB60CAD>。
18. 衛生福利部：建立抵抗力預防勝於治療。衛生報導季刊 2011；145：30–1。
19. 蔡泰生：SPSS 與研究方法。第三版。臺北：五南出版社，2013；470。
20. 莊智賢、黃玉成：新生兒腸病毒感染。感染控制雜誌 2006；16(2)：89–93。
21. Curtis V, Biran A, Deverell K, et al. Hygiene in the home: relating bugs and behaviour. *Soc Sci Med.* 2003; 57(4): 657–72.
22. 衛生福利部疾病管制署：教托育人員腸病毒防治手冊。取自：<http://www.cdc.gov.tw/uploads/files/201706/fe46c62f-c5df-4a53-934c-b1be1f3721fc.pdf>。
23. 衛生福利部疾病管制署：腸胃道感染個案嘔吐物及排泄物污染場所之消毒方式與注意事項。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=49C0FEB0160CE28F&nowtreeid=3B0256267044BEE8>。