

ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน



นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-4639-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PREPARATION FOR HOSPITALIZATION ON  
FEAR OF PRESCHOOL PATIENTS

Miss Wipada Sangnimitchiakul



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4639-3



วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล : ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. (THE EFFECT OF PREPARATION FOR HOSPITALIZATION ON FEAR OF PRESCHOOL PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 119 หน้า. ISBN 974-17-4639-3.

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์หนึ่งที่เด็กวัยก่อนเรียนหวาดกลัวเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กขาดใจไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังส่งผลให้มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ หรืออาจมีพัฒนาการไม่สมวัย จึงจำเป็นต้องช่วยลดความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างคือเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี จำนวน 32 คนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและโรงพยาบาลสมุทรสาคร แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมและจับเข้าคู่กันด้วยการพิจารณาจากอายุของเด็ก กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้าโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา กิจกรรมทั่วไปและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญในช่วงแรกรับใหม่ กิจกรรมนี้จัดขึ้นที่ตีผู้ป่วยนอกก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะเข้าพักในหอผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กในช่วงแรกรับใหม่โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t – test dependent)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....      ลายมือชื่อผู้คิด.....  
ปีการศึกษา.....2546.....      ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4477602036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : PREPARATION FOR HOSPITALIZATION / FEAR / PRESCHOOL CHILDREN

WIPADA SANGNIMITCHAIKUL : THE EFFECT OF PREPARATION FOR

HOSPITALIZATION ON FEAR OF PRESCHOOL PATIENTS. THESIS ADVISOR :

ASST. PROF. WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S., 119 PP. ISBN 974-17-4639-3.

Hospitalization is one of the major sources of fear in preschool children which lead to children 's uncooperation with medical-nursing treatment, behavioral problems, emotional distress, as well as delayed growth and development. Reducing fear in hospitalized preschool children is thus necessary. The purpose of this experimental study was to investigate the effect of preparation for hospitalization on fear of preschool patients. Subjects were 32 preschool patients, ranging in age from 3 to 6, admitted to Queen Sirikit National Institute of Child Health and Samutsakorn Hospital. Subjects were assigned into experimental and control groups by random assignment and matched pair technique. The experimental group received information about reasons for hospitalization, separation from parents, routines and procedures at admission through role play and parental participation. The information was given in terms appropriate to children 's age. This preparation was provided at OPD before admission to the pediatric units. The control group received routine preparation by staff nurses. Children 's fear during admission situation was collected by the Fear Behavior Scale developed by the researcher. Its content validity and interrater reliability were established prior data collection. Data were analyzed by t – test dependent.

It was found that fear of preschool patients receiving preparation for hospitalization was significantly less than that of the control group, at the .05 level.

Field of study.....Nursing Science..... Student signature.....

Academic year.....2003..... Advisor signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและรำลึกถึงความกรุณาของท่านที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาคอยแนะนำ เสนอข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน รวมทั้งคอยติดตามและให้กำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ช่วยอบรมสั่งสอนถ่ายทอดวิชาความรู้ให้จนประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทำให้ได้ผลการวิจัยที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณพี่จิระวัฒน์ กมลศิลป์ หัวหน้าหอผู้ป่วยหูตาคอจุมก ร.พ. เด็กที่ช่วยประสานงานติดต่อขอเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณพี่ชูลิพร ยิ้มสุขไพฑูรย์ ที่ให้ความกรุณาช่วยติดต่อขอเก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการวิจัย ขอขอบพระคุณพี่ๆ แผนกหูตาคอจุมกและแผนกศัลย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอขอบพระคุณพี่ๆ แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคเด็กและห้องตรวจศัลย์รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน ร.พ. สมุทรสาคร ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคุณณัฐษา อนุตรลัญจ์ ที่สละเวลามาชช่วยเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่าง ขอขอบใจเด็กๆ ทุกคนและขอบคุณผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติที่ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ ร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคน รวมทั้งพี่น้องๆ ศัลย์เด็ก ต.อ.โรงพยาบาลศิริราช ที่คอยให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณพ่อแม่ที่คอยอบรมสั่งสอน ดูแลห่วงใย ให้ความรักให้กำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆ เรื่อง ขอขอบใจน้องสาวทั้งสามที่ช่วยพิมพ์งาน ขอขอบพระคุณทุกกำลังใจและการช่วยเหลือจากทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1    บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว.....	15
ความกลัวตามแนวคิดการเผชิญความเครียด.....	17
ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	22
การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	38
บทบาทของพยาบาลในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	38
การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่น.....	50
การมีส่วนร่วมของบิดามารดาเพื่อเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	55
การเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	58
3    วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การดำเนินการทดลอง.....	67

## สารบัญ (ต่อ)

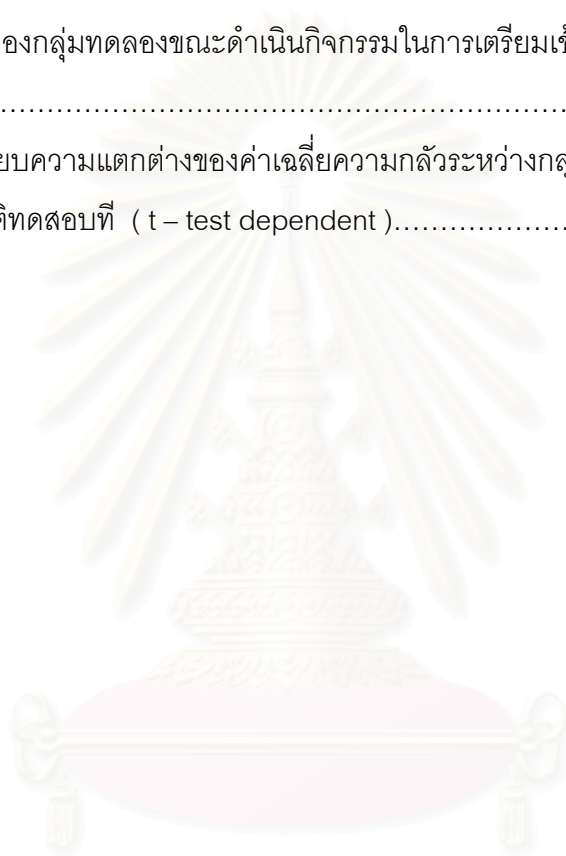
	หน้า
3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผล.....	80
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้.....	87
รายการอ้างอิง.....	89
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	100
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101
ภาคผนวก ค หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ง หนังสือขอเก็บข้อมูล.....	114
ภาคผนวก จ หนังสืออนุมัติการเก็บข้อมูล.....	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	119

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค	73
2	คะแนนความกลัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ ( matched pair ) ด้านอายุ.....	75
3	ลักษณะของกลุ่มทดลองขณะดำเนินกิจกรรมในการเตรียมเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล.....	76
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที ( t – test dependent ).....	78



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
2	สรุปวิธีดำเนินการวิจัย.....	71



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความกลัว เป็นอารมณ์ที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายต่อตน (Lazarus, 1991) ความกลัวเป็นอารมณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้นเสมอในเด็กทุกคนเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคยโดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Nicastro and Whetsell, 1999) เพราะการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กต้องแยกจากครอบครัวมาเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นสภาพหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เด็กไม่เคยเห็น ต้องนอนในที่ที่ไม่ใช่บ้าน ต้องพบเห็นอาการเจ็บป่วยและสภาพทุกข์ทรมานของผู้ป่วยคนอื่น ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลแปลกหน้าทั้งแพทย์และพยาบาล รวมทั้งได้รับการตรวจรักษาและกิจกรรมพยาบาลที่คุกคามต่อร่างกาย สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่เด็กต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความหวาดกลัวเป็นอย่างมาก (บัญญัติ สุขเจริญ, 2527; Ball and Bindler, 1995)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างมาก และอาจส่งผลให้เด็กเกิดการปรับตัวไม่เหมาะสมและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบของความกลัวอย่างรุนแรงได้ (Ziegler and Prior, 1994) ดังที่ Clatworthy, Simon and Tiedeman (1999) ได้ศึกษาไว้ว่าเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลัน ในแผนกอายุรกรรมหรือศัลยกรรมหรือแม้กระทั่งในกลุ่มเด็กปกติ เช่น พี่น้องของผู้ป่วยเด็กที่มาเยี่ยมเยียนก็ล้วนแต่มีความกลัวเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลและจากงานวิจัยเกี่ยวกับความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าเด็กเล็ก (อายุ 3-6 ปี) มีความกลัวเกิดขึ้นมากและรุนแรงกว่าเด็กโต (7-14ปี) (Melamed and Siegel, 1975; Visintainer and Wolfer, 1975; Wolfer and Visintainer, 1975, 1979; Reissland, 1983) เพราะความกลัวจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก ในเด็กโตมีพัฒนาการที่สูงขึ้นทำให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในการจัดการกับความกลัวเหล่านั้น และสามารถควบคุมการแสดงออกความกลัวได้ (Nicastro and Whetsell, 1999) ส่วนเด็กเล็กโดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียนสามารถรับรู้สิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามได้ดีกว่าวัยทารก แต่ยังมีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการจัดการกับความกลัวน้อยกว่าเด็กโต จึงทำให้วัยนี้เป็นวัยที่มีความกลัวเกิดขึ้นมากที่สุดเมื่อเทียบกับเด็กวัยอื่นๆ (Hurlock, 1978)

ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget (Lewis and Volkmar, 1990) เด็กวัยก่อนเรียนจัดอยู่ในระยะก่อนปฏิบัติการ (Preoperational Phase) คือเด็กจะเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรมจึงทำให้ความสามารถในการคิดยังมีจำกัด เด็กวัยนี้มักคิดตามจินตนาการของตนเองและยังไม่สามารถแยกแยะระหว่างความเป็นจริงกับจินตนาการที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กคิดว่าเหตุการณ์ที่ตนได้จินตนาการไว้จะเกิดขึ้นจริง จึงรับรู้หรือเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นไม่สมบูรณ์ ประกอบกับความคิดของเด็กวัยนี้เป็นแบบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ทำให้เด็กมักแปลความหมายหรือรับรู้เหตุการณ์ตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นสำคัญ ประกอบกับเด็กวัยนี้มักคิดว่า การอยู่โรงพยาบาลเป็นการถูกลงโทษหรือคิดว่าการรักษาที่ได้รับเป็นการกลั่นแกล้ง (Scipien et al., 1990) จากลักษณะความคิดความเข้าใจดังกล่าวทำให้เด็กประเมินการรักษาและการเข้าโรงพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายเป็นอย่างมากต่อตนเอง (Wong, 1995) เช่น เมื่อตรวจเลือด เด็กมักคิดว่าเลือดจะไหลออกหมดจนเสียชีวิต (Wilson, 1994; Sheridan, 2002) และจากการศึกษาของ Caty, Ellerton and Ritchie (1997) พบว่าเด็กเล็กส่วนใหญ่ประเมินการรักษาที่ได้รับว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความกลัวอย่างมากเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากลักษณะความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ถูกต้องของเด็กเองทำให้เด็กประเมินเหตุการณ์ในขณะที่ยอมรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเบเนอิกต์ไปจากความเป็นจริงจนรู้สึกที่ตนเองถูกคุกคามเป็นอันตรายอย่างมากแล้ว ความกลัวของเด็กยังเกิดขึ้นจากการที่เด็กรับรู้ที่ตนเองไม่มีอำนาจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพราะเด็กไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดอะไรกับตนเอง ยิ่งทำให้เด็กรู้สึกที่ถูกคุกคามมากขึ้น (Ellerton, Ritchie and Caty, 1994; Ziegler and Prior, 1994) ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด เพื่อรับรังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยเด็กมะเร็ง หรือไม่ว่าจะเป็นการรักษาใดๆ ก็ล้วนแต่มีความกลัวเกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ อรรถถาวร, 2538; Ferguson, 1975; Rodrigue et al., 1995) ซึ่งความกลัวที่ยิ่งใหญ่ของเด็กวัยนี้จะเป็นในลักษณะเกี่ยวกับกลัวถูกทอติงและกลัวการบาดเจ็บของร่างกาย (Brantly, 1991; Ziegler and Prior, 1994) เพราะเด็กวัยก่อนเรียนต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบิดามารดา และให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์ของร่างกายเป็นอย่างมาก (Ingalls and Salemo, 1991)

ความกลัวที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เด็กแสดงอาการชัดเจน ปฏิเสธหรือไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา (ดวงรัตน์ คัดทะเล, 2532) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบเสมอในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ยิ่งกว่านั้นความกลัวที่รุนแรงจะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ ทำให้เด็กเกิดทัศนคติไม่ดีต่อโรงพยาบาล เกิดผลเสียต่อการรักษาครั้งต่อไป (อัมพล สุอำพัน, 2530) นอกจากนี้ความกลัวยังทำให้เกิดผลเสีย

ต่อภาวะสุขภาพของเด็กด้วย เพราะความกลัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวร้ายลง เช่น เกิดอาการแสดงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (Josselyn, 1978) อาจทำให้การวินิจฉัยประเมินอาการผิดพลาดจึงไม่สามารถให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง หรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บปวดมากขึ้น (Rodrigue et al., 1995) รวมทั้งอาจทำให้เด็กมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ หรือมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ก้าวร้าว มีพฤติกรรมถดถอยเป็นเด็กกว่าวัย กลัวการแยกจาก ซึมเศร้า แยกตัว หรือแบบแผนการนอนผิดปกติ (Muller et al., 1992; Lumley, Melamed and Abeles, 1993)

เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความกลัวมากที่สุดในช่วงวันแรกที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วงแรกวัยใหม่ (Ferguson, 1979) เพราะทันทีที่เด็กมาถึงหอผู้ป่วย เด็กจะต้องพบกับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เช่น ต้องตรวจเลือดหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องวัดสัญญาณชีพและประเมินสภาพร่างกาย ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย ต้องนอนที่เตียงผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่เด็กไม่รู้จักรมาก่อน และในระหว่างกระบวนการรับใหม่ บางขั้นตอนเด็กอาจต้องแยกจากกับบิดามารดา (วรลักษณ์ ช้องวงษ์, 2540; Lau, 2002) ดังนั้นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นช่วงรับใหม่ที่เด็กต้องเผชิญไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่ไม่คุ้นเคย ต้องแยกจากกับบิดามารดา ผสมผสานกับจินตนาการของเด็กที่สร้างขึ้นเองเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่เด็กรู้สึกว่าคุณความเป็นอันตรายต่อร่างกาย ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กรู้สึกหวาดกลัวเป็นอย่างมาก พยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือเพื่อขจัดหรือบรรเทาความกลัวที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นี้ให้หมดไป อันจะส่งผลดีทำให้เด็กปรับตัวต่อการรักษาได้

หลักการช่วยเหลือเพื่อป้องกันหรือบรรเทาความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการเตรียมเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ข้อมูลการพยาบาลแก่เด็ก ช่วยให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดีต่อโรงพยาบาล ทำให้เด็กรู้สึกหวาดกลัวน้อยลง และร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Droske and Francis, 1981) อีกทั้งการให้ข้อมูลยังทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์คุกคามที่เกิดจากการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับตัวในทางที่ดี (Lazarus and Folkman, 1984) การเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการเข้าโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา และกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องได้รับ (Wong, 1995) ทำให้เด็กเกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง คุ้นเคยกับการรักษาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งจะช่วยลดจินตนาการที่น่ากลัวของเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยลง ส่งผลให้เด็กมีความกลัวลดลงเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลโดยให้การพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมสามารถปรับตัวต่อ

การรักษาพยาบาลได้ การเตรียมผู้ป่วยดังกล่าวจะประกอบด้วยเตรียมด้านร่างกาย เช่น การประเมินอาการเจ็บป่วยโดยซักประวัติและตรวจร่างกาย และการเตรียมด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูล การรักษาพยาบาล การปรับประคองช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจก่อนที่จะได้รับการรักษาพยาบาล แต่จากการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าการให้บริการเพื่อเตรียมเด็กเข้าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการเตรียมด้านร่างกาย และการให้ข้อมูลเรื่องการรักษาพยาบาลเพื่อเตรียมก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นให้แก่บิดามารดา มากกว่าให้ข้อมูลกับเด็กโดยตรง ซึ่งรูปแบบของการให้ข้อมูลมักเป็นการอธิบายโดยการใช้อุปกรณ์อย่างเดียว และเป็นสื่อสารระหว่างพยาบาลกับบิดามารดาโดยอาจมีเด็กรับฟังอยู่ด้วย แต่เด็กจะเข้าใจข้อมูลที่ให้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสนใจของเด็กและการบอกเล่าของบิดามารดาว่าจะถ่ายทอดข้อมูลเหล่านั้นให้แก่เด็กฟังได้ถูกต้องเพียงใด ซึ่งโดยมากแล้วบิดามารดามักไม่อธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือให้ข้อมูลที่คลุมเครือแก่เด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูล การรักษาพยาบาลไม่เพียงพอที่จะช่วยลดความกลัวของเด็กได้ (Goslin, 1978) อีกทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เด็กจึงไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าต้องเข้าพักในโรงพยาบาลและไม่ได้รับการเตรียมสภาพจิตใจก่อนเข้าโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปีเกิดความกลัวเป็นอย่างมากทั้งในขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว (Melnyk, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการเตรียมเด็กในช่วงก่อนผ่าตัดหรือก่อนทำหัตถการมากกว่าจะเป็นการเตรียมเด็กก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Saile, Burgmeier and Schmidt, 1988) เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นการเตรียมก่อนทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฉีดยา และการให้รังสีรักษา (ทัศนีย์ อรรถธรรส, 2538; รพีพร ธรรมสาโรจน์, 2542; กลอยใจ มีเครือรอด, 2544) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่เด็กเฉพาะหน้าที่ต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความกลัวต่อหัตถการนั้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหากลัวของเด็กที่เกิดขึ้นมากในช่วงแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

การพัฒนากิจกรรมการเตรียมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นโดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งกระบวนการให้ข้อมูลและเนื้อหาให้เหมาะสมกับพัฒนาการและการรับรู้ของเด็กเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนจะเข้าใจในสิ่งที่ป็นรูปธรรมได้ดีกว่านามธรรม ข้อมูลจะต้องสื่อให้มองเห็นภาพของสิ่งที่กล่าวถึงหรือให้เด็กได้สัมผัสกับสิ่งนั้น เพื่อป้องกันมิให้เด็กเข้าใจผิดและมีจินตนาการที่น่ากลัว (Rushton, 1983) วิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับให้ข้อมูลเพื่อเตรียมเด็กวัยก่อนเรียน

เข้ารักษาในโรงพยาบาล คือ การเล่นเกมบทบาทสมมติ เพราะเป็นกิจกรรมที่เด็กชอบ เป็นวิธีการสอนให้เข้าใจเนื้อหาได้ชัดเจน (Pillitteri, 1981) การเล่นเกมบทบาทสมมติจะทำให้เด็กเกิดประสบการณ์ตรงเข้าใจเหตุการณ์ได้ง่าย และช่วยลดจินตนาการที่น่ากลัว (Gibbons and Boren, 1985) โดยข้อมูลที่ให้ต้องมีลักษณะเป็นรูปธรรมปรนัย ไม่ใช่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้อย่างชัดเจนจึงเกิดการประเมินที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง (Johnson, 1999) และนอกจากนี้ในกิจกรรมการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องกระตุ้นให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยช่วยให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่เด็กด้วย เพราะการบอกเล่าหรือการได้รับข้อมูลจากบิดามารดาจะทำให้เด็กเกิดความเชื่อถือในข้อมูลที่ได้รับและไว้ใจในการเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น (Ball and Bindler, 1995) รูปแบบของการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนมีความสนใจในระยะสั้น (Huth, 1983) และต้องกระทำในระยะเวลาที่ใกล้กับเหตุการณ์ที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพราะหากเตรียมนานเกินไปจะทำให้เด็กกังวลและสร้างจินตนาการที่น่ากลัว (Ziegler and Prior, 1994) จึงต้องเตรียมเด็กในวันที่มาโรงพยาบาล (Scipien et al., 1990; Douglas, 1993) ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์จริงที่เด็กมักจะเข้ารับการรักษาในวันที่มาตรวจรักษาเลยทำให้ไม่มีโอกาสเตรียมล่วงหน้าที่บ้าน

ด้วยเหตุนี้การเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติร่วมกับความร่วมมือของบิดามารดาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมุ่งหวังให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจและเปลี่ยนแปลงการประเมินเหตุการณ์ในช่วงแรกเริ่มใหม่เมื่อเข้าโรงพยาบาลได้ถูกต้องตามความเป็นจริง รู้สึกถูกคุกคามน้อยลง ช่วยให้เกิดความกลัวน้อยลงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เด็กสามารถปรับตัวต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเป็นการพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นและบรรลุจุดมุ่งหมายในการพยาบาลแบบองค์รวม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

ความกลัวเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียดเมื่อบุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจะทำให้เกิดอันตรายในอนาคต (threat) หรือเป็นอันตราย(harm) ที่ทำให้เกิดความ

เสียหายขึ้นกับตน (Lazarus, 1966; Lazarus and Folkman, 1984) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการประเมินที่เกิดขึ้นนั้นไม่ถูกต้องไม่ตรงกับความเป็นจริงจนรู้สึกที่กำลังถูกคุกคามเป็นอย่างมากจะทำให้บุคคลเกิดความตื่นตระหนก คับข้องใจ หวาดระแวง จึงแสดงความกลัวออกมาอย่างรุนแรง (Lazarus, 1991) ประกอบกับเมื่อประเมินขั้นสุดท้ายซึ่งเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นพบว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับความเครียดได้ก็จะรู้สึกไม่มั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจึงส่งเสริมให้เกิดความกลัวยิ่งขึ้น หากจะลดความกลัวที่เกิดขึ้นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการประเมินของบุคคลและเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด ซึ่ง Lazarus เชื่อว่าการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินในขั้นสุดท้ายและการประเมินใหม่ได้โดยข้อมูลจะเปลี่ยนแปลงการประเมินเหตุการณ์ที่ไม่ถูกต้องในขั้นปฐมภูมิให้ถูกต้องตามจริงมากขึ้นในขั้นการประเมินใหม่ (reappraisal) จึงรู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยลง ส่งผลให้ความกลัวลดลง นอกจากนี้การให้ข้อมูลยังจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดจึงช่วยปรับเปลี่ยนการประเมินในขั้นสุดท้ายให้สามารถหาทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น เพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียด ทำให้ความเครียดทางอารมณ์ลดลงได้ (Lazarus and Folkman, 1984)

หลักการให้ข้อมูลเพื่อลดความเครียดทางด้านอารมณ์ตามแนวคิดการเผชิญความเครียด สามารถนำมาใช้ลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่เด็ก ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักของการเตรียมสภาพจิตใจเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้เด็กเกิดความพร้อมต่อการรักษาพยาบาล การเตรียมเด็กจะทำให้เด็กเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เป็นการช่วยประคับประคองอารมณ์ของเด็กให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย (Droske and Francis, 1981; Manion, 1990) จึงเปลี่ยนแปลงการประเมินใหม่ให้รู้สึกคุกคามน้อยลง และรู้สึกว่า การรักษาเป็นประโยชน์ ส่งผลให้เด็กกลัวน้อยลง (Bossert, 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลในลักษณะแบบรูปธรรมปรนัย ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล จะช่วยให้เด็กเข้าใจเหตุการณ์การรักษาได้ชัดเจนขึ้น เพราะไม่ได้นำอารมณ์มาใช้แปลความประสบการณ์นั้น ทำให้ไม่รู้สึกคลุมเครือจึงสามารถประเมินเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง ทำให้รู้สึกถูกคุกคามน้อยลง ส่งผลให้เด็กมีความกลัวลดลง (Johnson, 1999)

การให้ข้อมูลโดยเน้นลักษณะของข้อมูลเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถดึงดูดความสนใจของเด็กได้ จึงต้องนำการเล่นบทบาทสมมติซึ่งเป็นกิจกรรมที่เด็กวัยก่อนเรียนชอบเล่นมาเป็นวิธีการให้ข้อมูลแก่เด็กวัยนี้โดยใช้ตุ๊กตาแสดงบทบาทเป็นพยาบาล แม่ และเด็กป่วย รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์และของเล่นจำลองมาประกอบการเล่น เพื่ออธิบายและสาธิตกิจกรรมการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูลโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติจะทำให้เด็กได้รับข้อมูลในลักษณะแบบ



รูปธรรม สามารถสัมผัสได้ ทำให้คุ้นเคยกับการรักษา เกิดประสบการณ์ตรง ได้เรียนรู้เหตุการณ์ การรักษาพยาบาล บทบาทของผู้ให้การรักษาและบทบาทของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น ทำให้สามารถ แปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น จึงช่วยลด ความกลัวของเด็กได้ (Gibbons and Boren, 1985)

นอกจากนี้หลักการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย (Manion, 1990) เพราะการให้บิดามารดาเข้าร่วมในกิจกรรมโดยร่วมเล่นกับเด็กจะเป็นตัวอย่างให้เด็กได้ทำตาม กระตุ้นให้เด็กเข้าร่วมในการเล่นมากขึ้น และคำพูดของบิดามารดายังเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันให้เด็กทราบว่า การรักษาและการ เข้าโรงพยาบาลไม่ได้เป็นสิ่งที่คุกคามทำให้เกิดอันตรายตามที่เด็กจินตนาการไว้ เพราะเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับบิดามารดา และชอบเลียนแบบพฤติกรรมของบิดามารดา (Ball and Bindler, 1995) บิดามารดาจึงเสมือนเป็นผู้สอนด้านการปรับตัวต่อความเครียด ที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กรู้สึกว่ามีพลังอำนาจหรือแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้น (LaMontagne, 2000)

ดังนั้นการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่รู้สึกว่าคุณค้ำหรือเป็นอันตราย ส่งผลให้ความกลัวของเด็กลดลง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบของการเล่นแบบบทบาทสมมติร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรต้น คือ การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปรตาม คือ ความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน** หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปีที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

**ผู้ปกครอง** หมายถึง บุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และมีสิทธิอำนาจรับผิดชอบในตัวผู้ป่วยเด็ก

**การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่วัยก่อนเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจัดการเล่นแบบบทบาทสมมติซึ่งใช้ตุ๊กตามาแสดงบทบาทเป็นพยาบาล แม่ และเด็กป่วย รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ทั้งของจริงและของเล่นจำลองมาประกอบการเล่นเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้าโรงพยาบาล เหตุการณ์แยกจากกับบิดามารดา กิจกรรมที่ต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บป่วย เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย รวมทั้งสาธิตวิธีการตรวจเลือดและการวัดสัญญาณชีพให้แก่ผู้ป่วยเด็กทราบถึงเหตุการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนเสร็จสิ้นกระบวนการรับใหม่ โดยภาษาที่ใช้อธิบายเป็นคำง่าย ๆ ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล หลีกเลี่ยงคำที่เด็กไม่เข้าใจ เช่น คำศัพท์ทางการแพทย์ คำที่คุกคามทางอารมณ์ นอกจากนี้พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยโดยให้ผู้ปกครองมาร่วมเล่นใช้ตุ๊กตาดูแสดงเป็นแม่เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กตามที่พยาบาลอธิบายไว้แล้ว กิจกรรมนี้จะจัดขึ้นที่ตึกผู้ป่วยนอกก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่วัยก่อนเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยนอกจะประเมินสภาพร่างกาย ซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแล้วให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วยที่เด็กจะเข้าพักรักษา ซึ่งรูปแบบของการพยาบาลดังกล่าวมักเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ปกครอง

**ความกลัว** หมายถึง การแสดงออกด้านการพูด การเคลื่อนไหวร่างกายและสีหน้าว่าต้องการต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงแรกเริ่มเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถประเมินความกลัวได้จากแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการ เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเด็กมีคุณภาพยิ่งขึ้น
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนสอนเกี่ยวกับการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้แก่นักศึกษาพยาบาล
3. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางการวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้โดยผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน
  - 1.1 พัฒนาการด้านสติปัญญา
  - 1.2 พัฒนาการด้านอารมณ์
  - 1.3 พัฒนาการด้านสังคม
2. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว
  - 2.1 ความกลัวตามแนวคิดการเผชิญความเครียด
  - 2.2 ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - 3.1 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - 3.2 การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่น
  - 3.3 การมีส่วนร่วมของบิดามารดาเพื่อเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. การเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 1. พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

วัยก่อนเรียน ก่อนวัยเรียน วัยเด็กตอนต้น หรือวัยก่อนเข้าโรงเรียน (Preschool age or early childhood) มีความหมายเดียวกันซึ่งหมายถึงเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-6 ปี (สุวดี ศรีเลณวัฒน์, 2536; Lewis and Volkmar, 1990; Ball and Bindler, 1995) เด็กในช่วงวัยนี้จะมีลักษณะเด่น คือ อยากรู้อยากเห็น อยากรู้อยากเป็นอิสระ อยากรู้อยากเป็นตัวของตัวเอง อยากรู้อยากช่วยเหลือตัวเอง มีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งต่างๆ ต้องการเรียนรู้และสำรวจตรวจสอบค้นสิ่งแวดล้อมรอบด้าน ช่างซักถามเมื่อมีข้อสงสัย มีจินตนาการและมีความคิดสร้างสรรค์สูง แต่ไม่สามารถแยกแยะจินตนาการกับความเป็นจริงได้ (Wong, 1995)

พัฒนาการเป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพซึ่งจะเป็นไปตามลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องในแต่ละวัย พัฒนาการเป็นสิ่งที่บ่งชี้ให้เห็นความสามารถในการใช้ทักษะ

ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสามารถทางสติปัญญา ทักษะการเรียนรู้ และความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม นอกจากนี้พัฒนาการยังเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจของเด็ก ดังนั้นการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่เด็กจะต้องจัดรูปแบบของกิจกรรมทั้งเนื้อหาและวิธีการที่ใช้ให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็กซึ่งจะทำให้เด็กเรียนรู้ได้ง่ายและถูกต้องยิ่งขึ้น พัฒนาการของเด็กแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ พัฒนาการด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคม แต่พัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับความกลัวและจำเป็นต้องตระหนักถึงในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมี 3 ด้าน คือ พัฒนาการด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคม

### 1.1 พัฒนาการด้านสติปัญญา

ตามทฤษฎีพัฒนาการของ Piaget แบ่งขั้นพัฒนาการด้านสติปัญญาหรือความคิดออกเป็น 4 ขั้น คือ ขั้นประสาทสัมผัส (แรกเกิด - 2 ปี) ขั้นก่อนปฏิบัติการ (2-7 ปี) ขั้นปฏิบัติการแบบรูปธรรม (7-11 ปี) และขั้นปฏิบัติการแบบนามธรรม (11 ปีขึ้นไป) เด็กวัยก่อนเรียนจัดอยู่ในระยะก่อนปฏิบัติการ (Preoperational period) คือมีความคิดยังไม่สมเหตุสมผลและเป็นเพียงแค่ความเข้าใจขั้นเริ่มต้นเท่านั้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (Lewis and Volkmar, 1990: 179-180; Wong, 1995: 649-650)

1. ระยะก่อนความคิดรวบยอด (Preconceptual period) เริ่มเมื่อเด็กมีอายุประมาณ 2-4 ปี เด็กจะเริ่มมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ แต่ยังไม่สมบูรณ์ จะมีความคิดความเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Concrete) ได้ดีกว่านามธรรม คือ เด็กจะเรียนรู้จากสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ตนเองสามารถสัมผัสได้หรือรับรู้ได้ทางประสาทสัมผัส การรับรู้หรือแปลความสิ่งต่างๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่เด็กเคยรับรู้ความหมายของสิ่งเหล่านั้นมาก่อน เด็กคิดว่าผลที่ออกมาต้องเหมือนเช่นเดิม ซึ่งอาจไม่ถูกต้องนัก เพราะความคิดของเด็กเป็นเพียงความเข้าใจขั้นเริ่มต้น ประกอบกับเด็กจะมีความคิดในลักษณะของการจินตนาการ สร้างสิ่งสมมติจากประสบการณ์หรือความคิดฝันเกี่ยวกับอำนาจวิเศษ ทำให้ความสามารถทางความคิดของเด็กวัยนี้ยังอยู่ในลักษณะจำกัด และลักษณะความคิดของเด็กในวัยนี้เป็นแบบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric) คือเมื่อมองวัตถุหรือเหตุการณ์ต่างๆ เด็กจะแปลความหมายตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และมักมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองเดียว ขาดเหตุผล คิดแบบเอาแต่ใจตนเอง ไม่เข้าใจความคิดของผู้อื่นที่แตกต่างจากความคิดของตนเอง เด็กจึงมักคิดว่าทุกคนรู้สึกและคิดเช่นเดียวกับตนเอง (Ziegler and Prior, 1994) รวมทั้งเด็กวัยนี้จะรับรู้และเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

เป็นเพราะการกระทำ ความคิด หรือความปรารถนาของตน ลักษณะความคิดดังกล่าวของเด็กในวัยนี้อาจทำให้เด็กมีโอกาสที่จะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ผิดไปจากความเป็นจริงได้ (Wong, 1995)

2. ระยะเวลาความคิดเกิดขึ้นเอง (Intuitive stage) เริ่มเมื่อเด็กอายุประมาณ 4-7 ปี ความคิดของเด็กในวัยนี้จะมีเหตุผลมากขึ้นมีพัฒนาการรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว จะเริ่มสังเกตความแตกต่างและรู้จักเปรียบเทียบสิ่งต่างๆ สามารถจัดแบ่งวัตถุออกเป็นหมวดหมู่ เริ่มรู้จักคิดเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ได้ รู้จักผลของการกระทำและเริ่มมีความคิดในการหาเหตุผล ความสามารถดังกล่าวนำมาซึ่งความสามารถใหม่ๆ ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาได้ถูกต้อง แต่ถึงอย่างไรความคิดของเด็กวัยนี้เกี่ยวกับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่างๆ ยังไม่เป็นระบบระเบียบเท่าผู้ใหญ่ อีกทั้งลักษณะความคิดของเด็กยังเป็นแบบทิศทางเดียว ไม่สามารถคิดย้อนกลับได้และไม่สามารถแยกความจริงออกจากจินตนาการได้ จึงอาจไม่สามารถที่จะแปลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง (Wong, 1995: 1070) ดังเช่น เมื่อเด็กนอนพักที่เตียงผู้ป่วย แล้ววาดภาพว่าตนเองกำลังถูกขังคุก นั่นคือ เด็กเอาจินตนาการของตนเองที่กำลังถูกขังมาถ่ายทอดตามความรู้สึกของเด็กที่คิดว่าเป็นเรื่องจริง

จากลักษณะความคิดความเข้าใจของเด็กที่ยังไม่สมเหตุสมผล และเป็นวัยที่ชอบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ทำให้เด็กยึดความต้องการของตนเองเป็นใหญ่ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการก็จะแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรง จึงทำให้เด็กวัยนี้เป็นคนเจ้าอารมณ์

## 1.2 พัฒนาการด้านอารมณ์

พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยนี้จะมีลักษณะอารมณ์ที่สลับซับซ้อนมากกว่าวัยทารก พัฒนาการทางด้านอารมณ์จะมั่นคงเพียงใดขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดูเป็นสำคัญ อารมณ์ที่มักพบในเด็กวัยนี้ (สุชา จันทน์หอม, 2541) ได้แก่

- อารมณ์กลัวเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อตนเองมีความรู้สึกขาดความปลอดภัย อารมณ์นี้จะปรากฏให้เห็นเด่นชัดเมื่ออายุประมาณ 2 ปี และความกลัวจะเกิดขึ้นมากที่สุดในเด็กวัยก่อนเรียน เพราะเมื่อเด็กอายุไม่ถึง 2 ปี ความกลัวยังไม่เกิดกับเด็กมากนัก และเนื่องจากบิดามารดาจะให้การดูแลเอาใจใส่อย่างดีในเด็กเล็ก ความกลัวจึงเกิดขึ้นน้อย ส่วนเด็กหลังอายุ 6 ปี ความกลัวจะลดลงเพราะเด็กมีความคิดเป็นเหตุผลมากขึ้น เด็กวัยก่อนเรียนจะมีอารมณ์กลัวเกิดขึ้นได้ง่ายเพราะชอบจินตนาการมากมาย

- อารมณ์โกรธ เป็นลักษณะอารมณ์ธรรมดาที่พบได้มากในเด็กวัยนี้ เพราะเด็กใช้เป็นเครื่องเรียกร้องเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ ต้องการขัดขืนคำสั่งของบิดามารดา และชอบ

ปฏิเสธ(Negative stage ) โดยปกติเด็กมักแสดงความโกรธด้วยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแต่เมื่อพ้นวัยนี้ไปแล้วจะควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น

- อารมณ์อิจฉาริษยา ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากรู้สึกสูญเสียความรักจากบิดามารดา โดยปกติแล้วจะมีอยู่ในเด็กทุกคนโดยเฉพาะในช่วงอายุ 2-5 ปี เมื่อเด็กมีน้องเกิดขึ้นมาใหม่ ทำให้ได้รับความสนใจน้อยลงกว่าเดิมจึงมีความรู้สึกอิจฉาริษยาน้องใหม่ ต่อมาเมื่อเข้าโรงเรียน ความสนใจในเรื่องนี้นักน้อยลงหันไปสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอกแทน

- อารมณ์อยากรู้ อยากเห็น เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเริ่มสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้นจึงพยายามซักถามเพื่อให้ได้คำตอบในสิ่งที่ไม่เคยเห็นมาก่อน เด็กจะชอบการสำรวจ และดูบุคคลสิ่งที่เห็น ในระยะนี้บางที่เรียกว่า “ วัยช่างซัก “

- อารมณ์สนุกสนาน เด็กรู้สึกชอบใจสนุกสนานเมื่อประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือเมื่อเล่นเลียนแบบบุคคลและสัตว์ โดยเด็กจะแสดงท่าที่ปรบมือ หัวเราะ ส่งเสียงดัง

อารมณ์ดังกล่าวนี้จะส่งผลต่อการปรับตัวเข้ากับสังคมของเด็ก ซึ่งในเด็กที่มีอายุ 4 ปีขึ้นไปจะมีการพัฒนาในการปรับตัวหรือบังคับอารมณ์ของตนได้ดีขึ้น เรียนรู้และปรับเปลี่ยนอารมณ์ตนเองได้ ทำให้บุคลิกภาพที่ดีต่อไป

### 1.3 พัฒนาการด้านสังคม

ตามทฤษฎีของ Erikson ได้อธิบายพัฒนาการด้านสังคมในเด็กวัยก่อนเรียนว่าเป็นขั้นของความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกผิด (Initiative versus Guilt) เป็นระยะที่เด็กมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในสภาพแวดล้อม ระยะนี้เด็กต้องการได้รับการสนับสนุนให้หัดใช้ความสามารถของตนเอง เด็กจะเริ่มพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เด็กจะมีความอยากรู้ อยากเห็นอยากกระทำสิ่งต่างๆ ตามความคิดของตนเอง มักมีจินตนาการสูง เป็นระยะของการเลียนแบบผู้ใหญ่ เด็กมักจะคิดเป็นเรื่องจริงจังไปหมด การหลอกหรือขู่เด็กในระยะนี้จึงไม่ควรกระทำอย่างยิ่งเพราะเด็กจะเกิดความขาดกลัว รู้สึกผิดหวังไม่กล้าทำอะไร จะทำได้แต่สิ่งที่ผู้ใหญ่บอกเท่านั้น ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของเด็ก (สุวดี ศรีเถนวัณ, 2530; Wong, 1995)

พัฒนาการทางสังคมจะพัฒนาอย่างรวดเร็วในเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยนี้สามารถแยกจากผู้เลี้ยงดูได้และมีความสามารถในการเข้าสู่สังคมดีขึ้น บุคลิกภาพทางสังคมของเด็กวัยนี้พบว่าจะมีพฤติกรรมปฏิเสธลดลงถึงแม้ว่าเด็กจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง เด็กวัยก่อนเรียนจะสามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเองได้ สามารถขอร้องโดยใช้คำพูดและกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่าง

อิสระเนื่องจากพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญาที่ขึ้นมาก สามารถดูแลตนเองได้โดยต้องการความช่วยเหลือเพียงบางส่วนและเด็กจะเชื่อฟังคำเตือนต่ออันตรายต่าง ๆ แตกต่างจากวัยทารกที่ต้องการความไว้วางใจในบุคคลที่เลี้ยงดู และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้เลี้ยงดูเป็นอย่างมาก

พัฒนาการทางสังคมของเด็กวัยก่อนเรียนจะเห็นได้ชัดเจนจากการเล่นของเด็กที่มักสนุกกับการเล่นใกล้ ๆ กัน ( Parallel play ) และการเล่นร่วมกัน ( Associative play ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กพอใจในการอยู่ในสังคม การเล่นเป็นกลุ่มของเด็กจะมีกิจกรรมเหมือน ๆ กัน แต่ไม่มีกฎเกณฑ์มากนักและอาจมีเด็กบางคนเล่นหรือพูดแต่เรื่องราวของตน ในขณะที่เด็กอีกคนก็พูดแต่เรื่องราวของตนโดยไม่มีการเชื่อมโยงในเนื้อเรื่องทั้งสอง แต่เด็กก็พยายามแสดงพฤติกรรมให้กลุ่มยอมรับ เด็กบางคนอาจชอบเล่นตามเพื่อนหรือให้เพื่อนเล่นตามตน ในวัยนี้เด็กส่วนมากชอบเล่นแบบบทบาทสมมติ เพราะเด็กชอบสร้างจินตนาการ ชอบเลียนแบบ และสมมติสิ่งต่างๆ ในการเล่น ซึ่งการเล่นจะช่วยให้เด็กเข้าใจโลกรอบตัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ มากขึ้น ( สุวดี ศรีเลณวัฒน์, 2530)

จากพัฒนาการในด้านสติปัญญา สังคม และอารมณ์ จะเห็นว่าเด็กวัยก่อนเรียนเริ่มเข้าใจสัญลักษณ์และเริ่มมีจินตนาการต่อเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ โดยที่เด็กไม่ได้รับรู้วัตถุสิ่งของตามสภาพที่เป็นจริงด้วยการใช้ร่างกายหรือประสาทสัมผัสเหมือนระยะวัยทารก แต่เด็กจะสามารถคิดถึงสิ่งต่างๆ เหล่านั้นจากการเอามโนภาพมาประกอบกัน การสร้างมโนภาพหรือจินตนาการโดยที่ไม่ต้องสัมผัสจับต้องกับวัตถุหรือเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์นั้นนับว่าเป็นความสามารถทางความคิดของเด็กวัยนี้อันจะนำไปสู่ความเข้าใจและการเรียนรู้ในเชิงสร้างสรรค์ แต่จินตนาการที่เกิดขึ้นร่วมกับพัฒนาการด้านความคิดหรือด้านสติปัญญาที่ยังไม่สมบูรณ์อาจทำให้เด็กเข้าใจและแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งความคิดความเข้าใจของเด็กดังกล่าวเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกหวาดกลัว (Muller et al., 1992) และโดยธรรมชาติของเด็กวัยนี้มักมีความกลัวเกิดขึ้นจากจินตนาการของเด็กเอง รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดของเด็กที่มีต่อสิ่งต่างๆ มักจะเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงที่เด็กได้เห็น เนื่องจากเด็กจะนำเอาความคิดตามจินตนาการของตนเองมาร่วมด้วย ประกอบกับเด็กไม่สามารถแยกความคิดเพื่อฝืนตามจินตนาการออกมาจากความเป็นจริงได้ ดังนั้นความคิดแบบจินตนาการของเด็กต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กมีความกลัวเกิดขึ้นมากกว่าความเป็นจริง (Wong, 1995)



## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองย่อมทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงความกลัวและความวิตกกังวลออกมา เนื่องจากความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้นเมื่อประเมินสถานการณ์หรือสิ่งที่กำลังเผชิญว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Lazarus ,1991: 235) ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียดเหมือนกัน แต่ก็มีลักษณะที่ต่างกันเล็กน้อย ซึ่งนักวิชาการบางกลุ่มจะแบ่งแยกความกลัวและความวิตกกังวลออกจากกันตรงที่ความกลัวเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นที่สามารถระบุได้และเกิดขึ้นจริง ส่วนความวิตกกังวลเกิดขึ้นโดยปราศจากสิ่งกระตุ้นหรือไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นได้ชัดเจน เป็นการกังวลถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Hurlock, 1978: 201) ในขณะที่นักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งมองว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีลักษณะเช่นเดียวกัน เพราะอารมณ์ทั้งสองเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่เข้ามาว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง จึงรู้สึกไม่สบายใจ บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรมเหมือนกัน (Carlson and Hatfield, 1992: 133-135) รวมทั้งปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลก็เหมือนกันอีกด้วย สิ่งกระตุ้นเดียวกันสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งไม่จำเป็นที่ความกลัวต้องเกิดจากการถูกกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก แต่ความกลัวอาจถูกกระตุ้นได้จากสิ่งเร้าภายใน เช่น ความคิดและจินตนาการของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่คลุมเครือ จึงไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นที่กลัวได้เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวลและในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลก็อาจจะบุ้วัตถุ เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่ต้องการหลบหนีได้ (Vaughan and Litt, 1990; Weiner, 1985 and Kendall et al, 1992 cited in Chaiyawat, 2000) จึงกล่าวได้ว่าความกลัวและความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นเดียวกัน ดังนั้นนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับเด็กส่วนใหญ่จึงมักใช้สองคำนี้สลับกันไปมาโดยถือว่ามี ความหมายใกล้เคียงกันมาก (Shanker, 1978; Winer, 1982; Carlson and Hatfield, 1992) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงความกลัวและความวิตกกังวลในเด็กซึ่งความสามารถหรือพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถระบุหรือจำแนกสิ่งที่กลัวได้เฉพาะเจาะจงอย่างชัดเจน ทำให้ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างความกลัวและความวิตกกังวลได้ (Vaughan and Litt, 1990; Nicastro and Whetsell, 1999) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Chaiyawat (2000) ซึ่งประเมินประสบการณ์ความกลัวและความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน พบว่าเด็กไม่สามารถแยกความแตกต่างของทั้งสองอารมณ์นี้ได้

ความกลัว คือ อารมณ์ที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน (Robinson, 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999; Lazarus, 1991) โดยอันตรายที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตก็ได้ ความกลัวจึงอาจเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นภายนอกที่บุคคลสามารถรับรู้ได้โดยใช้ประสาทสัมผัส หรือความกลัวอาจเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น จากประสบการณ์หรือจินตนาการของตน (Josselyn, 1978; Vaughan and Litt, 1990; Davis and Janosic, 1991; Carlson and Hatfield, 1992; Gullone, 2000) ความกลัวที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดการแสดงออกในลักษณะของการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง เพราะเมื่อเกิดความกลัวบุคคลจะรู้สึกไม่ปลอดภัย ขาดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นเมื่อเผชิญกับสิ่งที่กลัว (ผกา สัตยธรรม, 2543; Josselyn, 1978) จึงเกิดการตอบสนองทางร่างกายและด้านพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสิ่งที่กลัว (Carlson and Hatfield, 1992: 433) ความกลัวที่เกิดขึ้นจึงเป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัยของร่างกายเพื่อเตรียมตนให้พร้อมที่จะหลบหนีจากอันตรายที่เข้ามา (Nicastro and Whetsell, 1999)

### แหล่งกำเนิดของความกลัว

ความกลัวของเด็กเกิดขึ้นโดยเป็นไปตามธรรมชาติหรือเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมและเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการด้านสติปัญญา ดังนั้นความกลัวที่เกิดขึ้นในเด็กจึงขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะทางสติปัญญาและการเรียนรู้ควบคู่กันไป (Lewis and Volkmar, 1990)

ตามแนวคิดของ Bandura ความกลัวจะเกิดขึ้นมาจากการเรียนรู้ 3 วิธี คือ จากประสบการณ์เก่าที่ตนเคยพบ จากประสบการณ์ของตัวแบบ หรือเกิดจากข้อมูลที่ได้รับ (Carlson and Hatfield, 1992: 458) จากแนวคิดดังกล่าวจึงพบว่าความกลัวที่เกิดขึ้นในเด็กทั่วไปจะมีแหล่งกำเนิดมาจาก 3 ทาง คือ (Ollendic and King, 1991 cited in Muris, Merckelbach and Collaris, 1997)

1. การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือน่ากลัว จะทำให้เกิดการจดจำหรือมีประสบการณ์ที่น่ากลัวเกี่ยวกับสิ่งนั้น เมื่อประสบกับเหตุการณ์นั้นอีกเด็กจึงเกิดความกลัวขึ้น เรียกว่าเป็นความกลัวที่เกิดขึ้นจากการกำหนดเงื่อนไข (Conditioning)
2. การมีแบบอย่าง (Modeling) คือ เมื่อบิดามารดา พี่น้อง เพื่อน หรือคนที่รู้จักแสดงปฏิกิริยาความกลัวต่อสิ่งนั้นจะทำให้เด็กเกิดการเลียนแบบตาม
3. การได้รับข้อมูลในด้านลบ (Negative information) จากการได้ฟังความน่ากลัวของสิ่งนั้นจากบุคคลอื่นหรือสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ผิดหรือเด็กแปลความผิดไปเอง

จากการศึกษาของ Muris, Merckelbach and Collaris (1997) พบว่า เด็กอายุ 9-13 ปี จำนวน 129 คน จะเกิดความกลัวจากการมีประสบการณ์ที่น่ากลัวเป็นส่วนใหญ่วางลงมาเกิดจากการได้รับข้อมูลในด้านลบ และเลียนแบบบุคคลอื่น

เช่นเดียวกับในประเทศไทย สถาบันระหว่างชาติสำหรับการค้นคว้าเรื่องเด็ก (2509 อ้างถึงใน นฤมล วีระรังสิกุล, 2532: 15) ได้ทำการวิจัยเรื่องความกลัวของเด็กไทยในอายุ 7-8 ปี จำนวน 135 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่าแหล่งกำเนิดความกลัวของเด็กมาจาก

1. ประสบการณ์โดยตรง หมายถึง การที่เด็กเคยเผชิญหรือเคยพบปะกับสิ่งที่กลัวด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ ว่ามีอันตรายหรือเป็นสิ่งที่คุกคามความรู้สึกมันคงปลอดภัยของตนเอง
2. คำบอกเล่าหรือคำขู่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นบิดามารดาหรือญาติพี่น้องมากที่สุด
3. จินตนาการของเด็กเองโดยที่เด็กไม่เคยมีประสบการณ์พบเห็นมาก่อน

จากการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวของ Nicastro and Whetsell (1999) ได้แบ่งชนิดของความกลัวโดยทั่วไปที่พบในเด็กเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลัวความล้มเหลวและคำวิจารณ์ เช่น กลัวการตำหนิของบิดามารดา กลัวการสอบตก
2. กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวผี สิ่งที่น่ากลัว กลัวห้องมืด กลัวสัตว์ประหลาด กลัวอยู่คนเดียว
3. กลัวการบาดเจ็บและสัตว์เล็ก เช่น กลัวปืน กลัวเลือดออก กลัวงู กลัวหนู
4. กลัวอันตรายและความตาย เช่น กลัวไฟ กลัวถูกรถชน กลัวแผ่นดินไหว กลัวตกที่สูง
5. กลัวการรักษาในโรงพยาบาล เช่น กลัวไปโรงพยาบาล กลัวถูกแพทย์หรือพยาบาลฉีดยา

ความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นจะเพิ่มสูงมากขึ้นเมื่อเด็กอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการประเมินของแต่ละบุคคลว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสิ่งที่คุกคามหรือไม่ หากเด็กรู้สึกว่าจะตนเองไม่มีพลังอำนาจ หรือไม่มีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการจัดการกับสิ่งที่เข้ามาคุกคามก็มีแนวโน้มว่าจะเกิดความกลัวมากกว่าปกติ (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

## 2.1 ความกลัวตามแนวคิดการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่างๆ จะทำให้เกิดการประเมิน ซึ่งการประเมินดังกล่าวเป็นกระบวนการทางความคิดเพื่อตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิการของตนเอง และต้องใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาจัดการกับสถานการณ์นั้น ความสามารถในการประเมินจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุ พัฒนาการทางด้านสติ

ปัญญา และประสบการณ์ในอดีต ลักษณะของการใช้กระบวนการทางความคิด (Cognitive appraisal) ประกอบด้วย (Lazarus and Folkman, 1984: 32-38)

1. การประเมินในขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินเพื่อตัดสินความสำคัญหรือความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของตน โดยจะมีการประเมินใน 3 ลักษณะคือ

1.1 เหตุการณ์นั้นไม่มีความรุนแรงกับตน (irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเอง หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น

1.2 เหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีต่อตนเอง ซึ่งบุคคลจะเกิดการผ่อนคลายและสามารถหันเหความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.3 การประเมินว่าเป็นภาวะเครียด (stressful) คือ การพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและบุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตราย / สูญเสีย (harm / loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนแล้ว เช่น ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บจะตระหนักถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของตน

1.3.2 เป็นสิ่งที่คุกคาม (threat) หมายถึง การประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนในอนาคต บุคคลอาจจะประเมินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นทั้งอันตรายสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคามผสมผสานกัน เช่น ในกรณีผู้ป่วยที่ถูกตัดขา นอกจากจะประเมินว่าได้เกิดการสูญเสียขึ้นกับตนแล้ว ยังอาจประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อศักยภาพในชีวิตของตนเองต่อไปในอนาคต

1.3.3 เป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) หมายถึง การพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายแต่มีทางควบคุมได้ หรืออาจเกิดประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินในขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ และเปรียบเทียบผลที่จะตามมา เพื่อใช้ในการตัดสินใจจัดการกับความเครียดเหล่านั้น ซึ่งก็คือพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (coping behavior) ที่บุคคลแสดงนั่นเอง การประเมินในขั้นทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดตามหลังการประเมินในขั้นปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ โดยแหล่งประโยชน์ซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่นำมาใช้ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่

1) ภาวะสุขภาพและพลังงาน จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ การมีสุขภาพดีช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดี

2) ความเชื่อในทางที่ดี เช่น ความเชื่อที่ดีในผลที่ตามมา เป็นพื้นฐานของความหวังและความพยายามในการเผชิญความเครียด

3) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นสิ่งที่เกิดจากการสะสมความรู้และประสบการณ์ ความสามารถทางความคิดและสติปัญญาในการนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดี

4) ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถที่จะติดต่อกับบุคคลอื่น รวมทั้งความสามารถในการขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุน จะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหา

5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหา ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องมีความเข้าใจที่กระจ่างชัดจะทำให้เกิดการรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริงและหาแนวทางการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม แหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่นำมาใช้เผชิญความเครียด

6) แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเศรษฐกิจ ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้มีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

3. การประเมินใหม่ (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำหรือประเมินการเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับข้อมูลใหม่ เป็นการให้ความหมายของการประเมินเสียใหม่เพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมใหม่ การประเมินใหม่จึงเป็นผลจากความพยายามในการใช้กระบวนการทางความคิดเพื่อจัดการกับเครียด ซึ่งจะมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ

ความเครียดที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตราย / สูญเสีย เป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นสิ่งทำลาย จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดใน 4 รูปแบบคือ (Lazarus, 1966: 6-8)

1. การแสดงออกทางความรู้สึก เช่น ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเมื่อประเมินว่าการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคาม ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวก่อนผ่าตัด

2. การแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การสิ้น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ลักษณะการพูดผิดปกติ และมีการแสดงออกทางสีหน้า

3. การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางความคิด ความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ ความคิด การตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา และการปรับตัวทางสังคม ทำให้การแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดไปจากความเป็นจริง จึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการและทักษะทางความคิดในการเผชิญความเครียดไม่สมบูรณ์

4. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เมื่อมีความเครียดจะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตซึ่งทำหน้าที่ในการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด โดยระบบประสาทอัตโนมัติจะสั่งการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ลักษณะการหายใจ

และอุณหภูมิของผิวหนัง รวมทั้งอาจเกิดความผิดปกติของการทำงานในอวัยวะต่างๆ จึงกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางการตามมาด้วย หรือที่เรียกว่ากลุ่มอาการทางจิตที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย ( psychosomatic)

จากการตอบสนองของความเครียดที่เกิดขึ้นในลักษณะต่างๆ จะเห็นได้ว่า 3 ใน 4 ของรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด คือ การแสดงออกทางความรู้สึก การแสดงออกทางร่างกาย และการแสดงออกทางพฤติกรรม ล้วนแต่เป็นองค์ประกอบหลักของอารมณ์ จึงกล่าวได้ว่าการตอบสนองต่อความเครียดจะทำให้เกิดอารมณ์ในระหว่างการประเมิน หรือความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์ของบุคคล ทำให้เกิดการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่างๆ (Lazarus, 1966: 10) แต่ละปฏิกิริยาอารมณ์เป็นผลมาจากกระบวนการความรู้ความเข้าใจที่เจาะจงกับอารมณ์นั้นๆ หรือที่เรียกว่าเป็นการประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ซึ่งลักษณะของการประเมินว่าเป็นความเครียดมีอยู่ 3 แบบดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในข้างต้น โดยการประเมินในแต่ละแบบก็จะนำไปสู่การตอบสนองในลักษณะที่แตกต่างกัน หรือการประเมินในลักษณะที่แตกต่างกันก็จะทำให้เกิดอารมณ์ที่ต่างกันด้วย (Lazarus, 1991: 6) เช่น เมื่อประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นภาวะคุกคามที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองในอนาคต ก็จะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบ คือ เกิดความกลัวและความวิตกกังวล (Lazarus, 1991: 163)

ความกลัวเป็นอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความเครียดซึ่งประเมินว่าตนเองกำลังเป็นอันตรายหรือถูกคุกคามจากเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามา การประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม (threat appraisal) เป็นกระบวนการด้านความรู้ความเข้าใจที่นำไปสู่การแปลความหมายถึงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นและทำให้เกิดความรู้สึกกลัว / วิตกกังวล จากการศึกษาของ Scavnicky – Mylant (1987) เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-11 ปี จำนวน 30 คนขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้เด็กดูรูปภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และเหตุการณ์ในโรงพยาบาล เช่น การตรวจเยี่ยมของแพทย์พยาบาล การเช็ดตัวบนเตียง แล้วสัมภาษณ์ความรู้สึกและสังเกตสีหน้าของเด็ก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เด็กโดยเฉพาะเด็กเล็กจะแสดงความรู้สึกหวาดกลัวออกทางสีหน้า ท่าทาง ใช้คำพูดทางด้านลบเกี่ยวกับภาพเหล่านั้น เพราะว่าเด็กประเมินว่าเป็นสิ่งที่อันตราย รู้สึกคุกคามเกินกว่าความเป็นจริง

การประเมิน (Appraisal) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของบุคคล (Lazarus, 1991) เพราะเมื่อประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับเหตุการณ์นั้น นั่นคือ เกิดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ การประเมินเหตุการณ์ของบุคคลมีทั้งที่ถูกต้องและบางครั้งก็ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความ

เป็นจริง ซึ่งการประเมินที่ไม่ถูกต้องนี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การประเมินที่ไม่ถูกต้องจนรู้สึกที่กำลังถูกคุกคามเป็นอย่างมากจะทำให้บุคคลเกิดความตื่นตระหนกคับข้องใจ หวาดระแวงและรู้สึกหวาดกลัวอย่างมาก (Lazarus, 1991) ดังจะเห็นได้จากการที่เด็กมักจะแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการเผชิญความเครียดของเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ คือเด็กจะประเมินว่าเหตุการณ์ที่ตนไม่รู้จักว่าเป็นสิ่งที่ทำให้คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมาก (Brennan, 1994) เช่น เมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานการณ์หรือมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่เด็กไม่รู้จักหรือไม่คุ้นเคยมาก่อน เด็กจะประเมินว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัวเกินกว่าสภาพความเป็นจริง ทำให้เด็กรู้สึกหวาดกลัวเป็นอย่างมากเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Wong, 1995 : 1068) ประกอบกับเด็กมีแหล่งประโยชน์จำกัดในการจัดการกับความเครียดและทักษะการเผชิญความเครียดของเด็กมักไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้เด็กไม่สามารถเผชิญกับสิ่งที่กลัวได้ เด็กจึงรู้สึกอ่อนแอ และหวาดกลัวมากขึ้น (Brennan, 1994; Robinson et al., 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

ความกลัวที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุของเด็ก เนื่องจากพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปจะทำให้เด็กโตมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในการจัดการกับความกลัวเหล่านั้น ส่งผลให้จำนวนของสิ่งที่ทำให้เด็กกลัวและความรุนแรงของความกลัวในเด็กลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพราะเด็กโตสามารถควบคุมการแสดงความกลัว และธรรมชาติของความกลัวก็จะเปลี่ยนแปลงตามอายุของเด็กด้วย (Waltz and Strickland, 1988; Nicastro and Whetsell, 1999) ส่วนเด็กเล็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญายังไม่สมบูรณ์เท่ากับเด็กโต ทำให้รับรู้เหตุการณ์ที่ไม่รู้จักว่าเป็นสิ่งที่รุนแรง อีกทั้งยังมีประสบการณ์น้อยกว่าทำให้มีแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดน้อยกว่า จึงทำให้เด็กเล็กเกิดความกลัว / ความวิตกกังวลมากกว่าเด็กโต (Tiedeman and Clatworthy, 1990) ซึ่งจะเห็นได้จากงานวิจัยต่างๆ ที่พบว่าเด็กเล็กจะมีความกลัวเกิดขึ้นมากกว่าเด็กโตไม่ว่าจะเป็นความกลัวในเรื่องต่างๆ ไป (general fear) จากงานวิจัยของ Gullone (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกลัวของเด็กปกติอายุ 5-12 ปี จำนวน 398 คน พบว่าเด็กเล็กจะมีความกลัวเกิดขึ้นมากกว่าเด็กโต หรือจากการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลของนักวิจัยหลายๆ ท่าน (Visintainer and Wolfer, 1975; Wolfer and Visintainer, 1975, 1979; Melamed and Siegel, 1975; Reisslan, 1983; Lumley, Melamed and Abeles, 1993) พบว่าเด็กเล็ก (อายุ 3-6 ปี) จะมีความกลัวเกิดขึ้นมากกว่าและรุนแรงกว่าเด็กโต (อายุ 7-14 ปี) โดยเฉพาะในเด็กอายุ 2-6 ปี ซึ่งมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและความคิดสามารถรับรู้สิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามได้ดีกว่าวัยทารก แต่ยังคงมีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการจำแนกหรือ

จัดการกับสิ่งที่เข้ามาคุกคามน้อยกว่าเด็กโต จึงทำให้เด็กวัยนี้เป็นช่วงวัยที่มีความกลัวเกิดขึ้นมากที่สุดเมื่อเทียบกับเด็กวัยอื่นๆ (Hurlock, 1978: 198)

เนื่องจากระดับพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในระยะขั้นก่อนปฏิบัติการซึ่งจะมีความคิดที่ยังไม่สมเหตุผล ชอบเพื่อฝันและจินตนาการ ทำให้เด็กรู้สึกว่าจะถูกคุกคามหรือกังวลจะว่าเกิดอันตรายต่อตนมากกว่าความเป็นจริง จึงเห็นได้ว่าลักษณะความกลัวของเด็กวัยนี้มักเป็นความกลัวที่เกิดจากจินตนาการของเด็กเอง เช่น กลัวความมืด กลัวผี กลัวสัตว์ประหลาด กลัวปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ฟ้ำร้อง ฟ้ำผ่า เป็นต้น (Lewis and Volkmar, 1990) ความกลัวที่ยิ่งใหญ่ของเด็กวัยนี้ คือ การที่ต้องแยกจากบิดามารดา ดังจะเห็นได้จากการที่เด็กกลัวการอยู่คนเดียว กลัวบุคคลแปลกหน้า กลัวถูกทอดทิ้ง และเด็กวัยนี้มักมีความกลัวเกี่ยวกับการบาดเจ็บของร่างกายเป็นอย่างมาก ความกลัวในลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งกระตุ้นให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความกลัวอย่างรุนแรงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## 2.2 ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Nicastro and Whetsell, 1999) เพราะไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลหรือกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ ก็ล้วนแต่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เด็กเกิดความกลัว เด็กที่ป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องแยกจากบ้านหรือครอบครัวมาเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นสภาพหอผู้ป่วยที่แบ่งเป็นห้อง มีเตียงนอนวางเรียงรายกันมากมาย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เด็กไม่เคยเห็น รวมทั้งต้องสวมใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล ต้องนอนในที่ๆ ไม่ใช่บ้าน ได้ยินเสียงร้องไห้ของเด็กอื่น ต้องพบเห็นอาการเจ็บป่วยและสภาพทุกข์ทรมานของผู้ป่วยคนอื่น สภาพแวดล้อมดังกล่าวเป็นสิ่งที่เด็กไม่น่าคุ้นเคย จึงทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยเพื่อต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล นอกจากเด็กต้องแยกจากครอบครัวแล้ว เด็กยังต้องได้รับการดูแลจากบุคคลแปลกหน้าทั้งแพทย์และพยาบาลซึ่งมีบุคลิกลักษณะตลอดจนการแต่งกายที่แปลกใหม่สำหรับเด็ก รวมทั้งกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลที่ให้อายุถึงตัวเด็กจึงเป็นการคุกคามต่อร่างกายของเด็ก สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่เด็กต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความหวาดกลัวเป็นอย่างมาก (บัญญัติ สุขเจริญ, 2527; Scipien et al., 1990; Ball and Bindler, 1995)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้เด็กเกิดความกลัวทั้งความกลัวที่เกิดขึ้นทั่วไปตามพัฒนาการของเด็ก (general fear) เช่น กลัวแยกจากบิดามารดา กลัวความมืด กลัวเสียงดัง และทำให้เกิดความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (medical fear)



ได้แก่ กลัวสูญเสียการควบคุม กลัวการฉีดยา กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวเจ็บ และกลัวตาย (Waltz and Strickland, 1988; Wilson and Yorker, 1997) จากการวิจัยของ Visintainer and Wolfer (1975) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 3-12 ปี จำนวน 84 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ระบุถึงภาวะคุกคามที่ทำให้เด็กเกิดความกลัวใน 5 ลักษณะ คือ 1. กลัวการบาดเจ็บของร่างกาย 2. กลัวการแยกจากบิดามารดา 3. กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ 4. กลัวในสิ่งที่ไม่แน่นอน 5. กลัวสูญเสียการควบคุม ความกลัวดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์จริงที่เด็กได้พบเจอ เช่น ต้องอยู่ในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และมีบุคคลที่ไม่คุ้นเคย หรือผสมผสานกับจินตนาการของเด็กที่สร้างขึ้นเอง ทำให้รู้สึกหวาดกลัวยิ่งขึ้น (Lambert, 1984) โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งเป็นวัยที่มักชอบสร้างจินตนาการและไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ส่งผลให้เด็กวัยนี้เกิดความกลัวเป็นอย่างมากเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ยังมีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์น้อยเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับพัฒนาการด้านสติปัญญาซึ่งมีลักษณะของความคิดความเข้าใจเป็นแบบจินตนาการ ชอบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง มักมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ลบรวมเดียว รวมทั้งลักษณะความคิดในการหาเหตุผลของเด็กยังไม่ถูกต้อง จึงทำให้เด็กวัยนี้มักเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และมักคิดว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่น่ากลัวจะเกิดขึ้นตามที่ตนได้จินตนาการไว้ เพราะเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถแยกแยะจินตนาการออกจากความเป็นจริงได้ ทำให้เด็กแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (Prugh, 1983; Rushton, 1983; Lewis and Volkman, 1990; Nicastro and Whetsell, 1999) ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงอย่างสูงที่เด็กจะตีความและประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตลอดจนการรักษาที่ได้รับผิดไปจากความเป็นจริง คือรู้สึกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองเป็นอย่างมาก (Wong, 1995) ดังจะเห็นได้จากการที่เด็กหวาดกลัวเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาที่ได้รับว่าเป็นเหมือนเหตุการณ์ที่เลวร้ายนำไปสู่ความตาย เช่น อยู่ในตึกที่กำลังไฟไหม้ หรือหวาดกลัวคนที่มึนเมาและเลือดไหลออกมาก เป็นต้น (Pillitteri, 1981) และจากการศึกษาของ Caty, Ellerton and Ritchie (1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์ สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้น และการเผชิญความเครียดในเด็กเล็กอายุ 4-9 ปี จำนวน 45 คน ในขณะที่ได้รับการตรวจเลือด ผลการศึกษาพบว่าเด็กส่วนใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 จะประเมินว่าเหตุการณ์ในขณะที่ได้รับการตรวจเลือดเป็นภาวะที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายเป็นอย่างมาก เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์ของร่างกายเด็กจึงเชื่อว่าการเจาะเลือดไปตรวจจะทำให้เลือดไหลออกมาจากร่างกายจนหมดแล้วก็จะเสียชีวิต (Thompson, 1995; Wilson, 1994; Sheridan, 2002) การศึกษาเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีการประเมินในขั้นปฐมภูมิที่ไม่ถูกต้อง จนรู้สึกว่าการกำลังถูกคุกคามอย่างมาก ทำให้เด็ก

เกิดความหวาดระแวงและยังรู้สึกหวาดกลัวขึ้น (Lazarus, 1991) นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Concept) ของเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่มีความคิดในเชิงเหตุผล ไม่สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของอาการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ และเด็กมักคิดว่าสาเหตุของเหตุการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองในอดีต ทำให้เด็กเข้าใจผิดเชื่อว่าการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับเป็นการลงโทษที่ตนเองเคยทำไม่ได้ไว้ (Thompson, 1995) ซึ่งจะเห็นได้จากการเล่นหรือการวาดภาพตามความรู้สึกนึกคิดของเด็กที่มีต่อการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า เด็กมักวาดภาพว่าตนเองกำลังถูกขังอยู่ในคุก แสดงว่าเด็กคิดว่าการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็นการถูกลงโทษ (Pillitteri, 1981)

ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกจากจะเกิดขึ้นจากลักษณะความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ถูกต้องของเด็กเอง ทำให้เด็กประเมินขั้นปฐมภูมิเบี่ยงเบนผิดไปจากความเป็นจริงว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่คุกคามทำให้เกิดอันตรายอย่างมากแล้ว ความกลัวของเด็กยังเกิดขึ้นจากการที่เด็กประเมินในขั้นทุติยภูมิว่าตนเองขาดความสามารถหรือขาดแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดเพราะเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะต้องแยกจากกับบิดามารดา ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ต้องถูกจำกัดกิจกรรมและต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นทั้งบิดามารดาและเจ้าหน้าที่ เด็กจึงรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสูญเสียการควบคุม เสียความเป็นอิสระ และรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทำให้เด็กรับรู้ว่าตนเองไม่มีอำนาจในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ยิ่งทำให้เด็กรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคามมากขึ้น ส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกกลัวอย่างมาก (Ellerton, Ritchie and Caty, 1994; Ziegler and Prior, 1994; Lau, 2002)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นจากการที่เด็กไม่รู้จัก ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามเกินกว่าความเป็นจริงและรู้สึกขาดแหล่งประโยชน์หรือพลังอำนาจในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น จึงส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งความกลัวที่ยิ่งใหญ่ของเด็กวัยก่อนเรียนที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นในลักษณะของความกลัวการแยกจากกับบิดามารดาหรือกลัวถูกทอดทิ้ง และกลัวการบาดเจ็บของร่างกาย เพราะเด็กมักเชื่อว่าการเข้าโรงพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับเป็นการลงโทษตนที่ทำได้ ทำให้ต้องแยกจากกับครอบครัว และที่สำคัญเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ยังคงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบิดามารดาจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กกลัวถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้เด็กวัยก่อนเรียนจะให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์ของร่างกายและเด็กเข้าใจร่างกายของตนเองแค่เพียงภายนอก ดังนั้นเมื่อได้รับการรักษาต่างๆ จะมีความไว

ต่อสิ่งที่มากระตุ้นและกลัวว่าร่างกายของตนจะเกิดอันตราย (Scipien et a.l, 1990: 188; Ingalls and Salerno, 1991: 421) จึงทำให้เด็กวัยก่อนเรียนมักเกิดความกลัวในลักษณะเกี่ยวกับการบาดเจ็บของร่างกาย และกลัวการถูกทอดทิ้ง เป็นอย่างมากเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Prugh, 1983: 504; Brantly, 1991: 11; Ziegler and Prior, 1994: 660)

ความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในโรงพยาบาลตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจากงานวิจัยของ Visintainer and Wolfer (1975) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 3-12 ปี จำนวน 84 คนที่ทำผ่าตัดทอนซิล พบว่าสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียดและหวาดกลัวขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดมี 6 อย่าง คือ

1. การรับใหม่ เป็นสถานการณ์ที่เด็กพบสิ่งแปลกใหม่ที่ไม่รู้จักมาก่อนและไม่คุ้นเคยกับสิ่งเหล่านั้น
2. การเจาะเลือด เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เจ็บปวดและไม่สุขสบาย
3. เวลาตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กต้องพลาจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาลคนเดียว ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่
4. การฉีดยา ก่อนผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กจะได้รับความเจ็บปวด
5. ก่อนที่จะพาผู้ป่วยเด็กไปห้องผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กจะต้องพลาจากบิดามารดาไปในสถานที่แปลกใหม่ไม่เคยเห็นมาก่อน
6. การกลับจากห้องพักฟื้น เป็นระยะที่เด็กเพิ่งฟื้นจากการดมยาสลบ เด็กต้องการให้ผู้ปกครองอยู่ใกล้ซิด

สถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียดและความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงแรกกับผู้ป่วยใหม่ เด็กจะมีความกลัวเกิดขึ้นมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Tiedeman and Clatworthy (1990) เกี่ยวกับความวิตกกังวลระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของเด็กอายุ 5-11 ปี จำนวน 82 คนที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่า เด็กจะมีความกลัววิตกกังวลเกิดขึ้นมากในช่วงแรกรับใหม่ที่เข้าโรงพยาบาล แล้วจะค่อยๆ ลดลงจนถึงหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ Ferguson (1979) เกี่ยวกับความกลัวของเด็กอายุ 3-6 ปีจำนวน 82 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดทอนซิล พบว่าความกลัวของเด็กจะเกิดขึ้นมากที่สุดในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วงรับแรกรับใหม่ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่เด็กตามที่ Visintainer and Wolfer (1975) ได้กล่าวไว้ ส่วนความกลัวที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดจะมีระดับต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับความกลัวที่เกิดขึ้นในช่วงรับใหม่ ทั้งนี้เนื่องจกวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กยัง

ไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ ร่วมกับการที่เด็กไม่ได้รับคำแนะนำหรือเหตุผลที่ต้องได้รับการพยาบาล จึงทำให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การรักษาที่ตนกำลังประสบอยู่ เกิดความไม่แน่ใจ และสร้างจินตนาการที่น่ากลัวขึ้นมาเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล (Reissland, 1983)

### ปัจจัยที่มีผลต่อความกลัวของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ พัฒนาการ ประสบการณ์ ข้อมูลที่ได้รับ และการประดับประดาจากครอบครัว (Visintainer and Wolfer, 1975) หรือขึ้นกับความสามารถในการปรับตัว ความสัมพันธ์ระหว่างแม่-เด็ก เหตุการณ์ในโรงพยาบาล การแปลความหมายของเด็กและครอบครัว รวมทั้งธรรมชาติของการเจ็บป่วย (Prug, 1983) ปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านบิดามารดา และด้านโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Lambert, 1984)

1. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ พัฒนาการด้านสติปัญญา และกลไกการเผชิญความเครียด ซึ่งจะขึ้นอยู่กับอายุและประสบการณ์ในอดีตของเด็ก จากงานของ Tiedeman and Clatworthy (1990) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกลัววิตกกังวลของเด็กอายุ 5-11 ปี จำนวน 82 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าเด็กเล็กจะมีความกลัวมากและรุนแรงกว่าเด็กโต เพราะเด็กเล็กยังมีพัฒนาการด้านสติปัญญาไม่สมบูรณ์เท่าเด็กโตทำให้มีแหล่งประโยชน์น้อยกว่า ประสบการณ์ในอดีตของเด็กก็จะมีผลต่อความกลัวของเด็กโดยเด็กที่เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแล้วจะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพราะเด็กที่เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแล้วจะมีประสบการณ์ในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความคุ้นเคย สามารถจัดการกับประสบการณ์นั้นได้ เช่นเดียวกับการวิจัยของ Hart and Bossert (1999) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 8-11 ปี จำนวน 82 คนที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก พบว่า เด็กที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแล้วจะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์ เพราะประสบการณ์จากการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนจะช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ของเด็กได้

นอกจากนี้ความกลัวของเด็กแต่ละคนยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญอีกหลายอย่างที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก ดังนี้คือ (Hurlock, 1978: 198)

- สติปัญญา เด็กที่มีสติปัญญาดีจะมีความกลัวมากกว่าเด็กที่มีสติปัญญาต่ำกว่า เนื่องจากเด็กจะสามารถตระหนักถึงอันตรายได้มากกว่า ดังเช่นจากการศึกษาของ Muris, Merckelbach and Luijten (2002) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการด้านสติปัญญากับความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล / กลัวในเด็กอายุ 4-12 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่มีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติจำนวน 176 คน และเด็กที่มีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 105 คน พบว่าเด็กปกติกับเด็กที่มีสติ

ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์จะมีความกลัวต่อวัตถุหรือสิ่งที่กลัวคล้ายกัน แต่เด็กปกติจะรู้สึกกลัวมากกว่าเด็กที่มีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์

- เพศ เด็กหญิงจะมีความกลัวมากกว่าเด็กชายในระดับอายุเดียวกัน ตามที่ Nicastro and Whetsell (1999) กล่าวว่าเด็กหญิงจะมีความกลัวมากกว่าเด็กชาย 5 อย่าง คือ กลัวตาย/กลัวอันตราย กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสัตว์ กลัวโรงเรียน/การรักษา กลัวความล้มเหลว ส่วน Gullone (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกลัวของเด็กปกติอายุ 5-12 ปี จำนวน 398 คน พบว่าเด็กผู้หญิงจะกลัวเกี่ยวกับความแปลกใหม่ กลัวการอยู่คนเดียว กลัวความมืด ในเด็กชายจะแสดงความกลัวจากการบาดเจ็บของร่างกายมากกว่าเด็กหญิง การแสดงออกของเด็กเมื่อมีความกลัวก็จะแตกต่างกัน คือ ในเด็กผู้ชายมักจะ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ให้ความร่วมมือ ส่วนเด็กหญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด แต่จากการวิจัยของ Hart and Bossert (1999) ไม่พบว่าเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงจะมีความกลัวแตกต่างกัน เพราะว่ยังไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศ เช่นเดียวกับในเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียน เพศหญิงและชายจะความกลัวที่ไม่แตกต่างกัน (Graham, Turk and Verhulst ,1999: 210)

- สภาวะทางด้านร่างกาย ถ้าเด็กเหนื่อย หิว หรือสุขภาพไม่ดี จะตอบสนองต่อความกลัวได้มากกว่าปกติ (Hurlock, 1978)

- การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเด็กอยู่กับบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพเป็นคนหวาดกลัวหรืออยู่กับบุคคลที่คอยส่งเสริมให้เด็กเกิดความกลัว จะทำให้เด็กมีความรู้สึกกลัวเพิ่มมากขึ้น (Hurlock, 1978)

- ลำดับที่ของการเกิด บุตรคนแรกจะมีความกลัวมากกว่าบุตรคนอื่นๆ เพราะบุตรคนแรกจะได้รับการดูแลทะนุถนอมอย่างมาก (Hurlock, 1978)

- บุคลิกภาพ เด็กที่มีลักษณะขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ จะเกิดความกลัวได้ง่ายกว่าเด็กที่มีอารมณ์มั่นคง และเด็กที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผยจะเรียนรู้ความกลัวโดยการเลียนแบบได้ง่ายกว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Hurlock, 1978)

## 2. ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความรู้สึกของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจ

- ความรู้สึกของบิดามารดา บิดามารดาของเด็กป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็ก หากบิดามารดาที่มีความกลัว/วิตกกังวลสูงจะส่งผลให้เด็กเกิดความวิตกกังวลสูงด้วย เพราะบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็กให้เผชิญความเครียด ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาให้แก่เด็กได้ และไม่สามารถช่วยประคับประคองจิตใจของเด็กได้ ทำให้เด็กเกิดความกลัวไปด้วย (Melnyk and Feinstein, 2001) แต่จากการศึกษาของ Tiedeman and Clatworthy (1990) ไม่พบว่าความกลัวของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กอย่าง

ชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Waltz and Strickland (1988) ที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความกลัวของเด็กและความกลัวของบิดามารดา

- สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความกลัวมากกว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง (Hurlock, 1978) และลักษณะของสิ่งที่กลัวก็จะแตกต่างกันด้วย คือ ในเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักจะกลัวสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ สิ่งลึกลับ การทะเลาะกันของบิดามารดาและการถูกลงโทษ ส่วนเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ความกลัวที่เกิดขึ้นมักไม่ชัดเจนและเป็นความกังวลใจของเด็กเอง (Roger, 1977: 244) จากการศึกษาของ Gullone (2000) พบว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์เหนือธรรมชาติ ส่วนเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะกลัวเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ส่วนการศึกษาของ Hart and Bossert (1994) พบว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความกลัวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพมากกว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง เพราะเด็กมีประสบการณ์ด้านการรักษาน้อยกว่า ผลการวิจัยดังกล่าวจะแตกต่างจากการวิจัยของ Atkin (1987) เกี่ยวกับความกลัวของเด็กอายุ 4-7 ปีจำนวน 50 คนที่ทำผ่าตัด ซึ่งพบว่าความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่มีผลต่อความกลัวของเด็ก

3. ปัจจัยด้านโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และชนิดของหัตถการ ซึ่งจากการศึกษาของ Lambert (1984) ได้ระบุว่าปฏิกิริยาหรือความกลัวของเด็กที่ต้องทำผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดหัวใจ ไม่ได้แตกต่างกับเด็กที่ทำผ่าตัดเล็ก และเด็กที่ได้รับการทำหัตถการก็มีปฏิกิริยาเหมือนกับเด็กที่ทำผ่าตัดหัวใจ จากการศึกษาของ Hart and Bossert (1994) พบว่าเด็กที่มีการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังก็ล้วนมีความกลัวเกิดขึ้นไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clatworthy, Simon and Tiedeman (1999) เกี่ยวกับความกลัวของเด็กอายุ 5-12 ปีที่เข้าโรงพยาบาล พบว่าเด็กที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรม และไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังก็มีความกลัวที่ไม่แตกต่างกันเลย และจากการศึกษาของ Tiedeman and Clatworthy (1990) เกี่ยวกับความกลัววิตกกังวลของเด็กอายุ 5-11 ปี พบว่า ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลของเด็กมีผลต่อความกลัวของเด็ก คือ เด็กที่อยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าจะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่อยู่โรงพยาบาลนาน

### **องค์ประกอบและปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความกลัว**

เมื่อเกิดความกลัวจะทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นมีหลากหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบอาจมีองค์ประกอบหลักที่แตกต่างกันซึ่งทุกองค์ประกอบ

หลักอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน บางองค์ประกอบอาจเกิดหรือไม่เกิดในแต่ละรูปแบบของความกลัวนั้น ความกลัวที่รุนแรงมากมักจะเกิดจากหลายองค์ประกอบหลัก โดยในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้ (Moore, 1987; Kendall et al., 1992 cited in Chaiyawat, 2000)

1. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะประสบการณ์ของเด็กเอง คือ เมื่อเด็กพบกับประสบการณ์ใหม่ เด็กพยายามใช้ความคิดเพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์นั้น แต่ความกลัวที่เกิดขึ้นจะทำให้กระบวนการค้นหาข้อมูลดังกล่าวของเด็กไม่สมบูรณ์ เด็กจึงมีความคิดทางด้านลบต่อประสบการณ์นั้น ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กประหม่นหรือทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดไป ทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น

2. ด้านร่างกาย (Physiological system) หลังจากที่บุคคลรับรู้ถึงอันตรายจากระบบรับรู้ความรู้สึกจะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบประสาทพาราซิมพาเทติก รวมทั้งมีผลต่อการทำงานของต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ร่างกายจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ และทำให้เกิดอาการแสดงทางร่างกายเพื่อตอบสนองต่อความกลัวในหลากหลายระบบดังนี้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดฝอยขยายตัว ระบบหายใจจะเกิดการอัดอึดรู้สึกว่ายหายใจไม่ออก อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจะมีอาการตัวสั่น ชักเกร็ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และมีเหงื่อออกมาก รวมทั้งยังทำให้เกิดอาการแสดงทางกายอื่นๆ เช่น ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดมวนท้อง ปัสสาวะรด ปวดศีรษะ หน้าซีด ขนลุก ม่านตาขยาย ปากคอแห้ง มือเท้าซาอ่อน ปวกเปียก การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอนไม่หลับ อีกด้วย (มาร์ค, 2538; Lewis and Volkmar, 1990: 71; Ziegler and Prior, 1994; Shanker, 1978: 142)

3. ด้านพฤติกรรม (Behavior system) ความกลัวที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลพยายามหลบหนีจากสิ่งที่คุกคาม ซึ่งในเด็กจะแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความกลัว ใน 3 ลักษณะคือ (Squires, 1995 cited in Chaiyawat, 2000: 22)

3.1 แบบเกิดพฤติกรรมตอบโต้และแสดงออกอย่างชัดเจน (Active and Expressive behaviors) โดยเด็กจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ต่อความกลัว เช่น การวิ่งหนี ต่อต้าน มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สิ่งของและสภาพแวดล้อม ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกเสมอเมื่อเกิดความกลัว เช่น การร้องไห้ กรีดร้อง ร้องครวญคราง กัดเล็บ ลงมือลงเท้า (temper tantrums) เป็นต้น พฤติกรรมการตอบโต้และการแสดงออกต่อความกลัวดังกล่าวนี้จะพบเห็นได้เสมอในเด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสิ่งที่กลัวอย่างชัดเจน (Hurlock, 1978; Woodgate and Kristjanson, 1995; Ziegler and Prior, 1994; Graham, Turk and Verhulst, 1999)

3.2 แบบไม่มีแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ ( Passive behaviors ) เช่น การนอนหลับมากเกินไป การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เป็นต้น

3.3 แบบมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยหรือเกิดพฤติกรรมถดถอย เช่น มีการเบี่ยงเบนด้านการสื่อสาร การทำกิจกรรมต่างๆ แบบแผนการรับประทานอาหารผิดปกติ เป็นต้น

องค์ประกอบของความกลัวเหล่านี้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองในรูปแบบต่างๆ ที่แสดงออกมาทางร่างกายและพฤติกรรมเมื่อบุคคลรู้สึกหวาดกลัว ดังเช่นจากการศึกษาของ Muris, Merckelbach and Collaris (1997) พบว่าเมื่อเด็กเกิดความกลัวจะมีการตอบสนองในลักษณะดังนี้ คือ เด็กจะเกิดความคิดทางด้านลบ (80.5 %) เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (75.0%) และมีอาการแสดงทางด้านร่างกาย (66.4 %)

เมื่อเกิดความกลัวเด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือต่อสู้ให้รอดพ้นจากสถานการณ์ที่กลัว ซึ่งสามารถสังเกตได้จากอาการแสดงใน 7 ลักษณะ คือ (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

1. อาการทางสรีระ (physical sign) ได้แก่ อาการเจ็บป่วย (ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือจินตนาการของตนเอง) ปวดศีรษะ ปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เจ็บปวด เหงื่อออกมาก
2. ปฏิกิริยาทางอารมณ์ (emotional reaction) ได้แก่ ร้องไห้ เจ้าอารมณ์ โมโหง่าย พุดติดอ่าง ตกใจง่าย กระสับกระส่าย เปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางสีหน้า
3. นิสัยการทำงาน (work habit) ได้แก่ ผลการเรียนไม่ดี ไม่รับผิดชอบ ผันกลางวัน ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ก่อความวุ่นวาย ไม่อยู่เฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
4. อาการทางระบบประสาท (nervous habits) ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้ากระตุก กัดเล็บ ดูดนิ้ว กระพริบตา ชนลุก
5. ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (aggression and misbehavior) ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เสีย ชวนทะเลาะวิวาท ทำลายสิ่งของ ลักษณะโมโห อารมณ์รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้
6. พฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ (attention-seeking behavior) ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมไม่สมวัย ต้องการให้คนอื่นยอมทำตาม เรียกร้อง สร้างเรื่องโกหก ถามคำถามมาก ยึดติดครู ชอบแสดงออก แก่ลั้งบาดเจ็บ
7. การทำร้ายตนเอง (self-destructiveness) ได้แก่ ฆ่าตัวตาย ไม่สนใจตนเอง ติดยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปฏิกิริยาการตอบสนองของเด็กต่อความกลัว จะเห็นว่าอาการแสดงของเด็กเมื่อเกิดความกลัวจะมีทั้งการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น คือ การแสดงอาการทางสรีระ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ และยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว คือ นิสัยการทำงานและมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป ในการศึกษาวิจัย



ทั่วไปส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นในระยะสั้นโดยสามารถสังเกตได้จากการแสดงออกทางด้านร่างกายหรือด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทันทีในขณะที่เด็กเกิดความกลัวและเป็นการประเมินความกลัวในลักษณะที่เป็นรูปธรรมสามารถตรวจวัดได้จากบุคคลอื่น

ความกลัวที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถสังเกตได้ โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเผชิญกับความเครียดมักมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรง ประกอบกับเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถควบคุมการแสดงอารมณ์ของตนเองได้ จึงสามารถสังเกตอารมณ์ของเด็กที่เกิดขึ้นได้จากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา (Barton and Zeanah, 1990) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กเล็กจะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความกลัวแบบตอบโต้ออกมาอย่างชัดเจนและรุนแรงมากกว่าเด็กโตซึ่งจากการศึกษาในเด็กอายุ 2-6 ปีที่ได้รับการทำความเข้าใจสภาวะแวดล้อม พบว่าในขณะที่ทำแผล เด็กจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ปฏิเสธการรักษาอย่างมากโดยเด็กจะถอยหนี ขยับแขนขาออกห่าง ไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่สัมผัส ต่อสู้ด้วยการทุบตี กรีดร้องเสียงดัง เอะอะอาละวาด พุดจาปฏิเสธและขอร้องไม่ให้ทำ รวมทั้งมีสีหน้าตื่นตระหนกอยู่ตลอดเวลา (Woodgate and Kristjanson, 1995)

จากการศึกษาของ Weinstein, Getz, Ratener and Domoto (1982) เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กอายุ 3-6 ปีที่แสดงออกในขณะที่ทำฟัน พบว่า เด็กจะมีการแสดงพฤติกรรมใน 3 ลักษณะ คือ

1. การเคลื่อนไหวและลักษณะท่าทาง ได้แก่
  - การที่เด็กอยู่ในท่าที่เหมาะสม
  - มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในท่าที่เหมาะสม
  - มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย และอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม
  - มีการเคลื่อนไหวมาก และอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม
2. ด้านการพูด ได้แก่
  - การนิ่งเงียบ
  - การพูดคุยกถามคำถาม ในลักษณะที่อาจแปลความไม่ได้ หรือไม่เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับหรือเกี่ยวกับการรักษา
  - การพูดคุยกขอร้องให้หยุดหรือปฏิเสธการกระทำ
  - การพูดที่แสดงออกถึงความกลัวหรือความเจ็บปวด
  - การร้องไห้ เช่น ร้องครวญคราง ร้องเบาๆ ร้องกรีดเสียงดัง
3. ความสุขสบาย ได้แก่

- การที่เด็กแสดงพฤติกรรมพึงพอใจการรักษา : ยิ้มหัวเราะ กระพริบตาปกติ กล้ามเนื้อผ่อนคลายเป็นปกติ
- นิ่งเฉยเป็นปกติ
- การแสดงความรู้สึกไม่สบายหรือความไม่พอใจทางสีหน้า เช่น หน้าตาบูดบึ้งแสดงความเจ็บปวด แสดงความเครียดทางสีหน้า หายใจขัด หายใจไม่ออก อาเจียน กล้ามเนื้อตึง

ต่อมา Weinstein, Domoto and Baab (1983) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กขณะที่ทำฟันและลักษณะการเผชิญความเครียดของเด็กพบว่าพฤติกรรมของเด็กทั้ง 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด และความรู้สึกไม่สบายที่แสดงออกทางสีหน้าจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็ก นั่นคือ พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะจะแสดงออกถึงความกลัวของเด็ก ในเด็กเล็กมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมความกลัวออกมารุนแรงและชัดเจนมากกว่าเด็กโต เพราะเด็กโตสามารถควบคุมตนเองต่อเหตุการณ์ที่คุกคามได้

### การประเมินความกลัวของเด็กจากพฤติกรรม

จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่กล่าวมาจะเห็นว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กสามารถบ่งบอกถึงความกลัวได้ ดังนั้นการประเมินความกลัวจึงทำได้โดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ซึ่งสามารถประเมินได้โดยผู้ใหญ่ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบิดามารดาของเด็ก การประเมินความกลัวของเด็กจากการสังเกตพฤติกรรมนี้นับว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับใช้ในการประเมินความกลัวของเด็กเล็ก เช่น เด็กวัยก่อนเรียน เพราะเด็กวัยนี้ยังมีพัฒนาการทางด้านภาษาที่ไม่สมบูรณ์ทำให้ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารหรือตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความกลัวในลักษณะที่เด็กเป็นผู้บอกเองได้ แบบประเมินพฤติกรรมจึงเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการวัดความกลัวของเด็กเล็ก ซึ่งมีนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็ก ดังนี้คือ

1. แบบประเมิน Behavior Profile Rating Scale ของ Melamed และคณะ (1975) ใช้เพื่อสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กขณะที่ทำฟันใน 2 สถานการณ์ คือ 1. เมื่อแยกจากมารดา 2. เมื่ออยู่ในห้องรักษา แบบสังเกตนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 4 พฤติกรรมในขณะที่แยกจากกับมารดา และมีพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 23 พฤติกรรมในขณะที่อยู่ในห้องรักษา เช่น การร้องไห้ ไม่ยอมออกห่างมารดา พยายามเอาเครื่องมือออก หลับตาแน่น เป็นต้น

2. แบบสังเกตความวิตกกังวลของเด็กวัยก่อนเรียน (The Preschool Observation Scale of Anxiety : POSA) ของ Glennon and Weisz (1978) ใช้วัดความวิตกกังวลของเด็กอายุ 32-59 เดือนในสถานการณ์ทั่วไป ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 30 พฤติกรรม เช่น การพูดแสดงถึงความไม่สบาย ร้องไห้ นิ่งเงียบ ถามคำถาม กัดฟัน การเคลื่อนไหวของแขนขา

หรือทำตามร่างกาย การแสดงสีหน้ากลัว เป็นต้น แบบสังเกตนี้สร้างขึ้นจากการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับแบบประเมินความกลัวและความวิตกกังวลของเด็กและผู้ใหญ่มากมายหลายท่าน และทำการสังเกตโดยใช้ผู้สังเกต 2 คน ประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กในสถานการณ์ที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ผลการศึกษา พบว่า แบบสังเกตนี้เหมาะสมสำหรับเด็กเล็กๆ ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมาชัดเจน

3. แบบประเมิน Procedure Behavior Rating Scale (PBRs) ของ Katz, Kellerman and Siegel (1980) สร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงความรู้สึกที่คุกคามทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการเจาะไขกระดูกในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ใน 4 ระยะ คือ ช่วงที่ 1 ตั้งแต่เด็กถูกเรียกเข้าห้องกระทั่งเข้าห้องรักษา ช่วงที่ 2 ตั้งแต่เด็กเข้ามาในห้องรักษากระทั่งถอดเสื้อออก ช่วงที่ 3 ตั้งแต่ทำความสะอาดผิวหนัง ฉีดยาชาจนกระทั่งดึงเข็มออก ช่วงที่ 4 ตั้งแต่ปิดแผลจนกระทั่งเด็กออกจากห้อง ในแต่ละช่วงสถานการณ์พยาบาลต้องสังเกตว่าเด็กแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลซึ่งมีทั้งหมด 25 พฤติกรรมหรือไม่ เช่น ร้องไห้ ปฏิเสธการรักษา กล้ามเนื้อตึง คลื่นไส้ อาเจียน ยึดติดมารดา เป็นต้น และแสดงพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใดในลักษณะเป็นมาตราอันดับแบบ Likert Scale มี 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ 1 เท่ากับ ไม่มีความวิตกกังวลเลย ถึง 5 เท่ากับมีความวิตกกังวลรุนแรง

4. แบบประเมิน Procedure Behavior Check List (PBCL) ของ LeBaron and Zelter (1984) สร้างและพัฒนาขึ้นมาจาก แบบประเมิน Procedure Behavior Rating Scale (PBRs) ของ Katz, Kellerman and Siegel (1980) จาก 25 พฤติกรรม เหลือ 8 พฤติกรรม คือ

- กล้ามเนื้อตึงตัว เช่น ปิดตาแน่น กัดกราม ตัวแข็ง กำหมัด ขบฟัน
- กรีดร้อง
- ร้องไห้ มีน้ำตาหรือสะเกอื่น
- ต้องผูกมัด
- พุดแสดงความเจ็บปวด
- พุดแสดงความไม่เป็นมิตร
- พุดขอร้องไห้หยุดหรือยืดเวลาการกระทำ
- ต่อต้าน เช่น วิ่งหนี ไม่อยู่กับที่

ผู้สังเกตต้องสังเกตพฤติกรรมเหล่านี้ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับการรักษาโดยการเจาะไขกระดูกซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ตั้งแต่เด็กเข้าห้องรักษาจนถึงเตรียมทำความสะอาดผิวหนังเพื่อวัดความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวดของเด็กในช่วงเตรียมตัวก่อนให้การรักษา ช่วงที่ 2 ตั้งแต่เริ่มฉีดยาชาจนถึงดึงเข็มเจาะไขกระดูกออกเพื่อวัดความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวดของเด็กในขณะที่ได้รับการรักษา ช่วงที่ 3 ตั้งแต่เสร็จสิ้นการรักษาจนถึงเด็กเดินออกจาก

ห้องเพื่อวัดความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวดของเด็กหลังจากได้รับการรักษา แบบประเมินนี้จะมีลักษณะเป็นมาตราอันดับ 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน เพื่อบอกระดับความรุนแรง คือ 1 เท่ากับ น้อยมาก ถึง 5 เท่ากับ รุนแรงมาก

5. แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่มีต่อการฉีดยาของ นฤมล ธีระรังสิกุล (2532) ซึ่งดัดแปลงจากปฏิกริยาความกลัวของเด็กที่มีต่อการเจาะเลือดของ ยุพยงค์ ว่องศรี (2529) และแบบประเมินความกลัวและความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด รวมทั้งจากการค้นคว้าตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมของเด็กต่อการฉีดยา ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 9 ด้าน คือ 1. การแสดงสีหน้าและแววตา 2. ลักษณะการเดิน 3. การเคลื่อนไหวศีรษะตา แขน ขา 4. การยกมือและเบือนหน้า 5. การเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ 6. การเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้า 7. การเกร็งตัว มือ และเท้า 8. น้ำเสียง และเนื้อหาคำพูด 9. ลักษณะการร้องไห้และการมีน้ำตาไหล ซึ่งในพฤติกรรมแต่ละด้านจะประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ อีก การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นแบบมาตราอันดับ 3 ระดับตั้งแต่ 1-3 คะแนน คือ 1 เท่ากับ มีความกลัวน้อยหรือไม่กลัว ถึง 3 เท่ากับ มีความกลัวมาก

6. แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวต่อการรับรังสีรักษาของเด็กวัยก่อนเรียนโรคมะเร็งของ ทศนีย์ อรรถารส (2538) ซึ่งใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กจากนักจิตวิทยาเด็กหลายคนมาสร้างเป็นแบบประเมินพฤติกรรมความกลัว ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1. การร้องไห้ 2. การจับหรือยึดเกาะ 3. พฤติกรรมการเข้าห้องฉายรังสี 4. พฤติกรรมขณะจัดทำเพื่อฉายรังสี 5. พฤติกรรมขณะนอนอยู่บนเตียงฉายรังสี 6. การกล่าวคำที่แสดงถึงความรู้สึกกลัว โดยแบ่งการสังเกตเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ความกลัวก่อนเข้ารับรังสีรักษา สังเกตตั้งแต่เด็กรอหน้าห้องฉายรังสีจนกระทั่งถูกเรียกชื่อเข้าห้องฉายรังสี ระยะที่ 2 ความกลัวขณะเข้ารับรังสีรักษา สังเกตตั้งแต่เด็กเดินเข้าห้องฉายรังสีจนกระทั่งออกจากห้อง การให้คะแนนจะเป็นแบบมาตราอันดับ 3 ระดับ ตั้งแต่ 1-3 คะแนน คือ 1 เท่ากับ ไม่กลัว ถึง 3 เท่ากับ มีความกลัวรุนแรง

7. แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวที่มีต่อการฉีดยา ของ รพีพร ธรรมสาโรรัชต์ (2542) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสังเกตของ Katz และคณะ (1980) โดยแบ่งพฤติกรรมความกลัวเป็น 3 ระดับ คือ กลัวมาก กลัวน้อย และไม่กลัว เนื้อหาของการสังเกตประกอบด้วยพฤติกรรมตอบสนองของความกลัว 4 หมวด คือ 1. การร้องไห้ 2. การเคลื่อนไหวร่างกาย 3. การพูด 4. สีหน้าเกณฑ์ในการให้คะแนนของพฤติกรรมในแต่ละหมวดเป็นมาตรวัด 3 ระดับ คือ 1 เท่ากับไม่มีความกลัว ถึง 3 เท่ากับมีความกลัวมาก

แบบประเมินพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่ได้กล่าวมาแล้วในช่วงต้นส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินความกลัวของเด็กในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์การตรวจรักษาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การเจาะไขกระดูก การทำฟัน การฉีดยา ทำให้พฤติกรรมความกลัวที่ต้องสังเกตอาจมีไม่

ครอบคลุมกับพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกในช่วงแรกวัยใหม่ ยกเว้นแบบสังเกตความวิตกกังวลของเด็กวัยก่อนเรียน (The Preschool Observation Scale of Anxiety : POSA) ซึ่งมีพฤติกรรมที่ต้องสังเกตละเอียดกว่า แต่ก็มีบางพฤติกรรมที่ไม่เกิดขึ้นในเด็กไทย ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสังเกตความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขึ้นใหม่โดยสังเกตพฤติกรรมของเด็กวัยก่อนเรียนในสถานการณ์จริงช่วงแรกวัยใหม่ ร่วมกับดัดแปลงประยุกต์จากแบบสังเกตความวิตกกังวลของเด็กวัยก่อนเรียน (The Preschool Observation Scale of Anxiety : POSA) และแบบประเมินพฤติกรรมความกลัวจากการศึกษาวิจัยต่างๆ เพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่มีต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ช่วงแรกวัยใหม่ในหลากหลายลักษณะตั้งแต่การตรวจเลือด การชั่งน้ำหนัก การวัดสัญญาณชีพ เปลี่ยนเสื้อผ้า และขณะพักผ่อนอยู่บนเตียงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมความกลัวของเด็กพบว่า รูปแบบพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกจะเป็นในลักษณะของการหลบหนีหรือต่อสู้เพื่อให้รอดพ้นจากสถานการณ์นั้น ซึ่งนักวิจัยบางท่านได้ระบุถึงพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างชัดเจนพร้อมทั้งให้คำจำกัดความพฤติกรรมนั้นด้วย และนักวิจัยบางท่านได้จำแนกพฤติกรรมเหล่านั้นออกเป็นหมวดหมู่ เช่น ด้านการพูด ด้านการร้องไห้ หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น ซึ่งในแต่ละหมวดหมู่ของพฤติกรรมจะประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อความสะดวกในการประเมิน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความกลัว พบว่า พฤติกรรมย่อยๆ เหล่านั้นถ้านำมาจัดเป็นหมวดหมู่ก็สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้านใหญ่ๆ ตามที่ Weinstein และคณะ (1982, 1983) ได้จัดแบ่งไว้ คือ 1. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 2. ด้านการพูด 3. ด้านการแสดงออกทางสีหน้า โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วย การยึดเกาะเสื้อผ้าหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของมารดา (ผู้ใกล้ชิด) ผลักไสผู้ที่เข้ามาใกล้ ขัดขืน ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือ แสดงอาการดิ้นรนเหวี่ยงแขนเหวี่ยงขา ขยับตัวหนี วิ่งหนี ไม่อยู่กับที่ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทูบตี ตะขวน ตี ตัวแข็งเกร็ง

2. ด้านการพูด ประกอบด้วย การกล่าวคำที่แสดงถึงความกลัว ความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายทางกาย พูดขอร้องไห้หยุดหรือยับยั้งการกระทำ พูดคำด้วยคำหยาบคาย พูดติดอ่าง เสียงสั่น พูดต่อรอง รวมทั้งการร้องไห้ด้วย เช่น การร้องไห้เบาๆ ร้องครวญคราง สะอื้น ร้องไห้เสียงดัง กรีดร้องเสียงดัง

3. ด้านการแสดงออกทางสีหน้า ประกอบด้วย สีหน้าเหวอ หน้าซีด หน้าตาตื่นกลัว มีเหงื่อออก คิ้วขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น เบิกตาโพล่ง เม้มปาก กัดฟัน เลียร์ริมฝีปาก ปากสั่น หลีกเลียงการสบตา มีน้ำตาคลอหรือมีน้ำตาไหลออกมา

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่เจ้าอารมณ์และมักมีการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบออกมาอย่างชัดเจน จึงสามารถสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กได้ว่าเด็กมีความรู้สึกกลัวมากน้อยเพียงใด ฉะนั้นในงานวิจัยนี้จะใช้แบบประเมินพฤติกรรมความกลัวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ มาเป็นเครื่องมือในการวัดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### ผลกระทบของความกลัวในเด็ก

ความกลัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความกลัวในระดับปกติ ระดับมากแต่ไม่รุนแรง และระดับรุนแรงมากหรือผิดปกติ ซึ่งความกลัวในระดับปกติจะมีผลดีต่อเด็กเพราะทำให้เด็กตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจึงเตรียมพร้อมจะต่อสู้หรือหลีกเลี่ยงหนีจากสิ่งที่เข้ามาคุกคาม (Roger, 1977: 222) ความกลัวจึงเป็นลักษณะการปรับตัวตามธรรมชาติของเด็ก แต่ถ้าเด็กมีความกลัวในระดับที่มากหรือรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก และทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่เหมาะสมกับวัย (Vaughan and Litt, 1990: 16) เพราะความกลัวจะทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ จึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมสติปัญญา และบุคลิกภาพ( สุชา จันทน์เอม, 2541) เมื่อเด็กมีความกลัวอย่างรุนแรงและยาวนานจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการปรับตัวทางอารมณ์ รวมทั้งยังมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเด็กในด้านต่างๆ เช่น มีทักษะการสื่อสารต่ำ เก็บกด มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ก้าวร้าว รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า การเรียนล้มเหลว เกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย และมีพัฒนาการล่าช้า (Nicastro and Whetsell, 1999) นอกจากนี้เด็กที่มีความกลัวอย่างมากจะมีประสบการณ์ในวงแคบ ไม่กล้าเผชิญหรือกระทำสิ่งใดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง (Rogers, 1977: 225) ไม่กล้าคิด ไม่กล้าตัดสินใจ มีพฤติกรรมถอยหนี จึงทำให้เด็กแก้ปัญหาไม่เป็น ขอบฝันกลางวัน (ผกา สัตยธรรม, 2535)

สำหรับเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความกลัวที่เกิดขึ้นนี้ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านการรักษาพยาบาล เช่น การกรีดร้อง การร้องไห้ช่วย การถอยหนี และขัดขืนไม่ให้ความร่วมมือ (อัญชลี ชนะกุล, 2528) ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการให้การรักษาพยาบาลแก่เด็ก (บัญญัติ สุขเจริญ, 2527) และเนื่องจากเมื่อมีความกลัวเกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายระบบ ซึ่งอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวร้ายลง เช่น เกิดอาการแสดงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (Josselyn, 1987: 159) หรืออาจทำให้การวินิจฉัยประเมินอาการผิดพลาดจึงไม่สามารถให้การรักษาได้ถูกต้อง รวมทั้งความกลัวยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บปวดมากขึ้น ต้องใช้ยาแก้ปวดมากขึ้น (Rodrigue et al., 1995) จึงอาจส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของเด็กและมีผลต่อการรักษาพยาบาลด้วย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้

ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (Ziegler and Prior, 1994) หรือในเด็กบางคนอาจมีอาการผิดปกติทางอารมณ์หรือมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเด็กอายุ 2-7 ปี ประมาณ 54 % มักมีปัญหาพฤติกรรม เช่น มีความวิตกกังวลเมื่อแยกจากมากขึ้น เกิดพฤติกรรมเรียกร้อง และแบบแผนการนอนผิดปกติ (Muller et al., 1992: 87) และจากการศึกษาของ Lumley, Melamed and Abeles (1993) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กอายุ 4-10 ปี จำนวน 50 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลเมื่อแยกจากเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาการนอน มีพฤติกรรมเชื่องซึม และถอยหนีสังคม โดยเฉพาะในเด็กเล็กจะมีปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวแสดงออกอย่างชัดเจน และพบว่ายังคงมีเด็กประมาณ 11 % ที่มีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน ผันรำย มีความกลัวเพิ่มขึ้น ก้าวร้าวลงมือลงเท้าเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว จึงจำเป็นต้องช่วยลดความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวต่อการรักษาและการอยู่โรงพยาบาลได้ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการให้การรักษายาบาลและสุขภาพของเด็กเอง

### วิธีการลดความกลัว

ความกลัวตามขั้นพัฒนาการถือว่าเป็นความกลัวที่ปกติ จึงไม่ต้องการการรักษา แต่บุคคลที่มีความกลัวเกิดขึ้นมากจำเป็นต้องจัดการหรือลดความกลัวที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้กลไกป้องกันตัว คือ การเก็บกด (Regression) การปฏิเสธ (Denial) การลงโทษ (Projection) การแยกตัว (Withdrawal) การถดถอย (Regression) หรือบุคคลอาจแก้ไขความกลัวที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง เช่น การให้ยาหรือสารกล่อมประสาทเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา แต่นักพฤติกรรมบำบัดมีความเชื่อว่าบุคคลจะหายจากความกลัวได้นั้นจะต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัว การใช้วิธีการหลบหนีหรือหลบเลี่ยงมีแต่จะทำให้ความกลัวเพิ่มมากขึ้นและยิ่งเรื้อรัง ดังนั้นในการขจัดความกลัวที่ไม่เป็นสิ่งที่อันตรายจะทำได้โดยทำให้เผชิญกับสิ่งที่ทำให้กลัว ซึ่งมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวทีละน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงระดับที่มีความรุนแรงมาก จะทำให้เด็กค่อยๆ ปรับตัวคุ้นเคยกับสิ่งที่กลัว (Desensitization) การใช้เทคนิคการสร้างเงื่อนไข (Classical condition) โดยกำหนดเงื่อนไขทางบวกเมื่อเด็กต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัวแล้วให้แรงเสริม เพื่อให้เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกระทำเลียนแบบ (Modeling) โดยให้เด็กเรียนรู้จากการสังเกตและทำตามบุคคลที่หายกลัวในเรื่องนั้น การฝึกผ่อนคลายและการให้ข้อมูลย้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจโดยอาศัยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์และป้อนข้อมูลเหล่านี้ให้บุคคลทราบทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ

(วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2531; นฤมล วีระรังสิกุล, 2532; Roger, 1977; Carlson and Hatfield, 1992) เด็กมักมีความกลัวเกิดขึ้นเสมอเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่รู้จักหรือไม่คุ้นเคย ดังนั้นหลักการช่วยเหลือเพื่อลดความกลัวของเด็กสามารถกระทำได้โดยให้เด็กได้เผชิญกับความกลัวมีดังนี้คือ (Stott, 1967: 324)

1. อธิบายสถานการณ์ที่ทำให้เด็กกลัว เพื่อให้เพิ่มทักษะใหม่ในการจัดการกับความกลัวให้แก่เด็ก
2. ยกตัวอย่างสถานการณ์หรือสิ่งของที่มีลักษณะคล้ายกับสิ่งที่ทำให้กลัว เพื่อให้เด็กทดลองฝึกจัดการกับความกลัวที่เกิดขึ้นจริง
3. ให้เด็กสังเกตหรือเลียนแบบจากบุคคลอื่นที่ไม่มีความกลัวในเรื่องนั้น
4. กำหนดเงื่อนไขใหม่ เพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัว

จากหลักการดังกล่าวจะเห็นว่าวิธีการลดความกลัวของเด็กส่วนใหญ่เป็นอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นหรือให้เด็กเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว เพื่อให้เด็กเกิดความคุ้นเคยและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น สำหรับวิธีการลดความกลัวของเด็กขณะรับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้หลักการเตรียมจิตใจซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยประคับประคองอารมณ์ของเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย และช่วยให้เด็กเรียนรู้ต่อประสบการณ์ที่จะเผชิญในโรงพยาบาลโดยการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่เด็ก จึงเกิดทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยลดความกลัวของเด็กด้วย (Droske and Francis, 1981)

### 3. การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเตรียมเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หัตถการการรักษา (Procedure) หรือการผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่บุคลากรที่มีสุขภาพ ผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะของการเตรียมก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์เพื่อให้เด็กและครอบครัวมีความพร้อมทางด้านจิตใจสำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นและให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดีต่อโรงพยาบาล (Manion, 1990)

#### 3.1 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในฐานะที่พยาบาลมีความรับผิดชอบและมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันด้วย โดยบทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยเด็กด้านร่างกายเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะประกอบด้วย



- การตรวจดูคำสั่งการรักษาของแพทย์
- อธิบายเหตุผลที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ปกครองเซ็นใบอนุญาตเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
- ประเมินสภาพร่างกาย และซักประวัติอาการเจ็บป่วย
- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- อธิบายกฎระเบียบของโรงพยาบาล
- ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่จะพาผู้ป่วยไปส่งที่หอผู้ป่วย

สำหรับบทบาทของพยาบาลในการเตรียมด้านจิตใจเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น Vernon และคณะ (1965 cited in Manion, 1990: 75) ได้กล่าวถึงเนื้อหาในการเตรียมว่าประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1. เป็นการให้ข้อมูลแก่เด็ก 2. กระตุ้นให้เด็กได้ระบายอารมณ์ 3. เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับบุคลากรที่มีสุขภาพ 4. เป็นการเตรียมกลวิธีการเผชิญความเครียดแก่เด็ก กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้เด็กเรียนรู้และเข้าใจประสบการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัย และเกิดความพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการเตรียมเด็กด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Droske and Francis, 1981)

1. ช่วยลดความกลัวของเด็กในสิ่งที่เด็กไม่รู้และไม่เข้าใจ และสิ่งที่เด็กจินตนาการเกี่ยวกับการรักษา
2. ช่วยให้เด็กร่วมมือในการตรวจรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา
3. ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดีต่อการดูแลรักษาสุขภาพ
4. ช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรที่มีสุขภาพและวิธีการรักษาพยาบาล

บทบาทของพยาบาลในการเตรียมเด็กด้านจิตใจให้มีความพร้อมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพกับเด็กจะเป็นการสร้างความประทับใจของเด็กให้เกิดขึ้นเมื่อแรกเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลถึงการอยู่โรงพยาบาลในวันต่อไป (Douglas, 1993) พยาบาลผู้รับผิดชอบในการเตรียมเด็กต้องทำความเข้าใจเด็ก และต้องเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือไว้วางใจสำหรับเด็ก สามารถให้การช่วยเหลือให้เด็กรู้สึกสุขสบาย นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพหรือความไว้วางใจกับผู้ปกครองก็เป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการตอบสนองและช่วยให้กระบวนการในการเตรียมเด็กผ่านไปด้วยดี (Droske and Francis, 1981) การสร้างสัมพันธภาพกับเด็กครั้งแรก พยาบาลควรแนะนำตนเอง แสดงความเป็นมิตรกับเด็กโดยการยิ้มและการสบสายตา สำหรับเด็กเล็ก การสร้างสัมพันธภาพดังกล่าวจะต้องเริ่มต้นจากบิดามารดาของเด็กก่อน เพื่อให้เด็กเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ซึ่งจะเป็น

การถ่ายทอดการสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก (Sheridan, 2002: 467) การสร้างสัมพันธภาพกับเด็กจะต้องพูดคุยกับเด็กโดยใช้ภาษาที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของเด็ก เพราะเด็กอาจฟังหรือแปลความหมายผิดไป ทำให้เกิดความกลัวได้ (Droske and Francis, 1981)

2. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion support) คือ การช่วยเหลือให้เด็กและบิดามารดา รู้สึกสุขสบายทางด้านจิตใจโดยการให้ซักถามข้อสงสัยและระบายอารมณ์ออกมา (Wilson, 1994: 230) ซึ่งจะช่วยให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจบุคลากรที่มสุขภาพมากขึ้น บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้เด็กได้ระบายอารมณ์มีหลายวิธี ได้แก่ การนำหนังสือมาให้อ่านแล้วให้เด็กเล่าเรื่อง การพูดคุยกับเด็ก หรือการจัดกิจกรรมการเล่น (Manion, 1990) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้เด็กได้ระบายอารมณ์ออกมาโดยใช้คำพูดหรือการกระทำ เพื่อที่พยาบาลจะได้ทราบว่าเด็กมีความคับข้องใจหรือมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไร จึงเป็นการช่วยให้เด็กได้ระบายสิ่งที่เก็บกดภายใต้จิตสำนึกออกมา ช่วยรักษาสภาพจิตใจของเด็กให้อยู่ในภาวะสมดุล และยังเป็นเครื่องชี้ทางให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้อง ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีกำลังใจและมั่นใจยิ่งขึ้นในการปรับตัวได้เป็นผลสำเร็จ

3. การให้ข้อมูล หรือการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะทำให้เด็กมีประสบการณ์เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษานั้นมากขึ้น ซึ่งจากงานวิจัยต่างๆ พบว่าเด็กที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับจะรู้สึกกลัวน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับข้อมูล และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจะทำให้เด็กเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปรับตัวของเด็กเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Manion, 1990)

บทบาทต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติเพื่อช่วยให้เด็กเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่นับว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดความกลัวของเด็กและยังส่งผลดีต่อการปรับตัวของเด็กเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ดังเช่นจากการศึกษาของ Wolfer and Visintainer (1975) เกี่ยวกับการเตรียมด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองที่มาผ่าตัดโดยศึกษาในเด็กอายุ 3-14 ปี จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมสภาพจิตใจโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความเครียดน้อยกว่าและมีปรับตัวในขณะที่อยู่โรงพยาบาลได้ดีกว่าเด็กในกลุ่มควบคุม

การเตรียมสภาพจิตใจเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นที่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพราะการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีประสบการณ์ล่วงหน้าที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลจึงเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วยเด็กสำหรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lumley, Melamed and

Abeles, 1993) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

### การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล

การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดล้วนแต่มุ่งเน้นที่การให้ข้อมูลแก่เด็กและวิธีการที่ใช้ในการลดความกลัวของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนมาก (ประมาณ 40 %) จะใช้วิธีการให้ข้อมูลหรืออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ทำให้เด็กกลัว เพราะเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถทำได้ง่ายกว่าวิธีอื่นๆ และใช้ได้ผลเป็นอย่างดีในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก (Brennan, 1994) การให้ข้อมูลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ถึงเหตุการณ์คุกคามที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้าอย่างถูกต้อง เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทได้อย่างเหมาะสม (Visintainer and Wolfer, 1975) นอกจากนี้เหตุผลสำคัญที่ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เด็กต้องเผชิญก็เพราะการเผชิญกับสิ่งคุกคามที่ไม่รู้จักหรือไม่คุ้นเคยจะทำให้เกิดความกลัวมากกว่าการเผชิญกับสิ่งคุกคามที่รู้จัก และความเครียดที่ไม่ได้คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความกลัวมากกว่าความเครียดที่คาดการณ์ไว้แล้ว (Vernon, 1965 cited in Manion, 1990: 75) นั่นคือ การให้ข้อมูลทำให้เด็กเกิดประสบการณ์และคุ้นเคยกับสิ่งที่คุกคามจึงสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกกลัวลดน้อยลงด้วยเหตุนี้การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่เด็กจะช่วยให้ความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงได้

ตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus แต่ละปฏิกิริยาของอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความรู้ความเข้าใจที่เฉพาะเจาะจงกับอารมณ์นั้นๆหรือเรียกว่าเป็นการประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ที่เฉพาะกับอารมณ์แต่ละชนิด ความรู้ความเข้าใจจะทำหน้าที่เป็นตัวกรองข้อมูลที่เป็นสิ่งเร้าและทำให้เกิดการประเมินซึ่งจะกำหนดตัดสินว่าสถานการณ์นั้นมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของบุคคล การประเมินจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล เช่น ความกลัวเกิดขึ้นจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นภาวะคุกคามทำให้เกิดอันตราย (Lazarus, 1991) การประเมินดังกล่าวนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นเพราะเชื่อว่าการให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินในขั้นทฤษฎีและการประเมินใหม่ โดยข้อมูลที่ให้ไปจะทำให้บุคคลมีแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้น จึงเป็นการปรับเปลี่ยนการประเมินในขั้นทฤษฎีให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การให้ข้อมูลมีความสำคัญต่อกระบวนการความรู้ความเข้าใจซึ่งจะนำไปสู่การประเมินเหตุการณ์ และเป็นแนวทางไปสู่การกระทำพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นการให้ข้อมูลจึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลหรือทำให้

เกิดการปรับเปลี่ยนการประเมินใหม่ (Reappraisal) เช่น การประเมินใหม่อาจทำให้การประเมินในขั้นปฐมภูมิว่าคุณคามกลายเป็นสถานการณ์ที่ไม่คุกคาม ซึ่งจะมีผลให้เกิดความกลัวด้น้อยลง (Lazarus and Folkman, 1984; Lazarus, 1991)

การศึกษาของ Bossert (1994) ซึ่งใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์ของเด็กวัยเรียนอายุ 8-11 ปี จำนวน 82 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 2-3 พบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด อาการแสดงทางร่างกาย กิจกรรมการรักษา การจำกัดกิจกรรม การแยกจาก และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ก่อความเครียดสำหรับเด็ก วิธีการช่วยลดความเครียดของเด็ก คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพราะถึงแม้เด็กจะประเมินสถานการณ์ในขั้นปฐมภูมิว่าเป็นอันตราย แต่เมื่อได้รับข้อมูลที่เหมาะสมจะช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินใหม่ให้รู้สึกอันตรายน้อยลง และรู้สึกว่ากรักษาพยาบาลที่ได้รับเป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วย หรือหากเด็กประเมินในขั้นทุติยภูมิว่าขาดแหล่งประโยชน์ที่ใช้จัดการกับความเครียด ถ้าได้รับข้อมูลก็จะรู้สึกว่าแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้น รู้สึกว่าได้รับการประคับประคอง และได้รับการสอนในการปรับตัว อีกทั้งการให้ข้อมูลทำให้บุคคลสามารถวางแผนจัดการกับความเครียดได้เพิ่มขึ้น จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจมาใช้กับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์คุกคามที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่น่ากลัวเป็นอันตรายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวในทางที่ดี (Lazarus and Folkman, 1984) เห็นได้จากงานวิจัยของกลอยใจ มีเครือรอด (2544) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมความเครียดของเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 4-6 ปีจำนวน 40 คนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลประกอบภาพการ์ตูน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าเด็กทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน เด็กในกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการค้นหาข้อมูล มีส่วนร่วมในการรักษามากกว่า

การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเผชิญความเครียดในเหตุการณ์การดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลในลักษณะเป็นแบบรูปธรรมปรนัยจะช่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญ ส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลนั้นตรงประเด็นขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการช่วยให้ผู้ป่วยจำแนกลักษณะของประสบการณ์ได้โดยง่ายในระหว่างที่กำลังเผชิญกับเหตุการณ์นั้นอยู่ ดังนั้นหากให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบรูปธรรมปรนัยเกี่ยวกับเหตุการณ์การรักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วย ย่อมทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นสิ่งคุกคามน้อยลงเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์

จริง ส่งผลให้เกิดการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ลดลง นั่นคือ จะช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยลงได้ (Johnson, 1999)

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยเป็นแนวคิดตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self Regulation Theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่อธิบายเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยจะทำให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ในโรงพยาบาลว่าคุกคามน้อยลง ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางบวก (Johnson, 1999: 446) ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) นำมาใช้ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย ได้อธิบายถึงกระบวนการให้ข้อมูลว่ามีผลต่อโครงสร้างทางความคิด (Cognitive structure) ของบุคคลซึ่งจะนำมาใช้เพื่อควบคุมการตอบสนองและการแสดงพฤติกรรมโดยเริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับผ่านกระบวนการเรียนรู้ทำให้ข้อมูลกลายเป็นความรู้จนกระทั่งเกิดเป็นโครงสร้างทางความคิดที่เรียกว่า แบบแผนความรู้ (Schemata) ซึ่งแบบแผนความรู้นี้จะทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น และเกิดการวางแผนเพื่อจัดการในประสบการณ์นั้น และเป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรมตอบสนอง จึงกล่าวได้ว่าข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดแบบแผนความรู้ เพราะการให้ข้อมูลเป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับการกระทำที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกสัมผัส การตอบสนองทางอารมณ์ ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด และองค์ประกอบอื่นๆ ของเหตุการณ์ การให้ข้อมูลจึงเป็นเหมือนการสร้างประสบการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้บุคคลวางแผนเลือกว่าจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างไร ซึ่งบุคคลที่มีแบบแผนความรู้ที่ถูกต้องเมื่อพบกับประสบการณ์ตามที่คาดการณ์ไว้ก็จะเกิดความมั่นใจในการควบคุมประสบการณ์นั้น และเกิดการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หากให้ข้อมูลในลักษณะแบบรูปธรรมปรนัยจะทำให้บุคคลให้ความสนใจต่อประสบการณ์ในลักษณะแบบรูปธรรมเป็นปรนัยแทนที่จะให้ความสนใจกับลักษณะที่เป็นอัตนัย จึงทำให้เกิดการควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่ (Regulation of Functional Response) สามารถแก้ไขปัญหาหรือขจัดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การให้ข้อมูลในลักษณะแบบรูปธรรมปรนัยจะไม่ได้นำอารมณ์จากประสบการณ์ในอดีตมาใช้แปลความประสบการณ์นั้น ทำให้ไม่รู้สึกคลุมเครือ มีความเข้าใจต่อประสบการณ์นั้นมากขึ้น เกิดแบบแผนความรู้ที่ชัดเจน จึงสามารถแปลความหรือประเมินเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง เป็นผลดีทำให้เด็กเกิดกระบวนการทางความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์ที่คุกคาม เช่น เหตุการณ์ในการรักษาพยาบาล ช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินในขั้นของการประเมินใหม่ (Reappraisal) ให้รู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยลง จึงนำกระบวนการของลักษณะแบบรูปธรรมปรนัยมาใช้ในการอธิบายถึงลักษณะเหตุการณ์การดูแลสุขภาพ ได้ดังนี้คือ

1. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น
2. ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์

3. ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม
4. ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อากาาร และประสบการณ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า 31-60% ของผู้ป่วยในงานวิจัยที่ได้รับข้อมูลตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson จะมีพฤติกรรมความเครียดลดลง และเกิดอารมณ์ในทางบวก (Positive emotion) เพิ่มขึ้น (Johnson, 1999: 444) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันและสนับสนุนว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะทำให้เปลี่ยนแปลงการประเมิน (Appraisal) ให้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้นและรู้สึกว่าคุณค่าความน้อยลง ส่งผลให้เกิดความกลัวลดลงเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คุณค่าของการให้ข้อมูลลักษณะแบบรูปธรรมปรนัยอยู่ที่การทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่กำลังจะเผชิญได้อย่างชัดเจน ไม่คลุมเครือ โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่น่ากลัวว่าจะเป็นอันตราย ทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ใหญ่และเด็กได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดความกลัว/วิตกกังวลเมื่อจะเผชิญหรือขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเป็นอันตราย ซึ่งจะเห็นได้จากงานวิจัยที่นำทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อลดความกลัวหรือความเครียดของเด็กเมื่อต้องเผชิญกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

Johnson, Kirchhoff and Endress (1975) นำข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยมาใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการถอดเฝือกให้กับเด็กวัยเรียนอายุ 6-11 ปี จำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลที่อธิบายในลักษณะการรับรู้ทางประสาทสัมผัสเกี่ยวกับการถอดเฝือก คือ ให้ฟังเสียงเครื่องเลื่อยจากเทป แล้วอธิบายความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นและวิธีการประกอบ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ ผลการศึกษาสรุปว่า การให้ข้อมูลในลักษณะการรับรู้ทางประสาทสัมผัสสามารถลดความรู้สึกเครียดของเด็กได้

การศึกษาวิจัยของ ยุกยงศ์ ว่องศรี (2529) ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเจาะเลือด 2 ชนิด โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 7-11 ปีที่ได้รับการเจาะเลือด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเจาะเลือด กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเจาะเลือดและความรู้สึก กลุ่มที่ 3 ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจาะเลือด ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการร่วมกับการรู้สึกรู้สึกมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ข้อมูลวิธีการเจาะเลือดและกลุ่มที่ไม่ได้ข้อมูล

งานวิจัยของนาตยา พึ่งสว่าง (2545) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับการเตรียม

ก่อนผ่าตัดโดยให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบมีความวิตกกังวลน้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

งานวิจัยของสมปราวณา ทราয়สมุท (2545) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ เด็กวัยรุ่น หรือเด็กวัยเรียน เพราะเด็กเล็กยังมีพัฒนาการด้านภาษาและสติปัญญาไม่สมบูรณ์ จึงไม่พร้อมเข้าร่วมในกิจกรรมการให้ข้อมูล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องการเตรียมสภาพจิตใจเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระบุว่าเนื้อหาของข้อมูลที่ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนจะต้องเป็นลักษณะของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ต้องเป็นรูปธรรม เพื่อให้เด็กเรียนรู้เหตุการณ์ได้อย่างชัดเจน (Rushton, 1983; Douglas, 1993) ด้วยเหตุนี้ข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนจึงควรมีลักษณะเป็นแบบรูปธรรมปรนัย เพื่อให้เด็กเกิดแบบแผนความรู้ที่ชัดเจน เข้าใจประสบการณ์การรักษามากขึ้น ช่วยให้เกิดความกลัวลดน้อยลง

การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อกระบวนการความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นตัวลั่นกรองที่นำไปสู่การประเมิน เป็นแนวทางไปสู่พฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ และการให้ข้อมูลจะทำให้เด็กมีประสบการณ์การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่เด็กจึงเป็นหลักการสำคัญที่ใช้เพื่อเตรียมเด็กให้มีความพร้อมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีแนวทางในการให้ข้อมูลแก่เด็กที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### แนวทางในการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเตรียมสภาพจิตใจของเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังนี้คือ (Ziegler and Prior, 1994)

#### 1. การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

การดูแลผู้ป่วยเด็กสิ่งสำคัญที่สุด คือ ความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ในสถานการณ์ที่เด็กต้องได้รับการทำหัตถการ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมักจะลำบากใจในการบอกเล่าถึงหัตถการเหล่านั้นแก่เด็กเพราะต้องการป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด แต่การที่เด็กได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นตามความเป็นจริงจะทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสมดีกว่า การเตรียมก่อนเข้าโรงพยาบาลหรือทำผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงจะช่วยให้เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจในตัวผู้ให้ข้อมูล และมีความกลัวในสิ่งที่ไม่

รู้จักน้อยลง เพราะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นหลักการใช้ในการลดความกลัวของเด็ก ซึ่งจะทำให้เด็กรู้จักค้นหาสาเหตุที่ทำให้กลัว เกิดความเข้าใจและสามารถจัดการกับสิ่งที่กลัวได้ (ผกา สัตยธรรม, 2543) จากการศึกษาของ Adums, Gill and McDonald (1991) ได้ระบุถึงเนื้อหาของข้อมูลที่จำเป็นต้องให้แก่เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าประกอบด้วย

- อาการเจ็บป่วยเริ่มต้นที่ต้องมารับการรักษา
- การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และแพทย์บอกให้อยู่โรงพยาบาลหรือแนะนำให้ทำผ่าตัด
- ลักษณะของหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่ต้องพบเจอเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- การตรวจเลือด เพื่อเตรียมพร้อมเรื่องความเจ็บปวด
- การตรวจร่างกายโดยแพทย์
- การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดมยา ซึ่งเน้นเรื่องการนอนหลับ
- ความไม่สุขสบายหลังจากผ่าตัด
- ผลลัพธ์ทางบวกของการรักษา และการได้กลับบ้านพร้อมบิดามารดา

ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำให้เด็กรู้สึกหวาดกลัวน้อยลงเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนมักคิดว่าการเข้ารักษาในโรงพยาบาลเป็นการลงโทษ จึงกลัวว่าร่างกายของตนจะได้รับบาดเจ็บและกลัวว่าจะถูกถอดทิ้ง (Brantly, 1991; Ziegler and Prior, 1994) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลหรือบอกเหตุผลของการเข้าโรงพยาบาลและการรักษาต่างๆ แก่เด็ก เพื่อช่วยขจัดความวิตกกังวลของเด็ก และช่วยให้ความกลัวของเด็กลดลงได้ (Manion, 1990) รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาก็ต้องได้รับโดยการอธิบายเหตุผลหรือบอกผลที่เกิดขึ้นภายหลังกิจกรรมนั้นก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความกลัวเกี่ยวกับการบาดเจ็บของร่างกาย (Bodily injury) ได้ และการอธิบายถึงเหตุผลที่ต้องแยกจากกับบิดามารดา พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าบิดามารดาจะกลับมาหาเด็ก ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการลดความกลัว/วิตกกังวลเกี่ยวกับการแยกจากบิดามารดา (separation anxiety) ที่เกิดขึ้นเสมอในเด็กวัยนี้ (Wong, 1995)

การให้ข้อมูลการรักษาแก่เด็กวัยก่อนเรียนนั้นไม่ได้มุ่งผลให้เด็กยอมรับการรักษาพยาบาล แต่การให้ข้อมูลจะเน้นที่เด็กมีความรู้สึกอย่างไรและอะไรที่เด็กต้องทำระหว่างกิจกรรมการรักษาพยาบาล เพื่อให้เด็กเห็นว่าพยาบาลไว้วางใจได้และเข้าใจปฏิกิริยาของตนทำให้เด็กรู้สึกหวาดระแวงน้อยลง และช่วยลดจินตนาการที่น่ากลัวของเด็กได้ (Ingalls and Salerno, 1991)

## 2. การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องตระหนักถึงระยะเวลาในการให้ข้อมูล

ระยะเวลาในการให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการเตรียมเด็กเพื่อทำผ่าตัดหรือหัตถการ โดยทั่วไปในเด็กเล็ก เช่น เด็กวัยหัดเดินหรือเด็กวัยก่อนเรียน ระยะเวลาในการให้ข้อมูล



แต่ครั้งต้องสั้น เพราะช่วงเวลาของความสนใจในสิ่งต่างๆ ของเด็กสั้นประมาณ 20-30 นาทีจึงต้องให้ข้อมูลแก่เด็กโดยแบ่งย่อยออกเป็นตอนๆ หลายๆ ครั้ง และต้องเน้นให้เฉพาะเนื้อหาที่เป็นประเด็นหลักเพื่อไม่ให้เด็กเกิดความสับสนและเบื่อหน่าย (Huth, 1983; Wilson, 1994; Ziegler and Prior, 1994) เวลาที่ดีที่สุดสำหรับการเตรียมเด็กขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ อายุ และพัฒนาการของเด็ก การเตรียมเด็กต้องกระทำก่อนที่เด็กจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือก่อนทำหัตถการในเด็กวัยหัดเดินควรเตรียมล่วงหน้าเป็นนาที ถึง 2-3 ชั่วโมง สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งมีความคิดแบบจินตนาการประกอบกับการรับรู้เกี่ยวกับเวลาของเด็กในวัยนี้ยังไม่สมบูรณ์ คือ เด็กเข้าใจเวลาต่างๆ โดยขึ้นอยู่กับกิจวัตรประจำวัน เช่น ก่อนอาหารกลางวันหรือหลังอาหารว่าง ทำให้การเตรียมต้องกระทำในระยะเวลาที่ใกล้กับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่วนเด็กวัยเรียนและเด็กวัยรุ่นเข้าใจเกี่ยวกับเวลาได้ดี รู้เกี่ยวกับอดีตและอนาคต จึงสามารถเตรียมเด็กกลุ่มนี้ก่อนกำหนดการรักษาล่วงหน้าได้หลายวัน (Manion, 1990) จากการศึกษาของ Melemed, Meyer, Gee and Soule (1976) เกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาในเด็กอายุ 4-12 ปี จำนวน 48 คน ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมสำหรับเด็กโตควรเตรียมล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนเข้าโรงพยาบาล ส่วนการเตรียมในเด็กเล็กควรกระทำอย่างทันทีทันใดเมื่อจะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับที่ Scipien et al. (1990) and Douglas (1993) ได้อธิบายไว้ว่า หลักการเตรียมสภาพจิตใจเด็กก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรเตรียมเด็กเล็กหรือเด็กวัยก่อนเรียนในวันที่จะมาโรงพยาบาลหรือเมื่อเด็กมาอยู่โรงพยาบาล การเตรียมเด็กจะต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลกับเด็กแต่ละวัย เพราะการให้ข้อมูลแก่เด็กในระยะเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ความกลัวของเด็กลดลงได้ แต่หากใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลมากเกินไปหรือนานเกินไปจะทำให้เด็กกังวลหรือสร้างจินตนาการที่น่ากลัวขึ้นมา (Ziegler and Prior, 1994)

### 3. การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับระดับการรับรู้และความเข้าใจของเด็ก

การวางแผนการสอนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่เด็กจำเป็นต้องประเมินพัฒนาการและระดับความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลและการผ่าตัด เพราะความสามารถในการรับรู้และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กแต่ละคนแตกต่างกันจึงทำให้เด็กอาจแปลความหมายของคำพูดแตกต่างกันได้ และถึงแม้ว่าเด็กจะสามารถเข้าใจและใช้ภาษาได้ดีแต่เด็กก็อาจแปลความหมายหรือประเมินเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาไม่ถูกต้อง ดังนั้นคำพูดที่ใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลจึงมีความสำคัญเท่าๆ กับเนื้อหาที่จะให้แก่เด็ก การให้ข้อมูลแก่เด็กจะต้องหลีกเลี่ยงคำพูดที่กระตุ้นให้เด็กรู้สึกกลัวหรือมีจินตนาการทางด้านลบ หลีกเลี่ยงคำที่ทำให้เกิดการคุกคามทางอารมณ์ เช่น ตัด ดึง เป็นต้น รวมทั้งควรหลีกเลี่ยงคำ

ที่เด็กไม่เข้าใจ เช่น คำศัพท์ทางการแพทย์ คำที่มีหลายพยางค์ คำที่เด็กไม่คุ้นเคย ในการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องอธิบายเกี่ยวกับสี เสียง กลิ่น รูปร่าง และขนาดของลักษณะสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญโดยเปรียบเทียบง่าย ๆ กับสิ่งที่เด็กคุ้นเคย (Manion, 1990) เพราะเด็กสนใจข้อมูลในลักษณะของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส (sensory information) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะมีผลอย่างไรต่อตน (Douglas, 1993)

การให้ข้อมูลแก่เด็กเล็กจะต้องไม่ให้รายละเอียดมากเกินไป เพราะยังทำให้เกิดจินตนาการมากขึ้นและมีความกลัวอยู่ตลอด (Ingallis and Salerno, 1991) สำหรับเด็กโต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ จะต้องให้รายละเอียด และต้องให้ซ้ำหลายๆ ครั้งขึ้นกับระดับการรับรู้ของเด็ก ในเด็กวัยรุ่นต้องเปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถามโดยไม่มีบิดามารดาอยู่ด้วย เพราะเด็กวัยนี้ต้องการซักถามในเรื่องที่เป็นส่วนตัว (Ziegler and Prior, 1994)

สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนยังมีพัฒนาการด้านภาษาที่ไม่สมบูรณ์และชอบเพื่อฝันมีความคิดจินตนาการ จึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับการรักษาและค้นหาว่าเด็กมีความเข้าใจผิดอย่างไร แล้วจึงอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาพยาบาลแก่เด็กเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดให้ถูกต้องโดยอธิบายผ่านประสบการณ์การรับรู้ทางการสัมผัส การดู การเคลื่อนไหวและการฟัง ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดีที่สุดสำหรับเด็กวัยนี้ ต้องนำอุปกรณ์จริงมาใช้ประกอบการอธิบายด้วย และที่สำคัญคือเนื้อหาคำพูดที่ใช้ในการอธิบายจะต้องเป็นแบบรูปธรรม ไม่ใช่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล แต่จะให้เด็กเรียนรู้จากข้อมูลที่เป็นลักษณะการรับรู้ทางประสาทสัมผัสมากกว่า เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่ชัดเจนและถูกต้อง (Rushton, 1983)

#### 4. การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องใช้วิธีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก

ชนิดของข้อมูลและวิธีการที่ใช้ในการให้ข้อมูลแก่เด็กเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักถึงในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องเลือกให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการและอายุของเด็ก เพื่อให้เด็กเกิดการรับรู้ สามารถแปลความและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างถูกต้องเหมาะสม วิธีการที่นิยมนำมาใช้ในการให้ข้อมูลแก่เด็ก ได้แก่ การเล่นตุ๊กตา การเล่นหุ่นมือ การใช้หนังสือ การดูวิดีโอ และการพาเยี่ยมชมโรงพยาบาล (Ziegler and Prior, 1994) วิธีการต่างๆ เหล่านี้นับว่ามีประสิทธิภาพอย่างมากสำหรับใช้ในการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฉายภาพยนตร์ การใช้หนังสือ การจัดการการเล่น จะทำให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาเพิ่มขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

มากขึ้น และมีความวิตกกังวล / ความกลัวลดลง ส่งผลให้เด็กสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้

#### ก. การเตรียมโดยใช้วิธีการฉายภาพยนตร์

Melamed and Siegle (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมเด็กก่อนเข้าโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดด้วยการใช้ตัวแบบจากภาพยนตร์เพื่อลดความวิตกกังวล/ความกลัวของเด็ก โดยศึกษาในเด็กอายุ 4-12 ปีจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมผ่าตัดโดยใช้ภาพยนตร์เกี่ยวกับการทำผ่าตัด ส่วนเด็กกลุ่มควบคุมได้ดูภาพยนตร์เรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเด็กกลุ่มควบคุม

การศึกษาของ Ferguson (1979) เกี่ยวกับการเตรียมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับเด็กเล็กโดยใช้ 2 วิธี คือ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บและรักษาในโรงพยาบาล และการเตรียมโดยใช้การฉายภาพยนตร์เพื่อให้ข้อมูลการทำผ่าตัดที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3-7 ปี จำนวน 82 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการเตรียมโดยการเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่ 2 ได้รับการเตรียมโดยให้ดูภาพยนตร์ และกลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมโดยการเยี่ยมบ้านและการดูภาพยนตร์มีความกลัวไม่แตกต่างกัน แต่เด็กทั้งสองกลุ่มนี้จะมีความกลัวน้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ข. การเตรียมโดยใช้หนังสือ

Wolfer and Visintainer (1979) ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 165 คน อายุ 3-12 ปี โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1.กลุ่มที่ได้รับการเตรียมที่บ้านโดยใช้หนังสือในการให้ข้อมูล 2.กลุ่มที่ได้รับการเตรียมเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลโดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลการผ่าตัด 3. กลุ่มที่ได้รับการเตรียมที่บ้านโดยใช้หนังสือและการเตรียมที่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 4. กลุ่มที่ได้รับการเตรียมที่บ้านโดยใช้หนังสือและการสนับสนุนจิตใจเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่มจะมีความเครียดด้านอารมณ์และให้ความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ทั้ง 4 กลุ่มจะมีการปรับตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม คือมีความเครียดด้านอารมณ์น้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของ Adams, Gill and MacDonald (1991) เกี่ยวกับการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้หนังสือการ์ตูนเป็นสื่อในการให้ข้อมูลการผ่าตัดแก่เด็ก โดยกลุ่มตัวอย่างคือบิดามารดาและเด็กอายุ 3-13 ปีจำนวน 110 คน กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากพยาบาลขณะรับใหม่ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมโดยใช้หนังสือ ผลการศึกษารูปว่า เด็กที่ได้รับการ

เตรียมโดยใช้หนังสือจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม มีปัญหาพฤติกรรมเมื่อกลับไปอยู่บ้านน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และบิดามารดาในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการรักษามากกว่า

จากการศึกษาวิจัยของอัญชลี ชนะกุล (2529) เกี่ยวกับการเตรียมเด็กวัยเรียนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดทอนซิล กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 6-12 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมสภาพจิตใจโดยใช้หนังสือการ์ตูนให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตามปกติ ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความกลัวน้อยกว่า และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กในกลุ่มควบคุม

นอกจากจะนำหนังสือมาใช้ในการเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังนิยมนำหนังสือมาใช้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลเพื่อเตรียมเด็กก่อนทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา (รพีพร ธรรมสาโรจน์, 2542; กลอยใจ มีเครือรอด, 2544) ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมโดยใช้หนังสือมีความกลัวน้อยกว่า และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุม

ค. การเตรียมโดยใช้การเล่น ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

### 3.2 การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่น

การเล่นเป็นกิจกรรมธรรมชาติที่เด็กกระทำเองเพื่อให้เด็กเกิดความสุขสนุกสนานในขณะเดียวกันก็ทำให้เด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและใช้เพื่อสื่อสารความรู้สึกกับผู้อื่น (Tiedeman, Simon and Clatworthy, 1990) จึงสามารถนำการเล่นมาใช้เป็นวิธีการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือกิจกรรมการรักษาพยาบาล ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ช่วยแก้ไขหรือขจัดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษาของเด็ก รวมทั้งยังเป็นวิธีการที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจของเด็กที่มีต่อพยาบาลด้วย (Muller et al., 1992) ฉะนั้นการเล่นจึงเป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Gibbons and Boren (1985) กล่าวถึงการเล่นว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการพยาบาลเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็ก สำหรับการพยาบาลเด็กที่มีความเจ็บป่วยโดยการจัดการเล่นเพื่อความเพลิดเพลินอย่างเดียวน่าจะไม่เพียงพอที่จะลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวของเด็ก จึงต้องมีกิจกรรมการเล่นที่จัดขึ้นโดยผู้ใหญ่หรือบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์และออกแบบการเล่นให้เหมาะสมกับอายุของเด็กเพื่อช่วยลดความเครียดเหล่านั้น ซึ่งเรียกการเล่นแบบนี้ว่าการเล่นเพื่อบำบัด

การเล่นเพื่อบำบัด (Therapeutic Play) เป็นการเล่นที่มีการวางแผนการเล่นและกำหนดวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อเป็นการเตรียมเด็ก (Preparatory) หรือเพื่อระบายความ

รู้สึก (Cathartic) ของเด็ก การเล่นเพื่อการเตรียมเด็กเป็นวิธีการที่ใช้ในการให้ข้อมูลเพื่ออธิบายสิ่งที่จะเกิดขึ้นแก่เด็ก เช่น การเตรียมตรวจ เด็กที่ได้รับการเตรียมจะเกิดผลกระทบกระเทือนทางอารมณ์น้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเตรียม การเตรียมเด็กโดยใช้การเล่นหรือการเล่นเกี่ยวกับการแพทย์ (Medical Play) คือ การอธิบายเกี่ยวกับหัตถการ การรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นในขณะที่ได้รับการรักษาแก่เด็ก รวมทั้งให้เด็กเล่นกับเครื่องมือแพทย์เพื่อให้เด็กรู้สึกคุ้นเคยกับการรักษา (Gibbons and Boren, 1985)

การเล่นเข็มฉีดยา (Needle play) เป็นชนิดหนึ่งของการเล่นแบบ Medical Play สำหรับเด็กที่มีความกลัวต่อการฉีดยา การเจาะเลือด ซึ่งจะมุ่งเน้นให้เด็กรู้สึกคุ้นเคยกับเข็มฉีดยา โดยให้เด็กได้สัมผัสกับอุปกรณ์ที่ใช้ และนำตุ๊กตามาใช้เป็นตัวดำเนินเรื่องว่าต้องได้รับการรักษาอย่างไร แล้วพยาบาลจะสาธิตและอธิบายให้เด็กเข้าใจว่าตุ๊กตานั้นรู้สึกอย่างไร เพื่อให้เด็กจินตนาการตามและเกิดความรู้สึกร่วม ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้ถูกต้องขึ้นจึงช่วยขจัดความกลัวของเด็กให้หมดไปได้ (Gibbons and Boren, 1985)

การเล่นบทบาทสมมติ (Dramatic Play) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเตรียมเด็กโดยการสมมติประสบการณ์การรักษาค่าที่เด็กจะได้รับแล้วให้เด็กระบายอารมณ์ผ่านการเล่น การเล่นแบบ Needle play หรือ Dramatic Play มีหลักการในการดำเนินการเล่นเหมือนกัน คือเป็นกิจกรรมการเล่นที่แสดงถึงเหตุการณ์การรักษานำอุปกรณ์การแพทย์ที่มีความปลอดภัยสำหรับเด็ก เช่น หูฟัง กระบอกฉีดยา เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น หรือของเล่นเกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์จำลอง และตุ๊กตาที่สมมติว่าเป็นผู้ป่วยหรือผู้ให้การรักษา แล้วให้เด็กได้สวมบทบาทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยซึ่งถูกกระทำหรือผู้ให้การรักษาซึ่งเป็นฝ่ายกระทำเพื่อให้เด็กได้ระบายความคับข้องใจและเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จึงช่วยลดการกระทบกระเทือนทางจิตใจของเด็ก (Gibbons and Boren, 1985)

การเล่นบทบาทสมมติเป็นการแสดงพฤติกรรมที่มีความแตกต่างไปจากการแสดงพฤติกรรมทั่วไปโดยมีลักษณะของพฤติกรรมสมมติ ดังต่อไปนี้ (Fein, 1981)

1. การเล่นบทบาทสมมติเป็นการแสดงโดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ที่จำเป็นประกอบ
2. ผลที่เกิดจากการแสดงสมมติเป็นผลที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆ
3. เด็กอาจจะปฏิบัติกับสิ่งที่ไม่มีชีวิตเหมือนกับสิ่งมีชีวิต
4. เด็กจะใช้ของสิ่งหนึ่งแทนของอีกสิ่งหนึ่ง
5. เด็กจะแสดงกิจกรรมที่เคยเห็นผู้อื่นทำเป็นประจำ เช่น สมมติกิจกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงเด็ก โดยการป้อนน้ำ ป้อนข้าว และพาตุ๊กตาไปนอน

การเล่นบทบาทสมมติจัดเป็นการเล่นของเด็กในวัยก่อนเรียนซึ่งมีพัฒนาการด้านสติปัญญาในขั้นการคิดก่อนปฏิบัติการ เพราะในการเล่นบทบาทสมมติ เด็กจะรู้จักใช้ความคิด

มโนภาพ และจินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้อง และที่สำคัญการเล่นสมมติสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของความสามารถในการใช้สัญลักษณ์และตัวแทน ซึ่งก็คือความสามารถในการเข้าใจว่าวัตถุหนึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนของอีกวัตถุหนึ่งได้ (นพพร มากทรัพย์, 2541) การเล่นสมมติจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เด็กวัยนี้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ดังเช่นจากการวิจัยของ นพพร มากทรัพย์ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าใจลำดับของเหตุและผลในการเล่นสมมติในสถานการณ์แบบต่างๆ ของเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-5 ปี จำนวน 96 คน พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนจากการทดสอบความสามารถในการเข้าใจลำดับเหตุและผลในการเล่นสมมติค่อนข้างสูงทั้งในสถานการณ์สมมติแบบไม่ซับซ้อนและแบบซับซ้อน นั่นคือ การเล่นสมมติจะช่วยให้เด็กเข้าใจสถานการณ์สมมติแบบไม่ซับซ้อนและแบบซับซ้อนได้ดี

การเล่นบทบาทสมมติและการสาธิตอุปกรณ์เครื่องมือที่นำมาใช้ในการรักษาเป็นวิธีการเตรียมเด็กเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียนเป็นอย่างยิ่ง (Sheridan, 2002) เพราะความสามารถทางความคิดสติปัญญาของเด็กมีลักษณะเชิงรูปธรรม เด็กจึงเข้าใจเฉพาะในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ การสอนหรือการแนะนำเด็กด้วยคำพูดอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับความเข้าใจของเด็ก จึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่เด็กโดยใช้การเล่นซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ข้อมูลแก่เด็กในลักษณะแบบรูปธรรม และเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่เด็กรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสของตนเอง เด็กจึงสามารถเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบของการเล่นแบบบทบาทสมมติจะใช้ตุ๊กตาเป็นตัวแทนของเด็กและผู้ให้การรักษา โดยในขณะที่เล่นพยาบาลจะอธิบายเหตุผลของการรักษา ขั้นตอนวิธีการรักษา และความรู้สึกที่เด็กจะได้รับพร้อมกับแสดงอุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์ที่ใช้และสาธิตกับตุ๊กตา จากนั้นกระตุ้นให้เด็กได้เล่นด้วยตนเองเพื่อให้เด็กได้เห็นบทบาทการแสดงเกี่ยวกับการตรวจรักษาได้อย่างชัดเจน เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น แก้ไขความเข้าใจผิดและความคิดเพื่อฝึจินตนาการของเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกกลัวการรักษาในโรงพยาบาลลดน้อยลง (Gibbons and Boren, 1985)

พยาบาลสามารถนำการเล่นมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ และนำมาใช้มากในการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Muller et al., 1992) เนื่องจากการเล่นโดยเฉพาะการเล่นแบบบทบาทสมมติเป็นวิธีการให้ข้อมูลแก่เด็กในลักษณะแบบรูปธรรม ทำให้เด็กได้สำรวจและรับรู้ด้วยตนเอง จึงช่วยให้เด็กเข้าใจได้ชัดเจนและง่ายขึ้น จัดว่าเป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากสำหรับเด็ก (Rushton, 1983) และเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ (Ball and Bindler, 1995) ทำให้เด็กได้เผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งก่อความเครียดก่อนล่วงหน้า จึงรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้เด็กไม่รู้สึกกลัว

เกิดทักษะการเผชิญความเครียดในทางบวกและมีประสิทธิภาพ การเล่นจึงเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นหลักในการเตรียมสภาพจิตใจของเด็ก ช่วยให้เด็กล่วงรู้เหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น (Adums, Gill and McDonald, 1991) นอกจากนี้การเล่นยังเป็นภาษาเฉพาะของเด็กที่ใช้ในการสื่อสาร ความคิดความรู้สึก ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ความเจ็บปวด และความเข้าใจผิดของเด็กออกมาในขณะที่เล่น ทำให้พยาบาลเข้าใจเด็กมากยิ่งขึ้น และสามารถให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง ดังนั้นการเล่นจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่ดียิ่งสำหรับเด็กที่ใช้ในการปรับตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Tiedeman, Simon and Clatworthy, 1990; Ziegler and Prior, 1994) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของการเล่นที่มีต่อผู้ป่วยเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ใช้ในการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อเตรียมด้านจิตใจเด็กก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังเช่นจากการศึกษาของ Visintainer and Wolfer (1975) ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมจิตใจเด็กและผู้ปกครองที่มารับการผ่าตัดในเด็กอายุ 3-12 ปีจำนวน 84 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมสภาพจิตใจเด็กโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพและใช้การเล่นเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองจะมีความกลัวน้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของ Zahr (1998) เกี่ยวกับการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปีเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการผ่าตัด จำนวน 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมโดยใช้การเล่นหุ่นมือเล่าเรื่องราวตั้งแต่เข้าโรงพยาบาล การทำผ่าตัดอย่างง่าย ๆ จนกระทั่งได้กลับบ้าน และให้เด็กได้สัมผัสอุปกรณ์การแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เด็กให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

นอกจากนี้ยังนำการเล่นมาใช้ในการเตรียมเด็กก่อนทำหัตถการการักษาพยาบาลซึ่งจะทำให้เด็กมีความกลัวลดน้อยลง ดังเช่น จากการศึกษาของนฤมล ธีระรังสิกุล (2532) ได้ศึกษาผลของการเตรียมเด็กโดยใช้การเล่นบทบาทสมมติต่อความกลัวการฉีดยา กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชายหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อายุ 6-7 ปีที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก จำนวน 58 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมโดยใช้การเล่นก่อนได้รับการฉีดยา ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตรียม ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองมีความกลัวต่อการฉีดยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาของทัศนีย์ อรรถารส (2538) เกี่ยวกับการเตรียมจิตใจโดยใช้การเล่นบทบาทสมมติร่วมกับการพาชมสถานที่ต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 4-6 ปี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมจิตใจก่อนเข้ารับรังสีรักษาโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษาด้วยวิธีการเล่นบทบาทสมมติและการพาเยี่ยมชมสถานที่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าเด็กในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจิตใจมีความกลัวในการรับรังสีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ทำให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาและโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังที่ Atkin (1987) ได้ศึกษาผลของการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่นหุ่นมือเพื่อให้ข้อมูลการผ่าตัดร่วมกับการพาเยี่ยมชมโรงพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุ 4-7 ปี จำนวน 50 คนที่ทำผ่าตัดแบบวันเดียว ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยเด็กในการกลุ่มที่ได้รับการเตรียมก่อนเข้าโรงพยาบาลจะมีความกลัวไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่เด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมก่อนเข้าโรงพยาบาลจะมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กในกลุ่มควบคุม

3. การเล่นเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการช่วยลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก (Separation anxiety) ที่เกิดขึ้นในเด็กวัยหัดเดินเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Loranger, 1992) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพิลาวรรณ โภชน์มาก (2531) เกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการเล่นเพื่อลดการเปลี่ยนแปลงปฏิกริยาการแยกจากมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเล่นตามที่กำหนดให้ครั้งละ 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง จนครบ 3 วัน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นมีปฏิกริยาการแยกจากมารดาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเล่นเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความกลัว/ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ช่วย让孩子ร่วมมือในการรักษามากขึ้น และยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่เกิดขึ้นกับเด็กด้วย รูปแบบการเล่นที่พยาบาลจัดขึ้นเพื่อใช้ประกอบการพยาบาลเด็ก (Therapeutic play) จะช่วยลดความเครียดและความรู้สึกหวาดกลัวของเด็กเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเล่นบทบาทสมมติจะเป็นวิธีการเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้เด็กฟังได้แจ่มชัดขึ้น ในระหว่างการเล่นเด็กจะได้แสดงหรือเล่นละครคนเกี่ยวกับความเครียดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ให้เด็กได้สัมผัสอุปการณ์การแพทย์จะช่วยลดจินตนาการที่น่ากลัวของเด็ก จึงเป็นวิธีการใช้สอนเด็กเกี่ยวกับ



หัตถการหรือการรักษาที่เด็กต้องได้รับ รวมทั้งยังช่วยให้เด็กได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วย (Pillitteri, 1981; Gibbons and Boren, 1985; Zahr, 1998) จัดเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างยิ่ง สำหรับใช้ในการเตรียมเด็กก่อนการปฏิบัติการรักษาหรือเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### 3.3 การมีส่วนร่วมของบิดามารดาเพื่อเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในโรงพยาบาลเด็ก สิ่งที่ยุ่พยาบาลจำเป็นต้องตระหนักถึงเสมอ คือครอบครัวของเด็ก เพราะเด็กยังไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิด และครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการตอบสนองความต้องการของเด็กในเด็กในด้านต่างๆ พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวของเด็กเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบครัว / บิดามารดาสามารถรักษาบทบาทในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม ตามแผนการรักษา และลดการบาดเจ็บทางจิตใจจากการอยู่โรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว (Hutchfield, 1999)

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีหลายลักษณะ ซึ่ง Schepp (1995 อ้างถึงใน นิชกานต์ ไชยชนะ, 2544) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (parent participation) ในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสถานการณ์การรักษายาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมใน 4 ด้าน ดังรายละเอียดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กป่วยในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิหรือความดันโลหิต หรือการตรวจร่างกาย การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่เด็กป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของเด็กป่วย เช่น เอกซเรย์ การให้ยาทางปากแก่เด็กป่วยและการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล

3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกันกับบุคลากรพยาบาล ในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วย และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย เช่น การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย

การที่เด็กมีบิดามารดาอยู่ดูแลหรือการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัว และการให้บริการทางสุขภาพ เพราะเมื่อบิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาพยาบาลจะทำให้บิดามารดาเข้าใจ และสามารถให้การดูแลเด็กอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กบรรเทาหรือหายจากอาการของโรคได้เร็วยิ่งขึ้น และไม่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งยังช่วยให้บิดามารดา มีความกลัว / วิตกกังวลลดลงด้วย ซึ่งจะเห็นได้จากการวิจัยต่างๆ ดังนี้

จากงานวิจัยของ Jones (1994) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กต่อพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเด็กโดยศึกษาในมารดาและผู้ป่วยเด็กอายุ 2-5 ปี โรคเมเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 13 คู่ พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก นั่นคือ มารดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เช่น การให้ยารับประทาน การวัดสัญญาณชีพ จะทำให้เด็กให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น โกรธ ก้าวร้าวลดลง

จากการศึกษาของ Kristensson-Hallstrom (2000) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กศัลยกรรม จำนวน 351 ราย พบว่า บิดามารดาที่ได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กก่อน-หลังผ่าตัด เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การดมยา และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กจะสามารถให้การดูแลเด็กได้ถูกต้อง ทำให้เด็กฟื้นฟูสุขภาพได้เร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยา รู้สึกเจ็บปวดน้อยลง และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น จึงช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

การวิจัยของ Melnyk and Feinstein (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลพฤติกรรมเด็กแก่มารดาของผู้ป่วยเด็กเล็กอายุ 24-68 เดือนที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 49 คน โดยมารดาในโปรแกรมการให้ข้อมูลนี้จะได้ฟังเทปเกี่ยวกับพฤติกรรมทั่วไปและอารมณ์ตอบสนองของเด็กเมื่อเข้าโรงพยาบาลและภายหลังออกจากโรงพยาบาล ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมจะได้ฟังเทปเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่ม

ที่ได้โปรแกรมการให้ข้อมูลพฤติกรรมเด็กจะมีคะแนนความรู้เรื่องการตอบสนองของเด็กมากกว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากกว่าเมื่อเทียบกับมารดาในกลุ่มควบคุม อีกทั้งเด็กในกลุ่มของมารดาที่ได้โปรแกรมการให้ข้อมูลพฤติกรรมเด็กจะมีปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่าเด็กในกลุ่มควบคุมด้วย

จากการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วมของ บิดามารดาในการดูแลรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องส่งเสริมให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาที่สำคัญ มีดังนี้ คือ (Hutchfield, 1999)

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเด็ก เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับแผนการรักษาและสามารถแก้ไขปัญหาของเด็กได้อย่างถูกต้อง
2. การสอนให้บิดามารดารู้ว่าควรทำอย่างไรในการดูแลเด็กซึ่งเป็นกิจกรรมที่บิดามารดาสามารถกระทำเองได้ เปิดโอกาสให้ได้แสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา
3. ร่วมกับครอบครัววางแผนให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
4. กระตุ้นให้บิดามารดาเข้าร่วมในกิจกรรมการพยาบาลโดยที่พยาบาลคอยให้การช่วยเหลือ

พยาบาลควรส่งเสริมให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กตั้งแต่กระบวนการเตรียมเด็กก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะรู้สึกไม่ปลอดภัยและหวาดระแวงไม่ไว้วางใจบุคคลอื่นนอกจากบิดามารดา (Ingall and Salerno, 1991) จึงต้องให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเตรียมเด็กก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเพื่อเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่เด็ก และเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับพยาบาลด้วย (Scipien et al., 1990)

บ่อยครั้งที่บิดามารดามักไม่สามารถอธิบายถึงการรักษาพยาบาลให้แก่เด็ก เพราะพวกเขาไม่มีความรู้ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าโรงพยาบาลหรือการรักษาของเด็ก รวมทั้งคิดว่าเด็กเล็กเกินไปที่จะเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้เด็กเกิดความรู้สึกหวาดกลัวมากขึ้น ซึ่งในความจริงการที่บิดามารดาเป็นผู้อธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เด็กฟังตามความเป็นจริงจะช่วยให้บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลลดลง ในขณะที่เดียวกันก็จะทำให้เด็กมีความวิตกกังวลลดลงด้วย และยังช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี (Ziegler and Prior, 1994) โดยเฉพาะในเด็กวัยหัดเดินถึง 5 ปี การเตรียมเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม (Brantly, 1991) เพราะบิดามารดาเป็นเหมือนเครื่องมือสำคัญที่จะกระตุ้นให้เด็กเข้ามาร่วมกิจกรรม เป็นบุคคลที่จะคอยตอบข้อสงสัยของเด็ก

และที่สำคัญ คือ ข้อมูลที่ได้จากบิดามารดาจะทำให้เด็กเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Ball and Bindler, 1995) ประกอบกับเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ชอบเลียนแบบพฤติกรรมของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา การกระทำหรือลักษณะการตอบสนองต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของบิดามารดาจึงเป็นตัวอย่างให้เด็กกระทำตามด้วย (Wong, 1995)

จากการศึกษาของ Ellerton and Merrian (1994) เกี่ยวกับการเตรียมเด็กและครอบครัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3-15 ปีและบิดามารดา รวม 75 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมสภาพจิตใจโดยให้บิดามารดาและเด็กดูวิดีโอเกี่ยวกับการผ่าตัด พาเยี่ยมชมโรงพยาบาลและจัดการเล่นเกี่ยวกับการผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาในกลุ่มทดลองสามารถช่วยให้ข้อมูลการรักษาเพิ่มเติมแก่เด็กได้ดีกว่า และสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ได้ดีกว่า บิดามารดามีความพึงพอใจสูงที่ได้รับข้อมูลการรักษา ทำให้บิดามารดาในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และเด็กในกลุ่มทดลองก็มีความกลัว / วิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

การให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้บิดามารดาได้รับรู้ข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลด้วยจึงทำให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้ และสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลของบิดามารดาลดลง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผ่านไปยังเด็กโดยคำพูด ท่าทางการแสดงออก หรือสัมผัสผู้อื่น ทำให้เด็กรู้สึกกลัวลดลงด้วย นอกจากนี้บิดามารดายังสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่เด็กและให้การช่วยเหลือประคับประคองเด็กได้ เสมือนเป็นผู้สอนในด้านการปรับตัวให้แก่เด็ก ส่งเสริมให้เด็กรู้สึกว่ามีพลังอำนาจหรือแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความกลัวและความวิตกกังวลของเด็กลดลงด้วย (LaMontagne, 2000)

#### 4. การเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความกลัวเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นที่พยาบาลต้องช่วยลดความกลัวของเด็กซึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความกลัวของเด็ก คือ การเตรียมสภาพจิตใจเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่เด็ก ข้อมูลที่จำเป็นต้องให้แก่เด็กประกอบด้วยสาเหตุของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา กิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับในช่วงแรกรับเข้าโรงพยาบาล เช่น การตรวจเลือด การวัดสัญญาณชีพ การประเมิน

สภาพร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่โรงพยาบาล เพราะเด็กคิดว่าการอยู่โรงพยาบาลเป็นการลงโทษประกอบกับการประเมินเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ทำให้คิดว่าตนเองจะเป็นอันตรายอย่างมากจึงกลัวว่าร่างกายจะบาดเจ็บและกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง ดังนั้นการให้ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยแก้ไขความเข้าใจผิดของเด็ก และจะช่วยให้เด็กเปลี่ยนแปลงการประเมินให้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น รู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยลง ส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวลดลง และนอกจากนี้กิจกรรมการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วยให้เด็กเกิดประสบการณ์การรักษาพยาบาล ทำให้เด็กมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการความเครียดมากขึ้น ทำให้เด็กรู้สึกมั่นใจว่าสามารถควบคุมจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จึงช่วยลดความกลัวของเด็กลง

การเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องมีรูปแบบที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการและการรับรู้ของเด็ก ตามธรรมชาติของเด็กวัยก่อนเรียนจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากการเล่น โดยเฉพาะการเล่นบทบาทสมมติซึ่งเป็นการเล่นที่เด็กวัยนี้ชอบมาก (Muller et al., 1992) จึงนำการเล่นบทบาทสมมติมาใช้ในการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยนำตุ๊กตามาแสดงบทบาทเป็นพยาบาล เด็กป่วย และแม่ รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ทั้งของจริงและของเล่นจำลองประกอบการเล่นเพื่อสาธิตถึงเหตุการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งจะดำเนินการเล่นเรียงตามลำดับตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการรับใหม่ เพื่อให้เด็กเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่าย เกิดประสบการณ์ตรง มีความคุ้นเคยกับการรักษาโรงพยาบาล และช่วยลดจินตนาการที่น่ากลัวได้ นอกจากนี้การเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยโดยให้ผู้ปกครองมาร่วมเล่นใช้ตุ๊กตาแสดงบทบาทเป็นแม่เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่เด็กตามที่พยาบาลได้อธิบายไว้ ซึ่งจะเป็นตัวอย่างให้เด็กกระทำตาม ช่วยกระตุ้นให้เด็กเข้าร่วมในกิจกรรม และทำให้เด็กเชื่อถือไว้วางใจในการเข้ารักษาโรงพยาบาลมากขึ้น การเตรียมเข้ารับการรักษาในรูปแบบดังกล่าวจัดขึ้นเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่เด็กวัยก่อนเรียนโดยข้อมูลที่ให้จะมีลักษณะแบบรูปธรรมปรนัย ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อไม่ให้นำอารมณ์มาใช้แปลความประสบการณ์นั้น ไม่รู้สึกคลุมเครือ จึงสามารถประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่รู้สึกว่าถูกคุกคาม ช่วยให้เด็กมีความกลัวลดลง

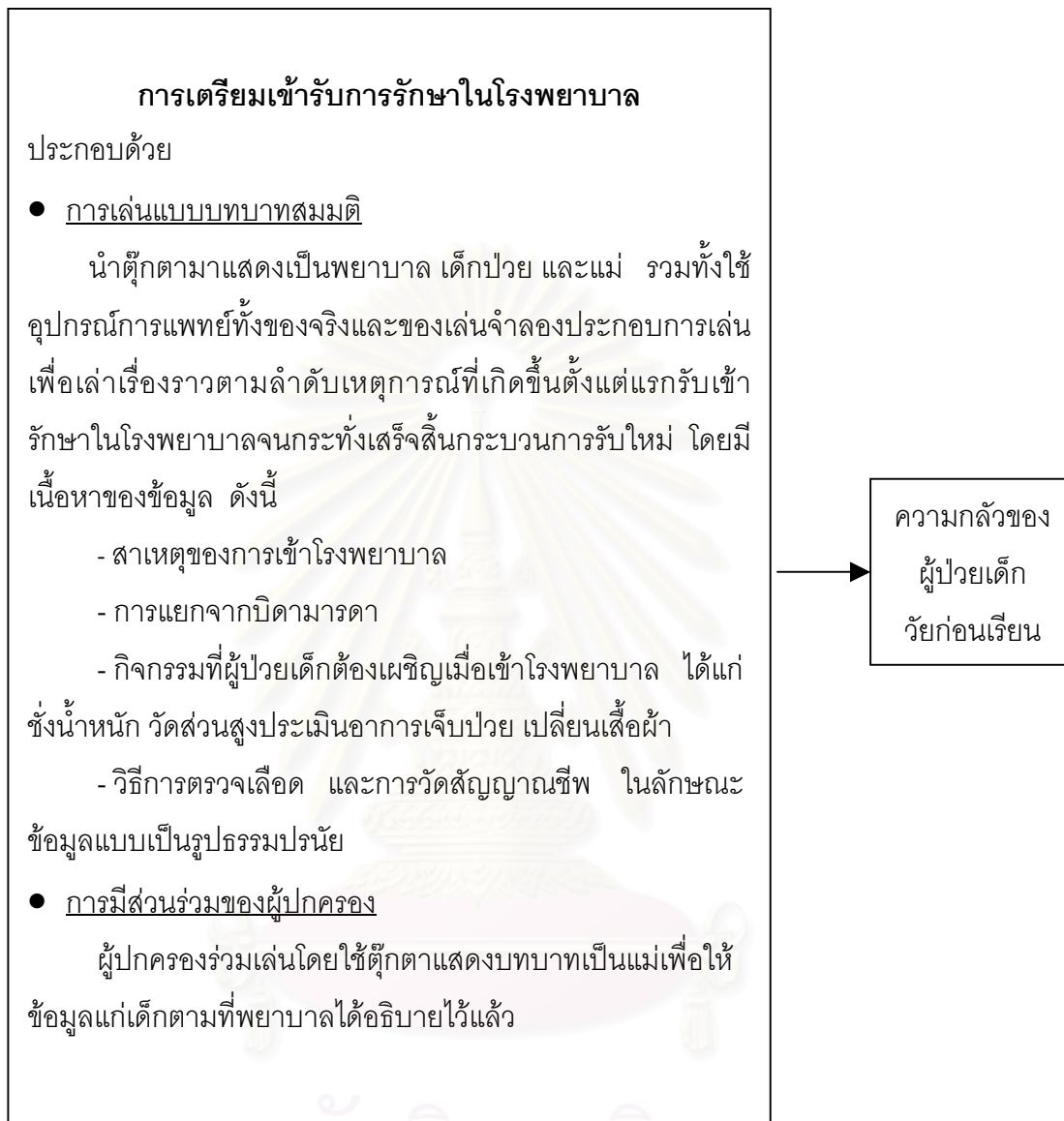
การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้เป็นการเตรียมเด็กให้พร้อมต่อการรักษาพยาบาลในช่วงแรกรับใหม่โดยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในช่วงแรกรับผู้ป่วยใหม่แก่เด็กซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่เจ็บป่วยได้ทุกโรค เพราะไม่ว่าเด็กจะเข้ารับการรักษาด้วยโรคใดก็จะต้องพบกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลในช่วงแรกรับใหม่ที่คล้ายคลึงกันหมด

ดังนั้นในงานวิจัยนี้จะศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกทั้งในกลุ่มเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคในระบบประสาทออกซุมก โรคทางอายุรกรรม และศัลยกรรม เพื่อให้ครอบคลุมในกลุ่มโรคที่หลากหลาย และให้ครอบคลุมทั้งในกลุ่มที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยมีการนัดหมายล่วงหน้า และกลุ่มที่ไม่ได้คาดหวังว่าจะเข้าโรงพยาบาล การเตรียมเด็กไว้ก่อนเรียนเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องกระทำในวันที่เด็กมาโรงพยาบาล (Scipien et al.,1990; Douglas, 1993) จึงจัดกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขึ้นที่ตึกผู้ป่วยนอกก่อนที่เจ้าหน้าที่จะพาเด็กไปส่งที่หอผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการเตรียมประมาณ 20-30 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเรียนรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ถูกต้องตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล และเปลี่ยนแปลงการประเมินให้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น ไม่รู้สึกว่าคุณคูกคาม ซึ่งจะช่วยลดความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ในช่วงแรกรับผู้ป่วยใหม่ อีกทั้งการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบนี้ยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลผู้ป่วยเด็ก และบิดามารดา รวมทั้งเป็นวิธีการที่ทำให้เด็กได้ระบายอารมณ์ออกมาในขณะที่เล่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ความกลัวของเด็กลดลงด้วย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบ posttest - only control group design (Burns and Grove, 1987: 269) เพื่อศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน

#### รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง R X.....O1

กลุ่มควบคุม R .....O2

O1 คือ ความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลอง

O2 คือ ความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มควบคุม

X คือ การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

R คือ การสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าในการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก
2. มีสภาพการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลาอยู่ในระดับปกติ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือเป็นโรคจิต
3. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า หรือภาวะปัญญาอ่อน (Mental retard)
4. ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องรับการรักษาอย่างรีบด่วน เช่น การผ่าตัดฉุกเฉิน มีไข้สูง
5. สามารถมองเห็นและได้ยิน
6. ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยมีจำนวน 40 คน แต่เนื่องจากมีเด็กในกลุ่มทดลอง 4 คนที่ไม่เข้าร่วมในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงตัดเด็กในกลุ่มนี้และกลุ่มควบคุมที่เข้าคู่กันออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงมีทั้งสิ้น 32 คน



### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อมีผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะจัดผู้ป่วยเด็กเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง (Random assignment) โดยสุ่มอย่างง่าย เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีลักษณะตามเกณฑ์เข้ามาอีก ผู้วิจัยจะพิจารณาว่าผู้ป่วยรายนั้นมีลักษณะตรงกับผู้ป่วยซึ่งได้จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้แล้วหรือไม่ โดยกำหนดให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเดียวกัน และจะพิจารณาจากลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพราะเด็กที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่แตกต่างกันซึ่งอาจมีผลต่อการเรียนรู้ในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงนำอายุของเด็กเป็นลักษณะที่ใช้ในการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ถ้าผู้ป่วยรายใหม่มีลักษณะไม่ตรงกับผู้ป่วยที่จับฉลากกลุ่มไว้แล้ว ผู้วิจัยจะสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้คอยผู้ป่วยรายต่อไป ทำเช่นนี้จนสามารถจับคู่ได้ 20 คู่

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการแนะนำตัวเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกได้โดยไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลแท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการจัดทำดังนี้

- 1) ศึกษาเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล แผนการรักษา และกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการรับผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- 2) ศึกษาหลักการเตรียมสภาพจิตใจเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากตำราและงานวิจัย
- 3) ศึกษาหลักการของการเล่นเพื่อบำบัด (Therapeutic play) โดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติผ่านตัวตุ๊กตาและอุปกรณ์การแพทย์ จากตำราและงานวิจัย
- 4) ศึกษาหลักการของการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (parental participation) จากตำราและงานวิจัย
- 5) นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำเป็นแผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุการณ์แยกจากบิดามารดา กิจกรรมที่เด็กต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก เปลี่ยนเสื้อผ้า และกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไปในช่วงแรกรับเข้าโรงพยาบาล เช่น การตรวจเลือด การวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการเจ็บป่วย แก่ผู้ป่วยเด็กโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดา แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ
  - ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมบิดามารดา (ผู้ปกครอง) เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
    - 1.1 การอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
    - 1.2 การอธิบายความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และบทบาทของบิดามารดา (ผู้ปกครอง) ในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
    - 1.3 สอบถามความเชื่อความเข้าใจของบิดามารดา (ผู้ปกครอง) เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก
  - ขั้นตอนที่ 2 การเล่นเกมบทบาทสมมติ ซึ่งใช้ตุ๊กตามาแสดงบทบาทเป็นพยาบาล แม่และเด็กป่วย 2 คน รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ทั้งของจริงและของเล่นจำลองมาประกอบการเล่นเพื่อสาธิตวิธีการตรวจรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา กิจกรรมที่เด็กต้องเผชิญเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย และกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไปที่เด็กต้องได้รับ เช่น การวัดสัญญาณชีพ การตรวจเลือด โดยสาธิตกับผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กตามลำดับ
  - ขั้นตอนที่ 3 กระตุ้นให้เด็กสัมผัสกับอุปกรณ์การแพทย์และเล่นแสดงเป็นพยาบาลที่ให้การรักษากับตุ๊กตา

#### ขั้นตอนที่ 4 การสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็ก

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการจัดทำดังนี้  
- ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวและพฤติกรรม  
การแสดงออกเมื่อเกิดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน

- ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของเด็กซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน  
10 รายในขณะที่ได้รับการพยาบาลในช่วงรับผู้ป่วยใหม่ที่หอผู้ป่วย

- นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ซึ่งจะสังเกตพฤติกรรมที่  
แสดงออกถึงความกลัวใน 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 5 ข้อ
2. การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 7 ข้อ
3. พฤติกรรมการพูดและการร้องไห้ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 8 ข้อ

รวมพฤติกรรมที่ต้องสังเกตทั้งสิ้น 20 ข้อ ซึ่งผู้ประเมินต้องสังเกตว่าผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรม  
ดังกล่าวหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามพฤติกรรมที่สังเกตพบ  
กำหนดเกณฑ์ในการคะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวนี้จะใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กขณะที่เผชิญกับ  
สถานการณ์ในช่วงรับผู้ป่วยใหม่ซึ่งประกอบด้วย 5 สถานการณ์ คือ

(1) ขณะตรวจเลือด ตั้งแต่พยาบาลจัดทำผู้ป่วยให้พร้อมในการตรวจเลือด ใช้สาย  
ยางรัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะเจาะเลือด แหวงเข็มดูดเลือด คลายสายยางที่รัดไว้  
จนกระทั่งปิดพลาสติกเสร็จสิ้นการตรวจเลือด

(2) ขณะชั่งน้ำหนัก ตั้งแต่พยาบาลพาผู้ป่วยมาที่เครื่องชั่งน้ำหนักจนกระทั่งเสร็จสิ้น  
เมื่อผู้ป่วยลงจากเครื่องชั่ง

(3) ขณะวัดสัญญาณชีพ ตั้งแต่พยาบาลนำปรอทมาวัดไข้ ใช้มือจับชีพจร นับอัตรา  
การหายใจ จนกระทั่งทำการวัดความดันโลหิตเสร็จสิ้น

(4) ขณะเปลี่ยนชุดเสื้อผ้าผู้ป่วย ตั้งแต่พยาบาลเริ่มถอดเสื้อผ้าของผู้ป่วยเด็กออกจน  
กระทั่งสวมชุดเสื้อผ้าผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อย

(5) ขณะพักผ่อน ในช่วง 5 นาทีแรกที่ผู้ป่วยมาพักอยู่ที่เตียงโดยไม่ได้รับกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลใดๆ

คะแนนของความกลัวในแต่ละสถานการณ์ เท่ากับ 0 – 20 คะแนน การคิดคะแนนของแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวทั้งฉบับจะนำคะแนนจากสถานการณ์ในช่วงแรกของผู้ป่วยใหม่ทั้ง 5 สถานการณ์มาคิดคะแนนรวมกัน ค่าพิสัยของคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน

ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กมีความกลัวมาก

ค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กมีความกลัวน้อย

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การหาความตรงของเครื่องมือ

#### 1. แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยนำแผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์จิตเวชเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลกุมารเวชกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน ซึ่งพิจารณาโดยถือเกณฑ์ว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 80 % คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน แสดงว่า เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา ในงานวิจัยนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่านของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ให้ปรับเปลี่ยนภาษาที่ใช้ในการพูดคุยกับเด็กให้เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน และปรับเปลี่ยนรูปแบบของการเล่นจากเดิมที่ให้ผู้ปกครองเล่นแสดงเป็นเด็ก พยาบาลเล่นแสดงเป็นแม่ เปลี่ยนเป็นให้ผู้ป่วยเด็กเล่นแสดงเป็นเด็กป่วยได้สัมผัสกับอุปกรณ์การแพทย์ด้วยตนเองเพื่อให้เด็กแสดงความรู้สึกออกมาระหว่างการเล่นมากขึ้น และให้บิดามารดามาเล่นโดยใช้ตุ๊กตาแสดงเป็นแม่ของเด็กป่วย เพื่อให้มีบทบาทที่เหมาะสมในการเล่น แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนเพื่อทดสอบว่าภาษาที่ใช้และวิธีการเล่นมีความเหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน

#### 2. แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว

หลังจากผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์จิตเวชเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลกุมารเวชกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน ซึ่งพิจารณาโดยถือเกณฑ์ว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 80 %

คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน แสดงว่า เครื่องมือ มีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันเป็นจำนวน 4 ใน 5 ของ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิโดยเพิ่มจำนวนข้อและรายละเอียดของพฤติกรรมด้านการพูดและการร้องไห้ที่ ต้อง สังเกตให้มากขึ้น

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว

นำแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวที่ปรับปรุงแก้ไขจากการตรวจสอบของผู้ทรง คุณวุฒิแล้วมาหาความเที่ยงของการสังเกต โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน ทำการสังเกตผู้ป่วยเด็กที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คนเดียวกันพร้อมๆ กัน แต่แยกกันประเมิน จำนวน 15 คน เนื่องจากในงานวิจัยนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน จึงต้องหาความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยกับ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า Interrater Reliability โดยคำนวณหาเปอร์เซ็นต์ความสอดคล้องของผู้สังเกต 2 คน (Polit and Hungler, 1999 : 321) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนของการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนของการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนของการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

จากการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เท่ากับ 0.8 และค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เท่ากับ 0.6 ซึ่งจัด ว่ามีความเที่ยงต่ำ ต้องนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องทำความเข้าใจ ร่วมกันเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมความกลัวที่สังเกตได้แตกต่างกัน และปรับเปลี่ยนภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น แล้วจึงนำมาหาความเที่ยงของการสังเกตอีกครั้งโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็ก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ของแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ได้เท่ากับ 1.00 และ 0.84 สำหรับการสังเกตร่วมกับผู้ช่วยวิจัย คนที่ 1 และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ตามลำดับ งานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

### การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองในงานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการก่อน ทดลอง ขั้นการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง

**ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง** เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546  
 ในระยะนี้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เพื่อจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและดำเนินการติดต่อ  
 โรงพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ  
 การสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อขอความ  
 ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก  
 และหัวหน้าหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และหัวหน้าฝ่าย  
 การพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคเด็ก และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน  
 ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของ  
 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย  
 เด็กและมีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 2 ท่านที่มีความสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัย  
 โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการ  
 ทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยอบรมวิธีการใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือให้แก่ผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายพฤติกรรม  
 ที่ต้องสังเกต และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ทั้งหมดในแบบ  
 สังเกตพฤติกรรมความกลัว หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสังเกตพฤติกรรม  
 ความกลัวกับเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบสังเกต  
 พฤติกรรมความกลัว (ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2546)

**ระยะที่ 2 ขั้นการทดลอง** ระยะนี้เป็นดำเนินการดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในสถาบัน  
 สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1-30 ธันวาคม พ.ศ. 2546 (ใน  
 วันจันทร์และอังคาร )
  - ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2546 – วันที่ 8 มีนาคม  
 พ.ศ. 2547 (วันจันทร์ - ศุกร์)
1. ผู้วิจัยจะรอพบผู้ป่วยเด็กที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคหู ตา คอ จมูกของสถาบันสุขภาพเด็ก  
 แห่งชาติมหาราชินี และแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคเด็กของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เมื่อมี  
 ผู้ป่วยเด็กตรงตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กเพื่อแนะนำตัว

และสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลจะซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ตรวจสอบปฐกฐิการรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย

3. กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการพยาบาลเพิ่มเติมโดยผู้วิจัยจัด กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติที่เด็กผู้ป่วยนอกแล้ว ผู้วิจัยจัดการเตรียมเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลโดยพาผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กไปสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เฉพาะสำหรับจัด การเล่น (ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใช้บริเวณมุมเด็กเล่นที่ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 ที่โรงพยาบาลสมุทราศาร ใช้ห้องให้คำปรึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคเด็ก) เพื่อป้องกันการ กระทบจากบุคคลอื่น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กอื่นได้รับกิจกรรมการเตรียมจากผู้วิจัยด้วย กิจกรรมการเตรียมนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ปกครองเพื่ออธิบายถึงลักษณะของกิจกรรมการเตรียมเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล บอกถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบิดามารดา(ผู้ปกครอง) ใน กิจกรรม บทบาทของบิดามารดาในกิจกรรมการเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ปกครองแล้วให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครอง

(2) ผู้วิจัยจัดการเล่นแบบบทบาทสมมติเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยสาเหตุของการเข้าโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา กิจกรรม ที่เด็กต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การซักประวัติ และประเมินอาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย การตรวจเลือด และการวัดสัญญาณชีพแก่ ผู้ป่วยเด็กโดยใช้ตุ๊กตามาแสดงบทบาทเป็นพยาบาล แม่และเด็กป่วย 2 คน ซึ่งในขณะที่เล่นผู้วิจัย จะใช้ตุ๊กตาพยาบาลสวมบทบาทเป็นพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และใช้ ตุ๊กตาเด็กสวมบทบาทเป็นเด็กป่วยเพื่อบอกเล่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาล ส่วนผู้ปกครองใช้ตุ๊กตาแสดงเป็นแม่เพื่อช่วยให้ข้อมูลตามที่ผู้วิจัยได้อธิบายไว้แล้ว และผู้ป่วยเด็ก ใช้ตุ๊กตาแสดงบทบาทเป็นเด็กป่วยอีกคน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้ระบายความรู้สึกในระหว่างการเล่น รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ทั้งของจริงและของเล่นจำลองมาประกอบในการเล่นเพื่อสาธิตวิธีการ ตรวจรักษาให้กับผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กทราบถึงเหตุการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับ การรักษาพยาบาล ซึ่งเนื้อหาของการเล่นจะเป็นการเล่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยเหมือนกับผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ต้องพบกับกิจกรรมการพยาบาลในช่วงแรกเริ่มผู้ป่วยใหม่ แล้วก็หายป่วยได้กลับบ้าน

(3) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กสัมผัสกับอุปกรณ์การแพทย์และชักชวนให้ผู้ป่วยเด็กเล่นแสดงเป็นพยาบาลที่ให้การรักษากับตุ๊กตา

(4) หลังจากจบกิจกรรมการเล่นผู้วิจัยจะสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้แก่เด็ก

### ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในขั้นการทดลอง ผู้วิจัยจะพาผู้ป่วยเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปส่งที่หอผู้ป่วยพร้อมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่าคุณสมบัติเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะประเมินความกลัวของเด็กโดยผู้ช่วยวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กในแต่ละสถานการณ์โดยที่เด็กไม่รู้ตัวในขณะที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลในช่วงรับผู้ป่วยใหม่ ดังต่อไปนี้

- ขณะที่ได้รับการตรวจเลือด ตั้งแต่พยาบาลจัดทำเด็กให้พร้อมในการเจาะเลือด ใช้สายยางรัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เจาะเลือด แขนงเข็มดูดเลือด คลายสายยางที่รัดจนกระทั่งปิดพลาสติกเสร็จสิ้นการตรวจเลือด

- ขณะที่ชั่งน้ำหนัก ตั้งแต่พยาบาลพาผู้ป่วยมาที่เครื่องชั่งน้ำหนักจนกระทั่งเสร็จสิ้นเมื่อผู้ป่วยลงจากเครื่องชั่ง

- ขณะวัดสัญญาณชีพ ในขณะที่พยาบาลวัดปรอท จับชีพจร นับอัตราการหายใจ และวัดความดันโลหิต

- ขณะที่เปลี่ยนชุดเสื้อผ้าผู้ป่วย ตั้งแต่พยาบาลเริ่มถอดเสื้อผ้าของผู้ป่วยเด็กออกจนกระทั่งสวมชุดเสื้อผ้าผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อย

- ขณะพักนอน ในช่วง 5 นาทีแรกที่ผู้ป่วยมาพักอยู่ที่เตียงโดยไม่ได้รับกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลใดๆ

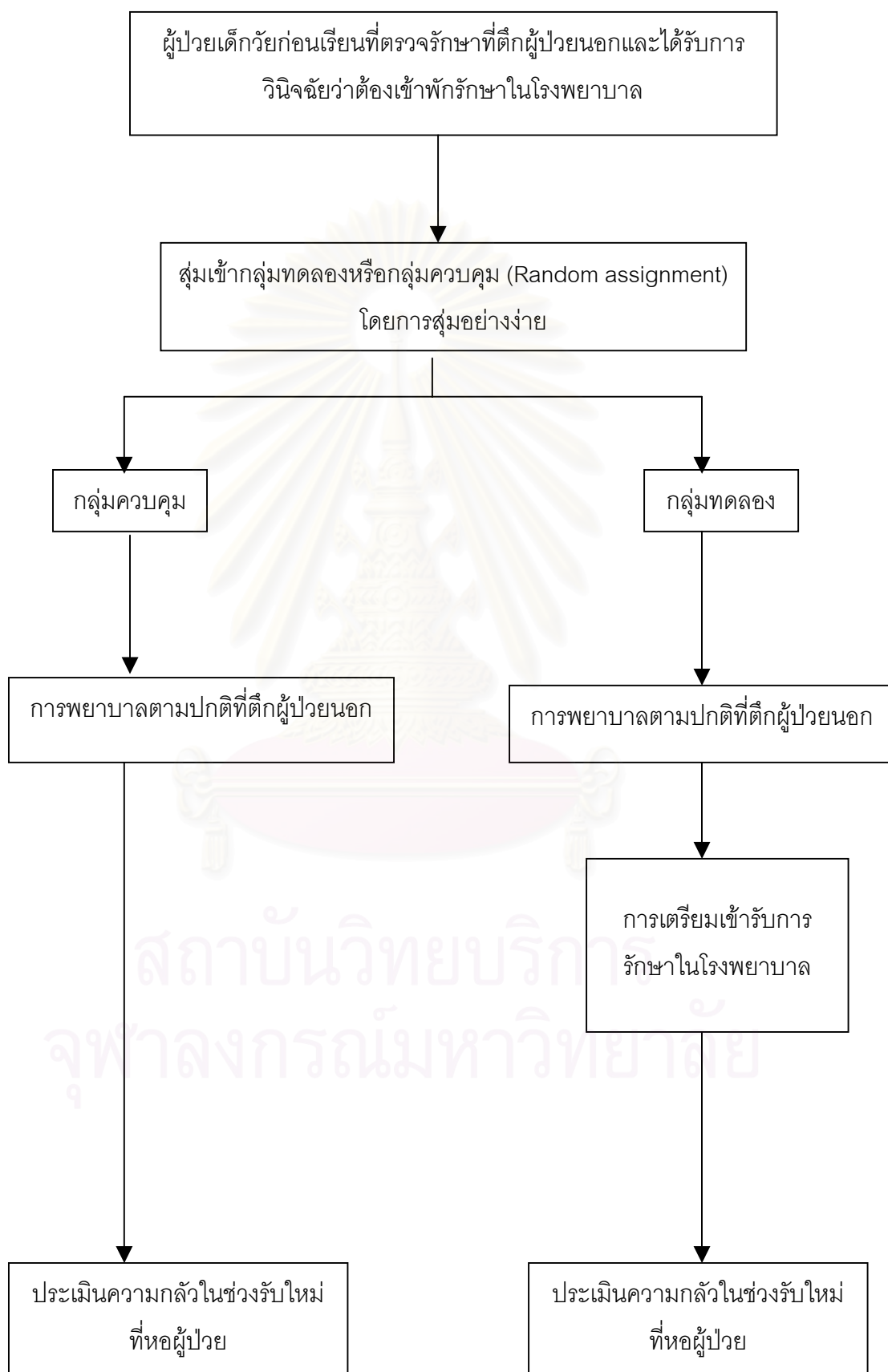
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS 10.0 for Windows กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1. หาค่าความถี่ จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวของผู้ป่วยเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที (t - test dependent)



## สรุปวิธีดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเสนอในรูปแบบของตารางประกอบบรรยายโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความกลัวของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มทดลอง
- ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวของผู้ป่วยเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 20 คน)		รวม (n = 40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	9	45.00	11	55.00	20	50.00
หญิง	11	55.00	9	45.00	20	50.00
2. อายุ						
3-4 ปี	10	50.00	10	50.00	20	50.00
4ปี 1 ด.- 5 ปี	3	15.00	3	15.00	6	15.00
5 ปี 1 ด.- 6 ปี	7	35.00	7	35.00	14	35.00
3. การวินิจฉัยโรค						
ระบบหูดาคอจุมก	3	15.00	3	15.00	6	15.00
โรคทางศัลยกรรม	4	20.00	5	25.00	9	22.50
โรคทางอายุรกรรม	13	65.00	12	60.00	25	62.50

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 20 คน และเพศหญิง 20 คน มีอายุระหว่าง 3 – 4 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคทางอายุรกรรม เช่น ปอดอักเสบ ลำไส้อักเสบ การติดเชื้อไวรัส คิดเป็นร้อยละ 62.50

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุระหว่าง 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคทางอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 60

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุระหว่าง 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคทางอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 65

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปในด้านเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค ที่ใกล้เคียงกัน

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนในด้านการวินิจฉัยโรค พบว่า ผู้ป่วยเด็กในงานวิจัยนี้มีการเจ็บป่วยที่หลากหลาย คือ มีทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบหู ตา คอ จมูก เช่น โรคต่อมทอนซิลอักเสบ หนึ่งตาตก ตาอักเสบ การเจ็บป่วยที่ต้องรักษาทางศัลยกรรมเพื่อทำผ่าตัด เช่น ไล่เลื้อน ถุงน้ำโป่งที่อวัยวะ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม เช่น ปอดอักเสบ ลำไส้อักเสบ การติดเชื้อไวรัส เป็นต้น แม้ว่าการวินิจฉัยโรคหรืออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กแตกต่างกันแต่ความแตกต่างดังกล่าวไม่น่าจะมีผลต่อความกลัวของเด็กในงานวิจัยนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าร่วมในการวิจัยทุกคนมีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยเด็กทุกคนยังมีการรับรู้ที่ปกติ และไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องพบกับเหตุการณ์การรักษาในช่วงแรกเริ่มที่เหมือนกัน นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างเด็กทุกคนแม้ว่าจะมีอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันแต่ก็ต้องพบกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความกลัวที่ไม่แตกต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความกลัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 คะแนนความกลัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ (matched pair) ด้านอายุ

คู่ที่	อายุ		โรงพยาบาลที่เข้ารับ การรักษา	คะแนนความกลัว	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	3 ปี 3 ด.	3 ปี	สถาบันสุขภาพเด็กฯ	13	16
2	4 ปี 7 ด.	4 ปี 2 ด.	สถาบันสุขภาพเด็กฯ	29	6
3	3 ปี 9 ด.	3 ปี 10 ด.	สถาบันสุขภาพเด็กฯ	5	27
4	3 ปี 4 ด.	3 ปี 1 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	15	26
5	5 ปี 6 ด.	5 ปี 1 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	8	16
6	6 ปี	5 ปี 11 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	3	16
7	3 ปี 4 ด.	3 ปี 6 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	12	22
8	6 ปี	5 ปี 11 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	19	46
9	3 ปี 6 ด.	3 ปี 9 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	31	40
10	3 ปี	3 ปี	ร.พ. สมุทรสาคร	34	21
11	6 ปี	5 ปี 10 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	21	42
12	6 ปี	6 ปี	ร.พ. สมุทรสาคร	6	20
13	3 ปี 11 ด.	3 ปี 11 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	16	45
14	5 ปี	5 ปี 5 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	12	18
15	3 ปี 9 ด.	3 ปี 6 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	23	53
16	4 ปี 6 ด.	4 ปี 9 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	10	40
17	5 ปี 11 ด.	6 ปี	ร.พ. สมุทรสาคร	3	17
18	4 ปี 9 ด.	4 ปี 6 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	8	24
19	3 ปี 6 ด.	3 ปี 4 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	59	35
20	4 ปี	3 ปี 7 ด.	ร.พ. สมุทรสาคร	38	13

จากตารางที่ 2 แสดงถึงคะแนนความกลัวของผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่ซึ่งจับคู่กันโดยพิจารณาจากความคล้ายคลึงกันในด้านอายุของผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มทดลองขณะจัดกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คนที่	อายุ	คะแนน ความกลัว	ลักษณะที่แสดงออกขณะดำเนินกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
1	3 ปี 3 ด.	13	ยินยอมเล่นด้วย ขอเล่นกับตุ๊กตาอีก
2	4 ปี 7 ด.	29	ต้องให้มารดาอยู่ด้วยจึงจะยอมเล่นกับพยาบาล
3	3 ปี 9 ด.	5	ยินยอมเล่นด้วย
4	3 ปี 4 ด.	15	ยินยอมเล่นด้วย
5	5 ปี 6 ด.	8	ยินยอมเล่นด้วย แต่ไม่พูดคุยกับพยาบาล
6	6 ปี	3	ยินยอมเล่นด้วย
7	3 ปี 4 ด.	12	ยินยอมเล่นด้วย
8	6 ปี	19	ต้องให้บิดาอยู่ด้วย ในขณะที่เล่นร้องขอกลับบ้านเป็นพักๆ
9	3 ปี 6 ด.	31	ไม่ยอมเล่น ไม่ฟัง ร้องให้ตลอดเวลา ไม่ให้สัมผัสตัว
10	3 ปี	34	ไม่ยอมเล่น ร้องให้ตลอดเวลา กอดมารดาแน่น
11	6 ปี	21	ยินยอมเล่นด้วย
12	6 ปี	6	ยินยอมเล่น ชอบเล่น ขอเล่นกับตุ๊กตาอีก
13	3 ปี 11 ด.	16	นั่งฟังระหว่างที่พยาบาลเล่นกับผู้ป่วยครอง แต่ไม่ยอมเล่น
14	5 ปี	12	ยินยอมเล่นด้วย
15	3 ปี 9 ด.	23	นั่งฟังระหว่างที่พยาบาลเล่นกับผู้ป่วยครอง แต่ไม่ยอมเล่น
16	4 ปี 6 ด.	10	ยินยอมเล่น แต่ไม่พูดคุยกับพยาบาลในระหว่างที่เล่น
17	5 ปี 11 ด.	3	ยินยอมเล่น ชอบเล่น ขอเล่นกับตุ๊กตาอีก
18	4 ปี 9 ด.	8	ยินยอมเล่น แต่ไม่พูดคุยกับพยาบาลในระหว่างที่เล่น
19	3 ปี 6 ด.	59	ไม่ยอมเล่น ร้องให้ตลอดเวลา ไม่ให้สัมผัสตัว กอดแม่แน่น
20	4 ปี	38	ไม่ยอมเล่น ร้องให้ขอกลับบ้านตลอดเวลา ไม่ให้สัมผัสตัว

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงลักษณะการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองขณะดำเนินกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมในกิจกรรมโดยเล่นกับพยาบาล หรือนั่งดูการเล่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยครอง และมีผู้ป่วยเด็กส่วนหนึ่งที่ไม่เข้าร่วมในกิจกรรม คือ ไม่ยอมเล่น และร้องให้ตลอดเวลา

เนื่องจากมีผู้ป่วยเด็กจำนวน 4 คน คือ ผู้ป่วยเด็กคนที่ 9, 10, 19, 20 (ตารางที่ 3) ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ เด็กไม่ยอมเล่น ร้องไห้ตลอดเวลา ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลเลย จึงต้องตัดผู้ป่วยเด็กจำนวนนี้ออกจากการวิจัย ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวของผู้ป่วยเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะตัดผู้ป่วยเด็กในคู่ที่ 9, 10, 19, 20 (ตารางที่ 2) ออกไป จึงเหลือผู้ป่วยเด็กเพียง 16 คู่ จำนวนทั้งสิ้น 32 คน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที ( t – test dependent )

กลุ่มตัวอย่าง ( n = 32 คน )	คะแนนความกลัว Mean	S.D	t - value	p - value
กลุ่มควบคุม	27.13	13.72	4.356	0.001
กลุ่มทดลอง	12.69	7.49		

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวเท่ากับ 27.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.72 คะแนน

ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว เท่ากับ 12.69 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.49 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (  $p < .05$  )



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบ posttest-only control group design แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้ป่วยเด็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2546-8 มีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 40 คน โดยเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน มีอายุระหว่าง 3-4 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางอายุรกรรม คิดเป็น ร้อยละ 62.5 ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1) เนื่องจากมีผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลอง 4 คนที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย 4 คู่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงมีทั้งสิ้น 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง 4 ใน 5 ท่านมีความคิดเห็นตรงกัน ทำการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องภาษาที่ใช้ และรูปแบบของการเล่นให้เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยก่อนเรียนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ส่วนแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง 4 ใน 5 ท่านมีความคิดเห็นตรงกันนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยเพิ่มจำนวนข้อพฤติกรรมที่ต้องสังเกต และมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกตได้เท่ากับ 1.00 และ 0.84 สำหรับการสังเกตร่วมกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 และผู้ช่วยคนที่ 2 ตามลำดับ

เมื่อมีผู้ป่วยเด็กตรงตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะขอพบผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของเด็กแล้ว ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยพูดคุยกับผู้ปกครองเพื่อเตรียมผู้ปกครองเข้าร่วมในกิจกรรมและจัดการเล่น แบบบทบาทสมมติเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ตุ๊กตามาแสดงบทบาทเป็นพยาบาล แม่ และเด็กป่วย 2 คนรวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ทั้งของจริงของเล่นจำลองมาประกอบการเล่นเพื่อสาธิตวิธีการตรวจรักษาให้กับผู้ป่วยเด็กทราบถึงเหตุการณ์

และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเนื้อหาของการเล่นจะเรียงตามลำดับ ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ต้องพบกับกิจกรรมการพยาบาลในช่วงแรกเริ่มผู้ป่วยใหม่ แล้วก็หายป่วยได้กลับบ้าน แล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กสัมผัสกับอุปกรณ์การแพทย์และเล่นแสดง เป็นพยาบาลที่ให้การรักษากับตุ๊กตา หลังจากจบการเล่นผู้วิจัยจะสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็ก แล้วพาผู้ป่วยเด็กไปส่งที่หอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเด็กทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมมาถึงหอผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินความกลัวของเด็กในช่วงรับใหม่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติทดสอบที่ (t-test dependent)

### สรุปผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ระบุว่า ผู้ป่วย เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ ได้ รับการพยาบาลตามปกติ

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ระบุว่า ผู้ป่วย เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ รับการพยาบาลตามปกติ

การที่ความกลัวของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา กิจกรรมที่ต้องเผชิญในช่วงรับใหม่ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย การตรวจเลือด และการวัดสัญญาณชีพจากพยาบาล โดยเนื้อหาของข้อมูลเป็นภาษาง่ายๆ อธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและผลที่จะเกิด ขึ้นกับเด็กในลักษณะของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสว่าเด็กจะรู้สึกอย่างไร ข้อมูลเหล่านี้ทำให้ ผู้ป่วยเด็กรับรู้เหตุการณ์การรักษานในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ไม่รู้สึกว่าคุณคูกคามหรือเป็น อันตรายเกินกว่าความเป็นจริงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการ เผชิญความเครียดของ Lazarus ที่ว่าการให้ข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งที่น่ามาใช้กับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญ กับสถานการณ์คุกคามที่เกิดจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เรียนรู้และคาดการณ์

ถึงเหตุการณ์ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์ที่น่ากลัวเป็นอันตราย ทำให้เกิดการวางแผนจัดการกับความเครียดได้เพิ่มขึ้นจึงเกิดการปรับตัวในทางที่ดี ความกลัวก็เป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดในด้านการจัดการกับอารมณ์เพื่อปรับตัวต่อความเครียด โดยความกลัวเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญเป็นภาวะคุกคามให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ความกลัวจะยิ่งเกิดขึ้นมากและรุนแรงหากการประเมินนั้นไม่ถูกต้องจนรู้สึกว่าคุณคุกคามเป็นอย่างมาก ประกอบกับเมื่อประเมินว่าตนขาดหรือไม่มีแหล่งประโยชน์ที่ใช้จัดการกับความเครียดด้วยแล้วก็ยิ่งทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น การประเมินจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความกลัว ซึ่งการประเมินจะเปลี่ยนแปลงได้โดยการให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น เพราะการให้ข้อมูลจะทำให้รับรู้ถึงสิ่งที่จะต้องประสบล่วงหน้า สามารถนำข้อมูลมาใช้ตัดสินใจหาทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น จึงช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินในขั้นสุดท้ายให้มีแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้นและข้อมูลจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการประเมินใหม่ นั่นคือ ทำให้เปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ที่คุกคามในขั้นการประเมินปฐมภูมิกลายเป็นสถานการณ์ที่ไม่คุกคามในขั้นการประเมินใหม่ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความกลัวลดน้อยลง

ในสถานการณ์ที่เด็กทราบว่าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะคิดว่าตนเองจะไม่มีโอกาสกลับบ้าน เช่น ผู้ป่วยเด็กคนหนึ่งบอกว่า “ไม่อยากไปสวรรค์” ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กกลัวว่าต้องจากครอบครัวไป บางคนกลัวถูกจับไว้ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ผู้ป่วยเด็กส่วนหนึ่งกลัวเลือดออก กลัวตาย กลัวว่าหมอและพยาบาลจะทำร้าย ความกลัวเหล่านี้ล้วนแต่เกิดขึ้นจากการประเมินที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเด็กว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการเตรียมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญหรือประโยชน์ของการรักษาพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการประเมินใหม่ (Reappraisal) ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะคุกคามน้อยลง หรือไม่ใช่สิ่งที่คุกคามเป็นอันตรายเหมือนที่เด็กเคยคิดไว้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกหวาดกลัวน้อยลง เห็นได้จากการซักถามความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กอีกครั้งหลังได้รับกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กบางคนบอกว่าไม่กลัวแล้ว ดังนั้นการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวน้อยลง

การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถช่วยปรับเปลี่ยนการประเมินเหตุการณ์การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กซึ่งอาจไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงจนเกิดความหวาดกลัวอย่างมากให้กลายเป็นว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ใช่สิ่งที่เป็นอันตราย ซึ่งช่วยให้ความกลัวของผู้ป่วยเด็กลดลงได้ นอกจากนี้เป็นผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เด็กต้องเผชิญแล้ว ยังเกิดจากการเลือกใช้คำพูดในลักษณะที่เป็นรูปธรรมปรนัย โดยเฉพาะในส่วน

ของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเลือดและการวัดสัญญาณชีพซึ่งเป็นกิจกรรม การตรวจรักษาที่  
 คุกคามต่อร่างกายของเด็ก ข้อมูลที่ให้ต้องสื่อให้เด็กเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนเพื่อช่วย  
 ลดจินตนาการที่น่ากลัวของเด็กที่สร้างขึ้น อีกทั้งเด็กวัยก่อนเรียนจะเข้าใจในเนื้อหาคำพูดที่สื่อให้  
 เห็นภาพ หรือการอธิบายแบบรูปธรรมได้ดีกว่านามธรรม การเลือกใช้คำเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ  
 รับรู้ทางประสาทสัมผัส (sensory information) ตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วย  
 เด็กรู้สึกหวาดกลัวน้อยลงเมื่อได้รับการตรวจเลือดและการวัดสัญญาณชีพ ตามที่ Johnson  
 (1999) ได้อธิบายไว้ว่าหากบุคคลให้ความสนใจต่อประสบการณ์ในลักษณะแบบรูปธรรมเป็นปรนัย  
 แทนที่จะให้ความสนใจกับลักษณะที่เป็นอัตนัย จะทำให้เกิดการควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่  
 เพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาหรือขจัดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดการตอบ  
 สอนทางอารมณ์ลดลง นั่นคือ ช่วยลดความกลัวลงได้ เพราะการให้ข้อมูลในลักษณะแบบ  
 รูปธรรมปรนัยจะไม่ได้นำอารมณ์จากประสบการณ์ในอดีตมาใช้แปลความประสบการณ์นั้น ทำให้  
 ไม่รู้สึกคลุมเครือ มีความเข้าใจต่อประสบการณ์นั้นมากยิ่งขึ้น เกิดแบบแผนความรู้ที่ชัดเจนจึง  
 สามารถแปลความหรือประเมินเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง ช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินในขั้น  
 ของการประเมินใหม่ (Reappraisal) ให้รู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยลง จึงช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัว  
 น้อยลง มีงานวิจัยต่างๆ ที่นำแนวคิดการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยมาใช้เพื่อลดความกลัวของ  
 เด็กเมื่อได้รับการรักษาที่คุกคามต่อร่างกาย เช่นงานวิจัยของ Johnson, Kirchhoff and Endress  
 (1975), ยูพยงค์ ว่องศรี (2529), นาทยา พิงสว่าง (2545) และสมปรรารถนา ทราชมุทธร (2545)  
 ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยเพื่อเตรียมเด็กก่อนผ่าตัดหรือทำหัตถการ เช่น การ  
 เจาะเลือด การฉีดยา การถอดฟันปลอม โดยสรุปผลการวิจัยว่า เด็กที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยมี  
 ความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาเหล่านี้เป็นข้อสนับสนุน  
 งานวิจัยนี้ว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยที่ใช้อธิบายวิธีการตรวจเลือดและการวัดสัญญาณชีพ  
 จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวลดลง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษา  
 ในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก

นอกจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นที่ว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาใน  
 โรงพยาบาลมีผลช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ของกิจกรรมการ  
 เตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ  
 การพยาบาลตามปกติ คือ การเตรียมโดยใช้สื่อและวิธีการที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัย  
 ก่อนเรียนด้วยการเล่นแบบบทบาทสมมติ และการให้บิดามารดาเข้าร่วมในกิจกรรม โดยมี  
 รายละเอียดดังต่อไปนี้

การให้ข้อมูลรักษาพยาบาลแก่เด็กโดยใช้วิธีการเล่นบทบาทสมมติเป็นส่วนหนึ่งที่  
 ช่วยส่งเสริมให้กิจกรรมการให้ข้อมูลในการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่ง

ขึ้น เพราะเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กโดยสิ่งที่เป็นรูปธรรมสามารถจับต้องได้ คือ ใช้ตุ๊กตาสวมตีมว่าเป็นเด็กป่วย แม่และพยาบาล รวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ ของเล่นจำลองมาประกอบการเล่น ทำให้พยาบาลสามารถเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และขั้นตอนการรักษาพยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยเด็กได้อย่างชัดเจน สื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจข้อมูลที่ให้ไปได้ง่ายขึ้น และการให้ข้อมูลโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติยังเป็นการให้ข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยเด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่เด็กรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสของเด็กเองจึงทำให้เด็กเข้าใจประสบการณ์การรักษาได้อย่างชัดเจน แก้ไขความเข้าใจผิดและความคิดเพื่อฟื้นคืนนาการที่น่ากลัวของเด็ก (Gibbons and Boren, 1985) ในขณะเดียวกันการเล่นแบบบทบาทสมมติเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้พูดคุยระบายความรู้สึกนึกคิดของตนออกมาทำให้พยาบาลทราบว่าผู้ป่วยเด็กเข้าใจหรือประเมินเหตุการณ์การรักษาไม่ตรงกับความเป็นจริงจึงสามารถให้ข้อมูลถูกต้องแก่ผู้ป่วยเด็กได้ อีกทั้งการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการเล่นยังทำให้พยาบาลทราบว่าบิดามารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาของเด็กอย่างไร หากบิดามารดาให้ข้อมูลที่ไมตรงกับอาการป่วยหรือแผนการรักษาพยาบาลก็สามารถแก้ไขได้โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาในระหว่างที่เล่นลักษณะของการเล่นบทบาทสมมติเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจข้อมูลต่างๆ ที่ให้ไปได้ง่ายและชัดเจนขึ้น จึงช่วยให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความกลัวน้อยกว่าเด็กในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่นำหลักการเล่นเพื่อการบำบัด (Therapeutic play) มาใช้ในการวิจัย เช่น งานวิจัยของ Zahr (1998), นฤมลธีระรังสิกุล (2532) และทัศนีย์ อรรถารส (2538) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมสภาพจิตใจเด็กก่อนการรักษาพยาบาลโดยใช้การเล่นเป็นกิจกรรมการให้ข้อมูล ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้เล่นมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้เล่น รวมทั้งเด็กที่ได้รับการเล่นจะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าด้วย

องค์ประกอบสุดท้ายของกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวลดน้อยลง คือ การให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยโดยมีการเตรียมบิดามารดาเพื่อเข้าร่วมในกิจกรรม และให้บิดามารดาช่วยเล่นเพื่อช่วยให้ข้อมูลแก่เด็กตามที่พยาบาลได้อธิบายไว้ การให้บิดามารดาเข้าร่วมเล่นกับผู้ป่วยเด็กและพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเด็กสนใจกับการเล่นมากขึ้น มากกว่าที่จะเล่นกับคนแปลกหน้าอย่างพยาบาลตามลำพัง เป็นผลให้เด็กได้รับข้อมูลต่างๆ ได้มากขึ้นตามที่พยาบาลต้องการ และการที่บิดามารดาเข้าร่วมเล่นกับพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลมากขึ้น และยอมรับฟังข้อมูลที่พยาบาลให้ด้วย เพราะเด็กต้องการให้บิดามารดาอยู่ใกล้ๆ ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล แม้กระทั่งเวลาที่จัดการเล่น มีผู้ป่วยเด็กบางคนที่ไม่ยอมอยู่ตามลำพังกับพยาบาล ต้องให้บิดา

มารดาอยู่ด้วยจึงจะยอมเล่นกับพยาบาล (ตารางที่ 3) กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้ให้บิดามารดาสามารถร่วมเล่นด้วยเพื่อที่บิดามารดาจะสามารถให้ข้อมูลเรื่องการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกันกับคำบอกเล่าของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กเชื่อในข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลมากขึ้นด้วย ตามที่ Brantly (1991) และ Ball and Blinder (1995) ได้สรุปไว้ว่าในการเตรียมด้านจิตใจเด็กวัยหัดเดินถึง 5 ปีเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย เพราะบิดามารดาเป็นเหมือนเครื่องมือสำคัญที่จะกระตุ้นให้เด็กเข้าร่วมในกิจกรรม และที่สำคัญ คือ ข้อมูลที่ได้จากบิดามารดาจะทำให้เด็กเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง และความแตกต่างในลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองก็อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กด้วย แต่ในงานวิจัยนี้ผู้ปกครองทั้ง 20 คนในกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ร่วมเล่นตามที่พยาบาลอธิบายไว้ รวมทั้งชักชวนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กร่วมเล่นกับพยาบาล หรือกล่าวได้ว่าในงานวิจัยนี้ผู้ปกครองทุกคนที่เข้าร่วมในการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะที่เหมือนกันจึงไม่มีผลต่อการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความกลัวของเด็ก การให้ผู้ปกครองเข้าร่วมในกิจกรรมการเตรียมจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับที่ Adams, Gill and McDonald (1991), Ellerton and Merrian (1994) ได้ศึกษาไว้เกี่ยวกับการเตรียมเด็กก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมเข้าโรงพยาบาลช่วยให้ข้อมูลแก่เด็กได้ดีกว่า ทำให้เด็กมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากองค์ประกอบต่างๆ ของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลโดยการเล่นบทบาทสมมติ และการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเตรียมเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 4) และเมื่อพิจารณาคะแนนความกลัวเป็นรายบุคคลจากตารางที่ 3 จะเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่นั่งฟังและดูการเล่นระหว่างพยาบาลกับผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว ไม่ยอมเล่นหรือสัมผัสอุปกรณ์ด้วยตนเอง มีคะแนนความกลัวสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ยินยอมเล่นกับพยาบาล เพราะผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาลเพียงบางส่วน เด็กจะไม่ได้รับทราบความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเล่นด้วยตนเอง ทำให้เด็กเข้าใจเหตุการณ์ไม่แจ่มชัดเท่ากับเด็กที่ได้เล่นด้วยตนเอง จึงอาจยังมีการประเมินที่เบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงบ้าง ส่งผลให้เด็กหวาดกลัวมากกว่าเด็กที่เข้าร่วมในการเล่นและได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ข้อค้นพบ

ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันว่าเด็กที่เข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความกลัวน้อยลง

นอกจากมีผู้ป่วยเด็กในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางคนที่ไม่ได้เล่นด้วยตนเองแล้ว ยังมีผู้ป่วยเด็กอีก 4 คนในกลุ่มนี้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในกิจกรรม (ตารางที่ 3) คือในขณะที่ดำเนินกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กไม่ยอมเล่นและร้องไห้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าพยาบาลจะเล่นและสาธิตวิธีการรักษากับผู้ปกครองเพื่อให้ข้อมูลแก่เด็ก แต่เด็กก็ไม่สนใจฟัง ไม่ยอมสัมผัสกับอุปกรณ์ด้วยตนเอง ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลในการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย จึงต้องตัดผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ออกจากการวิจัย หากพิจารณาคะแนนความกลัวของผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ (ตารางที่ 3) เห็นได้ชัดเจนว่า มีคะแนนความกลัวสูงกว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้าร่วมในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งนี้เนื่องจากเด็กในกลุ่มนี้มีลักษณะที่หวาดกลัวเป็นอย่างมากตั้งแต่แพทย์บอกว่าต้องนอนที่โรงพยาบาลจึงไม่ยอมเข้าร่วมในกิจกรรมการเล่น ไม่ยอมรับฟังข้อมูลใดๆ ที่พยาบาลเป็นผู้ให้ ทำให้กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้ไม่สามารถใช้กับเด็กที่มีความกลัวในระดับสูงอยู่แล้วได้ สอดคล้องตามที่ Clatworthy, Simon and Tiedeman (1999) ได้ศึกษาไว้ว่าการเล่นเพื่อบำบัดจะช่วยลดความกลัวของเด็กที่มีความกลัวอยู่ในระดับปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเด็กที่มีความกลัวในระดับสูงไม่สามารถช่วยเหลือได้โดยใช้วิธีการเล่น เช่นเดียวกับที่ Ellerton and Merrian (1994) ได้ศึกษาไว้ว่าเด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมก่อนเข้าโรงพยาบาลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความกลัวแตกต่างกันไม่มากนัก เพราะเด็กในกลุ่มทดลองที่มีความกลัวสูงจะไม่ยอมเข้าร่วมในกิจกรรมการเตรียม ดังนั้นสำหรับเด็กที่มีความกลัวในระดับสูงจะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้นเพื่อช่วยลดความกลัวของเด็กในกลุ่มนี้

กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกิจกรรมพยาบาลที่สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีหลายๆ แนวคิดที่ทดสอบมาแล้วว่าสามารถลดความกลัวของเด็กได้ คือ แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus แนวคิดการเล่นเพื่อบำบัด (Therapeutic play) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (Parental participation) มาใช้ร่วมกันเพื่อนำองค์ความรู้ต่างๆ จากแนวคิดทั้งสามมาใช้ในการพัฒนารูปแบบของการเตรียมเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นทั้งวิธีการและเนื้อหาของกิจกรรมให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้เด็กเข้าใจเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ดียิ่งขึ้นและรู้สึกหวาดกลัวน้อยลงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) เป็นข้อมูลที่ช่วยยืนยันว่าการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กมีความกลัวน้อย

ลงได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทางสถิติที่บ่งบอกถึงผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กแล้ว ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้เพิ่มเติมจากการเก็บรวบรวมข้อมูลก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยยืนยันว่าการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กได้

กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่นบทบาทสมมติทำให้ทราบว่าเด็กมีการประเมินที่ไม่ถูกต้องจนเกิดเป็นความกลัวในหลายๆ ลักษณะ ได้แก่ กลัวตาย กลัวหมอ กลัวเลือด กลัวไม่ได้กลับบ้าน เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการเล่นเด็กจะมีประสบการณ์การรักษามากขึ้น เด็กในกลุ่มทดลองที่ร่วมเล่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทำให้ทราบว่า จะเกิดอะไรขึ้น ทำให้ไม่กลัวหรือมีความกลัวเล็กน้อยเมื่อได้พบกับกิจกรรมที่ได้เล่นไปแล้ว เช่น เด็กในกลุ่มทดลองคนหนึ่งบอกว่าไม่กลัวเมื่อต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดเพราะได้เล่นมาแล้ว ทำให้รู้ว่าเป็นอย่างไรมาก่อน แต่เมื่อต้องได้รับการพญาซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กไม่รู้จัก เด็กแสดงพฤติกรรมความกลัวเป็นอย่างมาก เช่นเดียวกับผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่รู้จักกิจกรรมการรักษาพยาบาล เด็กมักถามว่าทำอะไร พยายามหลีกเลี่ยง และแสดงพฤติกรรมหวาดกลัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กส่วนหนึ่งชอบที่ได้เล่นกับอุปกรณ์การแพทย์ขอเล่นกับตุ๊กตาอีกเพราะการเล่นบทบาทสมมติเป็นสิ่งช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลายลงด้วย มีผู้ป่วยเด็กบางคนในกลุ่มทดลองหลังทราบว่าต้องนอนที่โรงพยาบาลจะร้องไห้ไม่ยอมอยู่โรงพยาบาล หลังจากได้เล่นแล้วญาติบอกว่าเด็กอารมณ์ดีขึ้น ไม่ร้องไห้ไว้วาย ถึงแม้ว่ายังชอบกลับบ้านอยู่ก็ตาม อีกทั้งกิจกรรมนี้ยังเป็นสิ่งที่ยังช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล เด็ก และบิดามารดา บางครั้งเมื่อพยาบาลผู้วิจัยมีโอกาสไปที่หอผู้ป่วยได้พบกับเด็ก เด็กยิ้มให้พูดคุยด้วย บิดามารดาก็มีสีหน้ายิ้มแย้ม และจากการสังเกตพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีถึงแม้มีสีหน้าที่แสดงความกลัวบ้าง ญาติของเด็กบางคนบอกว่า "ผิดคาดนี้ก็จะดีนักร้องไว้วาย แต่กลับยอมให้พยาบาลทำ และไม่ร้องไห้ด้วย" ความกลัวของเด็กไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลเท่านั้น หากเด็กไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความกลัวให้หมดไปจะส่งผลให้เด็กมีความกลัวที่รุนแรงฝังแน่นอยู่ในจิตใจ ทำให้เกิดมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาล ดังที่พยาบาลผู้วิจัยมีโอกาสพบกับผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุมคนหนึ่งในวันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มารดาบอกว่า "เด็กกลัวมากขึ้น กลัวไปหมดทั้งหมอนพยาบาล เข็ม เห็นไม่ได้จะหนีเลย รู้สึกว่าจะกลัวมากกว่าตอนอยู่โรงพยาบาลช่วงแรกๆ" ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความกลัวของเด็กกลัวว่าร่างกายจะบาดเจ็บและกลัวถูกทอด้ทั้งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความกลัวดังกล่าวจะลดลงได้หากเด็กมีประสบการณ์การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจจากครอบครัวและทีมสุขภาพ



การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยเด็กไว้ก่อนเรียนเพื่อเข้าโรงพยาบาลสามารถช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กได้ กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกจากช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจเหตุการณ์การรักษามากขึ้นแล้ว ยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยเด็กให้รู้สึกปลอดภัย และสามารถปรับตัวต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ เป็นผลดีต่อเด็กและครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่ก็จะได้รับความร่วมมือจากเด็ก ทำให้การตรวจรักษาดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ให้การดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดในขณะอยู่โรงพยาบาล จึงควรมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมการเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เด็กเกิดความพร้อมและสามารถปรับตัวต่อการรักษาพยาบาลอันจะส่งผลต่อการพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและบรรลุจุดมุ่งหมายในการพยาบาลแบบองค์รวม

### **ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้**

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กได้ ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

#### **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล**

- พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็กควรจัดกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความพร้อมต่อการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวลดลง ซึ่งก่อนจัดกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรมีการเตรียมพยาบาลให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานให้เอื้ออำนวยต่อการจัดกิจกรรมการเตรียมเพื่อให้พยาบาลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับบทบาทในการจัดการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิภาพของกิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยเด็ก

- พยาบาลสามารถนำการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้การเล่นแบบบทบาทสมมติและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเพื่อให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยเด็กมาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมเด็กก่อนทำหัตถการหรือให้การรักษาอื่นๆ โดยปรับเปลี่ยนเนื้อหาข้อมูลและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเล่นให้เหมาะสมกับการรักษาที่จะได้รับ

- เนื่องจากแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวในงานวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงของการสังเกตในเกณฑ์ที่ยอมรับได้แต่ยังไม่ดีนัก เพราะข้อจำกัดด้านเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น

การนำแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวมาใช้ประเมินความกลัวของเด็กจึงควรมีการอบรมผู้สังเกต เป็นอย่างดี เพื่อให้มีความเที่ยงของการสังเกตที่น่าเชื่อถือขึ้น

#### ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรจัดให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมสภาพจิตใจเด็กเพื่อลดความกลัวในการ รักษาพยาบาลในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษามีประสบการณ์และทักษะในการวางแผนการเตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วยเด็กก่อนการรักษาพยาบาล

#### ด้านการบริหารพยาบาล

- ควรจัดการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมด้านสภาพจิตใจเด็กก่อนเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบวิธีการและมีทักษะในการเตรียมสภาพจิตใจเด็ก เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ควรกำหนดนโยบายให้มีการเตรียมเด็กก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในด้านการเตรียมเด็กต่อการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะรวมทั้ง ควรจัดให้มีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการเตรียมเด็กก่อนการรักษาพยาบาล เพื่อช่วยให้เด็ก เกิดความพร้อมในการรักษาพยาบาล ช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะเป็นการพัฒนางาน การพยาบาลให้มีคุณภาพและบรรลุจุดมุ่งหมายในการพยาบาลแบบองค์รวม

#### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครอง เช่น ความพึงพอใจ วิตกกังวล เพราะกิจกรรมการเตรียมนี้ให้ผู้ปกครองเข้ามาส่วนร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยทำกิจกรรมนี้ ตั้งแต่ที่บ้านในกลุ่มเด็กที่มีการวางแผนนัดหมายล่วงหน้าว่าต้องเข้าโรงพยาบาล เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ กับผลของการเตรียมในวันที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะระยะเวลาในการเตรียมอาจมีผลต่อความกลัวของเด็ก โดยมีงานวิจัยที่ระบุว่าระยะเวลาในการเตรียมมีผลต่อความกลัวของเด็ก แต่บางงานวิจัยพบว่าระยะเวลาในการเตรียมไม่มีผลต่อความกลัว

3. ควรพัฒนากิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยปรับเปลี่ยนเนื้อหา ของการรักษาตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลถึงวันที่กลับบ้าน และจัดกิจกรรมซ้ำอีกเมื่อเด็กอยู่ที่ หอผู้ป่วย เพื่อศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็ก ตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล เช่น ความกลัวในวันแรก วันที่ 2 จนถึงวันที่เด็กกลับบ้าน

4. ควรพัฒนากิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ สำหรับ ผู้ป่วยเด็กที่มีความกลัวในระดับสูง เพราะการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในงานวิจัยนี้ ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยเด็ก 4 คนที่มีความกลัวในระดับสูงได้

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กลอยใจ มีเครือรอด. 2544. ผลของการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณิชกานต์ ไชยชนะ. 2544. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ คัดทะเล. 2532. ผลของการเตรียมด้านจิตใจด้วยการเล่าเรื่องต่อการให้ความร่วมมือในการเจาะหลังของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- นพพร มากทรัพย์. 2541. การเปรียบเทียบความเข้าใจลำดับของเหตุและผลในการเล่นสมมติในเด็กวัย 3-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- นฤมล ธีระรังสีกุล. 2532. ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- นาตยา พึ่งสว่าง. 2545. ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยผ่านตัวการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ทัศนีย์ อรรถารส. 2538. ผลของการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัญญัติ สุขเจริญ. 2527. เด็กกับความกลัว: พยาบาลช่วยได้อย่างไร. วารสารพยาบาล 33 (4): 363-374.
- ผกา สัตยธรรม. 2535. สุขภาพจิตเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิลาวรรณ โกชนม์มาก. 2531. ผลของการจัดโปรแกรมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียนต่อปฏิกิริยาการแยกจากมารดาเมื่ออยู่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- มาร์ค. 2538. วิถีเอาชนะความกลัว แปลโดย สเปญญ์ อุ่นองศ์. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว ยุพยงศ์ ว่องศรี. 2529. ผลของการให้ข้อมูล 2 ชนิดเกี่ยวกับการเจาะเลือดต่อปฏิกิริยาความกลัวของเด็กวัย 7-11 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- รพีพร ธรรมสาโรจน์. 2542. ผลของการใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรลักษณ์ ส่องวงษ์. 2540. การศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของเด็กวัยก่อนเรียนขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. 2531. เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์.
- สถาบันระหว่างชาติสำหรับการค้นคว้าเรื่องเด็ก. 2509. ความกลัวของเด็กไทย. ในรายงานการวิจัยฉบับที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- สมปวารณา ทรายสมุทร. 2545. ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- สุชา จันทน์เอม. 2541. จิตวิทยาเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช .
- สุวดี ศรีเลณวัฒน์ . 2530. จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์.
- อัญชลี ชนะกุล. 2528. ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดทอนซิลต่อความกลัวและการให้ความร่วมมือการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- อัมพล สุอัมพันธ์. 2530. สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล. ในวันเพ็ญบุญประกอบ และอัมพล สุอัมพันธ์ (บรรณาธิการ), จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์, หน้า 164-171. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Adams, J., Gill, S., and McDonald, M. 1991. Reducing fear in hospital. Nursing Times , 62-64.
- Atkin, D. M. 1987. Evaluation of pediatric preparation program for short-stay surgical patients. Journal of Pediatric Psychology 12 (2) : 285-289.
- Ball, J., and Bindler, R. 1995 . Pediatric nursing : Caring for children . Connecticut : Appleton & Lange.
- Bossert, E. 1994. Stress appraisals of hospitalized school-age children. Children ' Health Care 23 (1) : 33-49.
- Braton, M. L., and Zeanah, C. H. 1990. Stress in the preschool years. In A. L. Eugene. (ed.), Childhood Stress , pp. 193-221. New York : Johnwiley & sons.
- Brantly, D. K. 1991 . Preparing for hospitalization . In D. P. Smith.( ed.), Comprehensive children and family nursing skills , pp. 9-12. Missouri : Mosby – Year Book, Inc.
- Brennan, A. 1994. Caring for children during procedures : A review of the literature. Pediatric Nursing 20 (5) : 451-458.
- Burns, N., and Grove, S. K. 1987. The practice of nursing research : conduct, critique and utilization . Philadelphia : W.B. Saunders .
- Carlson, J. G., and Hatfield, E. 1992 . Psychology of emotion. Florida : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers .
- Caty, S ., Ellerton, M. L., and Ritchie, J.A. 1997. Use of a projective technique to assess young children ' s appraisal and coping response to a venipuncture. Journal of The Society of Pediatric Nurse 2 ( 2 ) : 83-92 .
- Chaiyawat, W. 2000. Psychometric Properties of the Thai Versions of the State - Trait Anxiety Inventory for Children - Revised (STAIC-R) and the Child Medical Fear Scale - Revised (CMFS-R) in Thai School Age Children. A dissertation for the degree of Doctor of Nursing Science. Faculty of the School of Nursing of University at Buffalo.
- Clatworthy, S., Simon, K., and Tiedeman, M. E. 1999. Child drawing : Hospital an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children . Journal of Pediatric Nursing 14 ( 1 ) : 2-9.

- Davis, J. L., and Janosic, E. H. 1991. Mental health and psychiatric nursing : A caring approach. Boston : Jones & Bartler.
- Douglas, J. 1993. Psychology and nursing children . Leicester : The British Psychology .
- Droske, S. C., and Francis, S. A. 1981. Pediatric diagnostic procedure : With guidelines for preparing children for clinical test. New York : A Wiley Medical Publication John Wiley & Son .
- Ellerton, M. L., and Merrian, C. 1994. Preparing children and families psychological for day surgery : An evaluation. Journal of Advanced Nursing 19 : 1057-1062.
- Ellerton, M.L., Ritchie, J. A., and Caty, S. 1994. Factors influencing young children ' s coping behavior during stressful healthcare encounters. Maternal-Child Nursing Journal 22 (3) : 74-82.
- Fein, G. G. 1981. Pretend play : An integrative review. Child Development 52 : 1095-1118.
- Ferguson, B. F. 1979 . Preparing young children for hospitalization : A comparison of two method . Pediatric 64 (5) : 656-664.
- Gibbons, M. B., and Boren, H. 1985 . Stress reduction : A spectrum of strategies in pediatric oncology nursing. Nursing Clinics of North America 20 (1) : 83-103.
- Glennon, B., and Weisz, J. R. 1978. An observational approach to the assessment of anxiety in young children. Journal of Consulting and Clinical Psychology 46 (6) : 1246-1257.
- Graham, P., Turk, J., and Verhulst, F. C. 1999. Child psychiatry : A development approach . 3<sup>rd</sup> ed. New York : Oxford University Press.
- Goslin, E. R. 1978. Hospitalization as a life crisis for the preschool child : A critical review. Journal of Community Health 3 (4) : 321-346.
- Gullone, E. 2000. The development of normal fear : A century of research. Clinical Psychology Review 20 (4) : 429-451.
- Hart, D., and Bossert, E. 1994. Self-reported fears of hospitalized school-age children. Journal of Pediatric Nursing 9 (2) : 83-90.
- Hurlock, E. B. 1978 . Child development . 6<sup>th</sup> ed. New York : McGraw-Hill .
- Hutchfield, K. 1999. Family-centred care : A concept analysis. Journal of Advanced Nursing 29 (5) : 1178-1187.

- Huth, M. M. 1983. Guidelines for conducting hospital tours with early school - age children . Pediatric Nursing 9 (6) : 414-415 .
- Ingalls, A. J., and Salerno, M. C. 1991. Maternal and child health nursing . 7<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby – Year Book.
- Johnson, J. E. 1999 . Self - regulation theory and coping with physical illness. Research in Nursing and Health 22 : 435-448.
- Johnson, J. E., Kirchoff, K. T., and Endress, M. P. 1975. Altering children ' distress behavior during orthopedic cast removal. Nursing Research 24 (6) : 404-410.
- Jones, D. C. 1994. Effect of parental participation on hospitalized child behavior. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 17 : 81-92.
- Josselyn, I. M. 1978 . Psychosocial development of children . New York : Family Service Association of America.
- Katz, E. R., Kellerman, J., and Siegel, S. E. 1980 . Behavioral distress in children with cancer undergoing medical procedure : developmental consideration . Journal of Consulting and Clinical Psychology 48 (3) : 356-365.
- Kendall, P. C., et al. 1992. Anxiety disorders in youth : cognitive behavioral intervention. Boston : Allyn & Bacon. Cited in Chaiyawat, W. 2000. Psychometric Properties of the Thai Versions of the State - Trait Anxiety Inventory for Children - Revised (STAIC-R) and the Child Medical Fear Scale-Revised(CMFS-R) in Thai School Age Children. A dissertation for the degree of Doctor of Nursing Science. Faculty of the School of Nursing of University at Buffalo.
- Kristensson-Hallstrom, I. 2000 . Parental participation in pediatric surgical care. AORN Journal 71 (5) : 1021-1029 .
- Lambert, S. A. 1984. Variables that affect the school - age child ' s reaction to hospitalization and surgery : A review of the literature. Maternal - Child Nursing Journal 13 (1) : 1-18.
- LaMontagne, L. L. 2000. Children ' s coping with surgery : A process - oriented perspective. Journal of Pediatric Nursing 15 (5) : 307-312.
- Lau, B. W.K. 2002. Stress in children : Can nurses help ?. Pediatric Nursing 28 (1) : 13-19.

- Lazarus, R. S. 1966 . Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill .
- Lazarus, R. S. 1991. Emotion and adaptation. New York : Oxford University Press, Inc.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping . New York : Springer.
- LeBaron, S ., and Zeltzer, L. 1984. Assessment of acute pain and anxiety in children and adolescents by self reports, observer reports, and behavior checklist . Journal of Consulting and Clinical Psychology 52 (5) : 729-738.
- Lewis, M., and Volkman, F. 1990. Clinical aspects of child and adolescent development. 3<sup>rd</sup> ed . Pennsylvania : Lea & Febiger .
- Loranger, N. 1992. Intervention strategies for the hispanic toddler with separation anxiety. Pediatric Nursing 18 (6) : 571-575.
- Lumley, M. A., Melemed, B. G., and Abeles, L. A. 1993. Predicting children 's pre surgical anxiety and subsequent behavior changes. Journal of Pediatric Psychology 18 (4) : 481-497.
- Manion, J. 1990 . Preparing children for hospitalization , procedures, or surgery. In M. J. Craft., and J. A. Denehy. (eds.), Nursing interventions for infant and children , pp. 74-92. Philadelphia : W.B. Saunder .
- Melamed, B. G., Meyer, R., Gee, C., and Soule, L. 1976. The influence of time and type of preparation on children's adjustment to hospitalization. Journal of Pediatric Psychology 1 (4) : 31-37.
- Melamed, B. G., and Siegel, L. J. 1975. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. Journal of Consulting and Clinical Psychology 43 (4) : 511-521.
- Melamed, B. G., Weinstein, D., Hawes, R., and Katin-Borland, M. 1975, April. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. JADA 90 : 822-826.
- Melnyk, B. M. 1994. Coping with unplanned childhood hospitalization : Effect of information interventions on mothers and children. Nursing research 43 (1) : 50-55.



- Melnyk, B. M., and Feinstein, N. F. 2001. Mediating functions of maternal anxiety and participation in care on young children ' s posthospital adjustment. Research in Nursing and Health 24 (1) : 18-26.
- Moore, A. 1987, April . Frightened of fear . Nursing Times , 34-37.
- Muller, D. J., Harris, P.J., Wahley, L. A., and Taylor, J. 1992. Nursing children psychology, research and practice . 2<sup>nd</sup> ed. London : Chapman & Hall.
- Muris, P., Merckelbach, H., and Collaris, R. 1997. Common children fears and their origins. Behavior Research and Therapy 35 (10) : 929-937.
- Muris, P., Merckelbach, H., and Luitjen, M. 2000. The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children with below-average intellectual abilities : A preliminary study. Behavior Research and Therapy 40 : 37-56.
- Nicastro, E. A., and Whetsell, M. V. 1999. Children ' s fear. Journal of Pediatric Nursing 14 ( 6 ) : 392 –402.
- Ollendic, T. H., and King, N. J. 1991. Origins of childhood fears : An evaluation of Rachman ' s theory of fear acquisition. Behavior Research and Therapy 29 : 117-123 . Cited in Muris, P., Merckelbach, H., and Collaris, R. 1997. Common children fears and their origins. Behavior Research and Therapy 35 (10) : 929-937.
- Pillitteri, A. 1981. Child health nursing : Care of the growing family . 2<sup>nd</sup> ed. Boston : Little, Brown and Company .
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. Nursing research : Principle and methods. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Prugh, D. G. 1983 . The psychosocial aspects of pediatrics. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Reisslan, N. 1983 . Cognitive maturity and the experience of fear and pain in hospital. Social Science and Medicine 17 (18) : 1389-1395.
- Robinson, E. H., et al. 1986. Fear : A development perspective. Presentation at the Annual Meeting of the American Association for Counseling and Development. Los Angeles. Cited in Nicastro, E. A., and Whetsell, M. V. 1999. Children ' s fear. Journal of Pediatric Nursing 14 ( 6 ) : 392 –402.

- Rodrigue, J. R., Graham - Pole, J., Kury, S., Kubar, W., and Hiffman, R. G. 1995. Behavioral distress, fear, and pain among children hospitalized for bone marrow transplantation. Clinical Transplantation 9: 454-456.
- Roger, D. 1977. Child psychology . 2<sup>nd</sup> ed. California : Wadsworth Publishing .
- Rushton, C. H. 1983 . Preparing children and families for cardiac surgery : Nursing interventions. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 6 : 235-248.
- Saile, H., Burgmeier, R., and Schmidt, L. R. 1988 . A meta - analysis of studies on psychological preparation of children facing medical procedures. Psychology and Health 2 : 107-132
- Scavnicky - Mylant, M. L. 1987. The hospitalized school-age child ' capacity for an appraisal of threat . Western Journal of Nursing Research 9 (4) : 503-526.
- Scipien, G. M., Chard, M. A., Howe, J., and Barnard, M. U. 1990. Pediatric nursing care. Missouri : C.V. Mosby ..
- Shanker, U. 1978 . Problem children : Based on case studies of Indian children . Delhi : ATMA RAM & SONS.
- Sheridan, E. A. 2002. Care of children who are hospitalized. In N. L. Polts., and B. L. Mandelco. (eds.), Pediatric nursing caring for children and their families., pp. 455-490. New York : Delmar - Thomson Learning .
- Stott, L. H. 1967. Child development : An individual longitudinal approach. New York : Holt, Rinehart & Winston .
- Tiedeman, M. E., Simon, K. A., and Clatworthy, S. 1990 . Communication through therapeutic play. In M. J. Craft., and J. A., Denehy. (eds.), Nursing interventions for infant and children , pp. 93-110 . Philadelphia : W.B. Saunder
- Tiedeman, M. E., and Clatworthy, S. 1990. Anxiety responses of 5 to 11 year-old-children during and after hospitalization. Journal of Pediatric Nursing 5 (5) : 334-343.
- Thompson, M. L. 1995. Concept and activities pediatric nursing . Pennsylvania : Springhouse.
- Vaughan, V. C., and Litt, I. F. 1990. Child and adolescent development : Clinical implications . Philadelphia : W.B. Saunders .
- Vernon, DTA., et al. 1965. The psychological responses of children to hospitalization and illness: A review of literature. Springfield: Charles & Thomas. Cited in

- Manion, J. 1990. Preparing children for hospitalization, procedures, or surgery. In M. J. Craft., and J. A. Denehy. (eds.), Nursing interventions for infant and children , pp. 74-92. Philadelphia : W.B. Saunder .
- Visintainer, M. A., and Wolfer, J. A. 1975 . Psychological preparation for surgical pediatric patients : The effect on children ' s and parent ' s stress responses and adjustment . Pediatrics 56 (2): 187-202.
- Waltz, C. F., and Strickland, O. L. 1988. Measure of nursing outcome : Vol1. New York : Springer.
- Weinstein, P., Domoto, P., and Baab, D. 1983. Developmental factors in coping of preschool children during restorative treatment. The Journal of Pedodontics 8 (52) : 52-56.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P., and Domoto, P. 1982. The effect of dentists ' behaviors on fear-related behaviors in children. JADA 104 : 32-38.
- Wilson, A.H. 1994. Nursing care during hospitalization. In C. L. Betz., M., Hunsberger., and S. Wright. (eds.), Family - centered nursing care of children. 2<sup>nd</sup> ed., pp. 717-734 . Pennsylvania : WB. Saunder .
- Wilson, A.H., and Yorker, B. 1997. Fear of medical events among school-age children with emotional disorders, parents, and health care providers. Issue in Mental Health Nursing 18 : 57-71.
- Winer, G. A. 1982. A review and analysis of children ' s fearful behavior in dental setting. Child Development 53 : 1111-1133.
- Woodgate, R., and Kristjanson, L. J. 1995. Young children ' s behavioral responses to acute pain : Strategies for getting better. Journal of Advanced Nursing 22 : 243-249.
- Wong, D. L. 1995. Whaley and Wong ' s nursing of infant and children. 5<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby – Year Book.
- Wolfer, J. A., and Visintainer, M. A. 1975. Pediatric surgical patients ' and parents ' stress responses and adjustment . Nursing Research 24 (4) : 244-255.
- Wolfer, J. A., and Visintainer, M. A. 1979 . Prehospital psychological preparation for tonsillectomy patients : Effect on children ' s and parents ' adjustments. Pediatric 64 (5) : 646-655.

- Ziegler, D. B., and Prior, M. M. 1994. Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. Nursing Clinics of North America 29 (4): 655-669.
- Zahr, L. K. 1998. Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. Pediatric Nursing 23 (5): 449-454.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ จินตุนติก  
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร. ทศนีย์ อรรถารส  
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยสหภาพกาชาดไทย
3. ม.ล. จีระวัฒน์ เกษมสันต์  
พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หอผู้ป่วยกุมาร 3 โรงพยาบาลศิริราช
4. นางสาวจีระวัฒน์ กมลศิลป์  
พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. แพทย์หญิง ปรัชวัน จันทศิริ  
แพทย์แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ข

### ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### คำชี้แจง

#### 1. ลักษณะกิจกรรม

รูปแบบของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะเป็นการเล่นแบบบทบาทสมมติโดยใช้ตุ๊กตาพยาบาล ตุ๊กตาแม่ ตุ๊กตาเด็ก ชุดของเล่นจำลองเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์การแพทย์ของจริงเป็นสื่อในการเล่นเพื่อสาธิตวิธีการตรวจรักษา เช่น การตรวจเลือด การวัดสัญญาณชีพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับเหตุการณ์ ตั้งแต่เมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การแยกจากบิดามารดา กิจกรรมที่เด็กต้องเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดสวนสูง และเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย กิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวจะให้ผู้ปกครอง (ผู้ปกครอง) ของผู้ป่วยเด็กเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยโดยให้ผู้ปกครองมาร่วมเล่นบทบาทสมมติแสดงเป็นแม่เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กตามที่พยาบาลได้อธิบายไว้แล้ว

#### 2. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเด็กอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 3. วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็ก
- เพื่อลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กระบายความรู้สึกที่มีต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 4. ระยะเวลา

ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

#### 5. สถานที่

แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจโรคเด็ก

#### 6. อุปกรณ์ประกอบ

- ตุ๊กตาเด็ก 2 ตัว
- ตุ๊กตาพยาบาล 1 ตัว
- ตุ๊กตาแม่ 1 ตัว
- เสื้อผ้าผู้ป่วยเด็ก 1 ชุด
- อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการตรวจวัดสัญญาณชีพ ประกอบด้วย หูฟัง ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต



- อุปกรณ์ตรวจเลือด ประกอบด้วย กระบอกฉีดยา สายยางเหลือง สำลีแอลกอฮอล์ พลาสเตอร์
- ชุดของเล่นหมอ ประกอบด้วย หูฟังพลาสติก ปรอทวดใช้พลาสติก และเครื่องวัดความดันโลหิตพลาสติก

#### 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยเด็กเข้าใจเหตุการณ์เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น
- ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น
- ผู้ป่วยเด็กเกิดทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรในทีมสุขภาพและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ขั้นตอนการเตรียมบิดามารดา (ผู้ปกครอง) เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.1 หลังจากแพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะพูดคุยกับบิดามารดา (ผู้ปกครอง) เพื่ออธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เนื้อหาที่ใช้ในการอธิบาย

.....

.....

.....

1.2 พยาบาลอธิบายความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และบทบาทของบิดามารดา (ผู้ปกครอง) ในกิจกรรมการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เนื้อหาที่ใช้ในการอธิบาย

.....

.....

.....

1.3 พยาบาลสอบถามความเชื่อความเข้าใจของบิดามารดา (ผู้ปกครอง) เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากบิดามารดา (ผู้ปกครอง) ของผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจหรือมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะอธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ขั้นตอนการเล่นแบบบทบาทสมมติ

2.1 พยาบาลแนะนำตัวเอง และชักชวนให้ผู้ป่วยเด็กเข้าร่วมในกิจกรรมการเล่นบทบาทสมมติโดยกำหนดบทบาทในการเล่น

ถ้าหากผู้ป่วยเด็กไม่ยินยอมเข้าร่วมในการเล่นจะไม่บังคับให้เล่น แต่จะให้ผู้ป่วยเด็กดูการเล่นระหว่างพยาบาลกับผู้ปกครองแทน

- 2.2 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่เด็ก
  - 2.3 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแยกจากบิดามารดา
  - 2.4 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย เป็นต้น
  - 2.5 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไปที่เด็กต้องได้รับเมื่อแรกเข้าโรงพยาบาล เช่น การวัดสัญญาณชีพ การตรวจเลือด (การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ) โดยสอดคล้องกับตุ๊กตาและผู้ปกครอง
3. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กสัมผัสกับอุปกรณ์การแพทย์และชักชวนให้ผู้ป่วยเด็กเล่นแสดงเป็นพยาบาลที่ให้การรักษากับตุ๊กตา ถ้าผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือยินยอมเล่น
  4. พยาบาลสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็ก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเล่น



ตุ๊กตาแม่ 1 ตัว

ตุ๊กตาเด็ก 2 ตัว

ตุ๊กตาพยาบาล 1 ตัว



อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการตรวจวัด

สัญญาณชีพ ประกอบด้วย

- ปรอทวัดไข้
- หูฟัง
- เครื่องวัดความดันโลหิต



อุปกรณ์ตรวจเลือด ประกอบด้วย

- กระจกฉีดยา
- สายยางเหลือง
- สำลีแอลกอฮอล์
- พลาสเตอร์



ชุดของเล่นหมอ ประกอบด้วย

- เครื่องวัดความดันโลหิต
- หูฟังพลาสติก
- ป้อนหัวที่ใช้พลาสติก
- เข็มฉีดยา

## แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน

ชื่อ ..... นามสกุล.....

ชื่อเล่น..... เพศ ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน

การวินิจฉัยโรค .....

โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา .....



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนให้ละเอียด และทำความเข้าใจก่อนลงมือทำการสังเกต ผู้ทำการประเมินต้องสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลในช่วงแรกกับผู้ป่วยใหม่ใน 5 สถานการณ์ คือ

(1) ขณะตรวจเลือด ตั้งแต่พยาบาลจัดทำผู้ป่วยให้พร้อมในการตรวจเลือด ใช้สายยางรัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะเจาะเลือด แทงเข็มดูดเลือด คลายสายยางที่รัดไว้ จนกระทั่งปิดพลาสติกเสร็จสิ้นการตรวจเลือด

(2) ช่วงที่ชั่งน้ำหนัก ตั้งแต่พยาบาลพาผู้ป่วยมาที่เครื่องชั่งน้ำหนักจนกระทั่งเสร็จสิ้น เมื่อผู้ป่วยลงจากเครื่องชั่ง

(3) ช่วงที่วัดสัญญาณชีพ ตั้งแต่พยาบาลนำปรอทมาวัดไข้ ใช้มือจับชีพจร นับอัตราการหายใจ จนกระทั่งทำการวัดความดันโลหิตเสร็จสิ้น

(4) ช่วงที่เปลี่ยนชุดเสื้อผ้าผู้ป่วย ตั้งแต่พยาบาลเริ่มถอดเสื้อผ้าของผู้ป่วยเด็กออกจนกระทั่งสวมชุดเสื้อผ้าผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อย

(5) ขณะพักนอน ในช่วง 5 นาทีแรกที่ผู้ป่วยมาพักอยู่ที่เตียงโดยไม่ได้รับกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลใดๆ

ผู้ทำการประเมินต้องสังเกตว่าในขณะที่เด็กวัยก่อนเรียนได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 5 สถานการณ์นี้เด็กแสดงพฤติกรรมความกลัวหรือไม่ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามพฤติกรรมที่สังเกตพบ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวของเด็กจะแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 5 ข้อ
2. การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 7 ข้อ
3. ด้านการพูดและการร้องไห้ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 8 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

คะแนนของความกลัวในแต่ละสถานการณ์ เท่ากับ 0 – 20 คะแนน การคิดคะแนนของแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวทั้งฉบับจะนำคะแนนจากสถานการณ์ในช่วงแรกกับผู้ป่วยใหม่ทั้ง 5 สถานการณ์มาคิดคะแนนรวมกัน ค่าพิสัยของคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน

คะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กมีความกลัวมาก

คะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กมีความกลัวน้อย

## แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว

พฤติกรรมที่ต้องสังเกต	ขณะ ตรวจ เลือด	ขณะ ซั้่งน้ำหนัก	ขณะวัด สัญญาณ ชีพ	ขณะ เปลี่ยน เสื้อผ้า	ขณะ พักผ่อน
<b>1. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย</b>					
1.1 ซัดขึ้น : บัดป้องไม่ยอมให้กระทำ หรือไม่ยอมทำตามคำสั่ง					
1.2 หลีกเลียง : ขยับตัวหรือแขนหรือขาหนี					
1.3 .....					
1.4.....					
1.5.....					
<b>2. การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง</b>					
2.1 .....					
2.2 .....					
2.3 .....					
2.4 .....					
2.5 .....					
2.6 .....					
2.7 .....					
<b>3. ด้านการพูดและการร้องไห้</b>					
3.1.....					
3.2.....					
3.3 .....					
3.4 .....					
3.5 .....					
3.6 .....					
3.7 .....					
3.8 .....					
รวมคะแนน					



## ภาคผนวก ค

### หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง ชี้แจงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยหลัก นางสาววิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล

นิติศาสตราจารย์โทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก

เนื่องด้วยดิฉันกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน” ซึ่งถือว่าเป็นการทำวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จึงต้องมีการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย คือ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ดังนั้นการลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะแสดงว่าท่านเต็มใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัยแล้ว

#### รายละเอียดของการวิจัยมีดังต่อไปนี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย** เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ประโยชน์ของการวิจัย** ในการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่หากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไปด้วย

**ความเสี่ยง** การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมจะไม่ทำให้ท่านและบุตร (เด็กในปกครอง) ของท่านได้รับอันตรายหรือความไม่สุขสบายใดๆ ทั้งสิ้น

**วิธีการดำเนินการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ดังนั้นท่านและบุตร (เด็กในปกครอง) ของท่านจึงอาจเข้าร่วมในการวิจัยโดยเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมก็ได้ตามแต่การพิจารณาของผู้วิจัย

1. เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของเด็ก แล้วผู้วิจัยจะจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

2. ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัย จะสังเกตพฤติกรรมของเด็กในช่วงรับใหม่ เพื่อประเมินว่าเด็กมีความกลัวหรือไม่

3. ในกลุ่มทดลอง

- หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติที่ตึกผู้ป่วยนอกแล้วผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมการเล่น บทบาทสมมติเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่เด็ก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยกิจกรรมการเล่นนี้จะให้ผู้ปกครองเข้าร่วมด้วยโดยแสดงบทบาทสมมติเป็นแม่ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามที่พยาบาลได้อธิบายไว้ แล้วจึงให้เด็กได้เล่นและสัมผัสกับอุปกรณ์การแพทย์

- เมื่อมาถึงหอผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของเด็กในช่วงรับใหม่ **การถอนตัวออกจากการวิจัย** ในระหว่างการวิจัย หากท่านและเด็กไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล

**การรักษาความลับ** ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับและผลการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยเท่านั้นโดยจะนำเสนอผลงานในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลแท้จริง

**บุคคลที่ติดต่อได้** ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลาโดยสามารถติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 0-9984-3724 หรือติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ที่เบอร์โทรศัพท์ 0-2218-9814

หากท่านยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กรุณาลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล

นิติติปริญญามหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า.....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....  
 ของ ( เด็กชาย / เด็กหญิง ) .....  
 ได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และ  
 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ  
 สมำครใจ จึงลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ

วันที่.....

ดิฉันได้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง วิธีการดำเนินการ  
 วิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ดิฉันเห็นว่าผู้ปกครองของเด็กเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์  
 ประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และวิธีการดำเนินการของการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิผู้  
 เข้าร่วมวิจัยดังกล่าว

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

หนังสือขอเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 12 ชุด

2) ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย จำนวน 12 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน" โดยมี ผศ.ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาตามมติของคณะกรรมการประจำคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปีที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา, หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก, หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล  
งานจัดการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9814  
ชื่อนิสิต นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล โทร 0-2331-2612 , 0-9984-3724

ที่ ศธ 0512.11 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

พศจิกายน 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด  
2) ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน " โดยมี ผศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาตามมติของคณะกรรมการประจำคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปีที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ฐนิพันธ์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานจัดการศึกษา

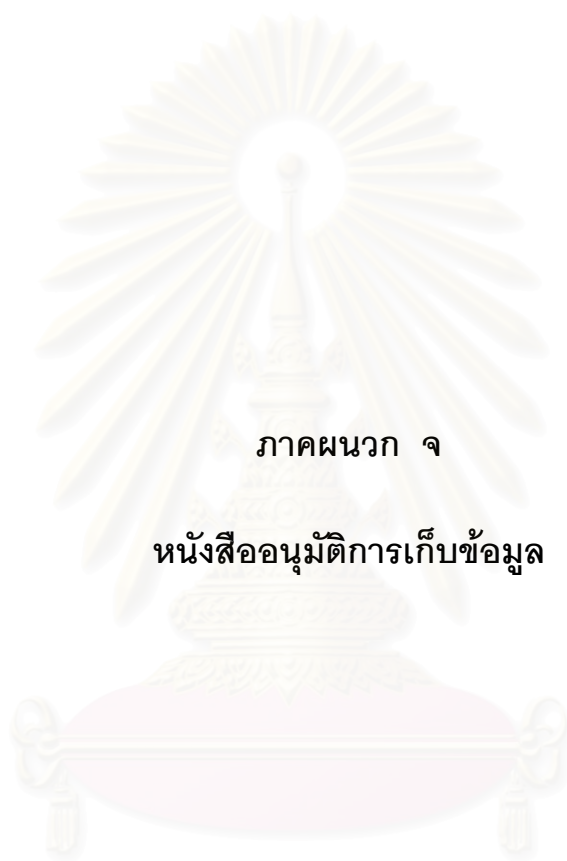
โทร.0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9814

ที่อนินิสิต

นางสาววิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล โทร 0-2331-2612 , 0-9984-3724



ภาคผนวก จ

หนังสืออนุัติการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ สธ 0319/ 16654

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ 10400

5 สิงหาคม 2546

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ทม 0342/0967  
ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2546

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์  
ให้ นางสาววิภาดา แสงนิมิตชัยกุล นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่อง "ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการ  
ให้ข้อมูลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน" ดังความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

บัดนี้ คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ  
มหาราชินีได้พิจารณาแล้ว เห็นควรอนุญาตให้ทำการศึกษได้ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นในการศึกษาครั้งนี้ และเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาวินิจฉัยโปรดแจ้งให้  
คณะกรรมการฯ ทราบ พร้อมมอบผลการวิจัยให้แก่สถาบันสุขภาพเด็กฯ จำนวน 2 ชุด เพื่อประโยชน์  
ในการศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุรกี เรืองสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร. 0-2245-6091

โทรสาร 0-2245-7580



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล เกิดวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2542 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันออก (ศัลย์เด็ก) โรงพยาบาลศิริราช เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544 ในระหว่างการศึกษาได้รับทุนจากสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ภายในประเทศ ระดับปริญญาโท สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย