

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



นางสาวสารทิ กาญจนโรจน์พันธ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

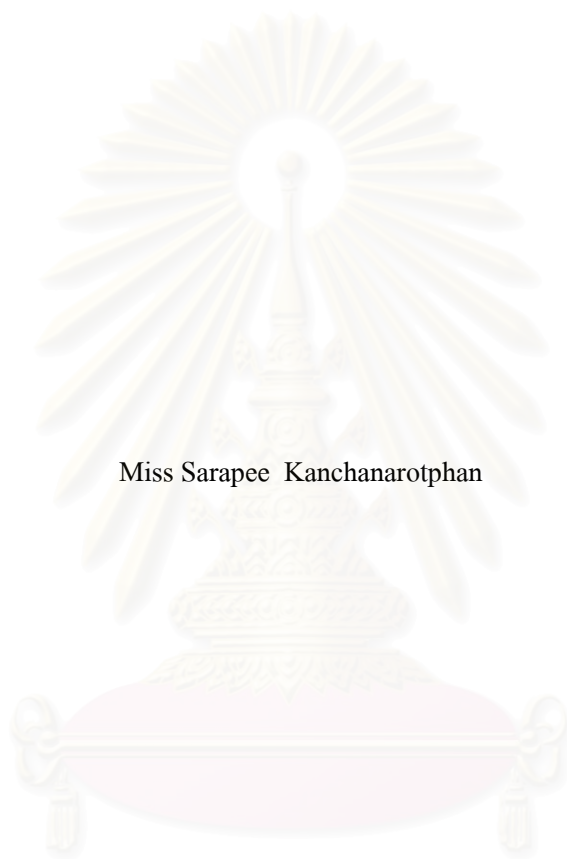
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-17-5735-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO FEAR OF HOSPITALIZED SCHOOL AGE CHILDREN



Miss Sarapee Kanchanarotphan

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-17-5735-2

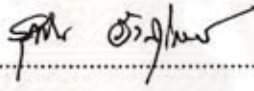
หัวข้อวิทยานิพนธ์      ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล  
โดย                              นางสาวสารทิ กาจัญญาโรจน์พันธ์  
สาขาวิชา                      พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา              ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

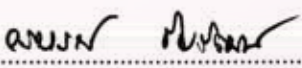
---

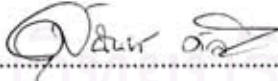
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการสอบ  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสุม)

สภามหาวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารภี กาญจนารโจน์พันธ์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่  
 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (FACTORS RELATED TO FEAR OF  
 HOSPITALIZED SCHOOL AGE CHILDREN) อ.ที่ปรึกษา: ผศ.ดร. วราภรณ์  
 ชัยวัฒน์, 108 หน้า. ISBN 974-17-5735-2

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ข้อมูล  
 ที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง  
 บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก และความวิตกกังวลของมารดา กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้า  
 รับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มาดูแลบุตรที่เข้ารับ  
 การรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง จำนวน 130 คู่ สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลาย  
 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม  
 ข้อมูลที่เด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถาม  
 การรับรู้ความสามารถในตนเอง แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก แบบสอบถาม  
 ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และแบบสอบถามความวิตก  
 กังวลของมารดา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ  
 หาค่าความเที่ยงโดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76, .85, .84,  
 .86, .83 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการห่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
 มาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Eta และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน  
 โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรับรู้  
 ความสามารถในการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษา  
 ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ข้อมูลที่เด็กมีและบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวก  
 กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
 .05
4. ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัย  
 เรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....  
 ปีการศึกษา .....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4677602236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: FEAR / SCHOOL AGE CHILDREN / HOSPITALIZATION

SARAPEE KANCHANAROTPHAN: FACTORS RELATED TO FEAR OF  
HOSPITALIZED SCHOOL AGE CHILDREN. THESIS ADVISOR:

ASST.PROF. WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S. 108 pp. ISBN 974-17-5735-2

The purpose of this study was to examine the relationships among gender, age, obtained information, hospitalization experience, trait anxiety, perceived self-efficacy, maternal anxiety and fear of hospitalized school age children. Subject were 130 hospitalized school age children, and their mothers, selected by multi-stage sampling. Instruments consisted of obtained information questionnaire, hospitalization experience questionnaire, perceived self-efficacy questionnaire, maternal anxiety questionnaire, Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R), and State Anxiety Subscale of the State-Trait Anxiety Inventory (SAI). Content validity and reliability of these instruments were acceptable. Cronbach's alpha coefficients were .76, .85, .84, .86, .83 and .89, respectively. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, Eta, and Pearson's Product Moment Correlation.

The major results of this study were as follow :

1. Gender was significantly correlated with fear of hospitalized school age children, at the level of significance of .05
2. Age, hospitalization experience, perceived self-efficacy were negatively correlated to fear of hospitalized school age children at the level of significance of .05
3. Obtained information, trait anxiety were positive correlated to fear of hospitalized school age children at the level of significance of .05
4. Maternal anxiety was not correlated to fear of hospitalized school age children at the level of significance of .05

Field of study.....Nursing Science..... Student's signature.....*Sarapee Kanchanarotphan*.....  
Academic year.....2005.....Advisor's signature.....*Waraporn Chaiyawat*.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ ตลอดจนให้กำลังใจ ปลอบใจอย่างดียิ่งแก่ศิษย์เสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลงได้ ศิษย์ขอกราบขอบคุณเป็น อย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุก ท่านที่ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ สวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำ วิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ให้การสนับสนุนในการลา ศึกษา รวมทั้งพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ขอขอบคุณคุณมาลี แซ่ฮุ้น และคุณจิรัญญา พานิชย์ ที่คอยให้กำลังใจ เป็นกำลังใจ ปลอบใจและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ บิดา มารดาและสมาชิกครอบครัว กาญจนาโรจน์พันธ์ ทุกคน ที่คอยช่วยเหลือ ดูแลด้านทุนทรัพย์และเป็นกำลังใจ ปลอบใจตลอดเวลา ขอขอบคุณอย่างสูง ในความกรุณาของคุณครู อาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในทุกระดับการศึกษา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
<b>1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
พัฒนาการของเด็กวัยเรียน.....	9
ความกลัวของเด็กวัยเรียน.....	15
ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	19
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	28
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	43
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55

บทที่		
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย.....	63
	อภิปรายผลการวิจัย.....	65
	ข้อเสนอแนะ.....	76
	รายการอ้างอิง	78
	ภาคผนวก	
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและใบพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	91
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	94
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	108



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ชื่อ โรงพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างที่สุ่ม ได้.....	45
2 จำนวนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน .....	46
3 จำนวนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา.....	48
4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจำแนกตามชุดของแบบสอบถาม.....	54
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตก กังวลของเด็กและความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล....	59
6 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล.....	60
7 จำนวนและร้อยละของระดับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล จำแนกตามเพศหญิงและเพศชาย	60
8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก และความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล.....	61

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย..... 43



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์คุกคามที่ทำให้เด็กเจ็บป่วยวัยเรียนเกิดความกลัวเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lau, 2002) เด็กจะกลัวมากที่สุดในวันแรกๆ ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Ferguson, 1979) เนื่องจากเด็กต้องเผชิญกับเหตุการณ์มากมายและสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่คุ้นเคย (Wong, 1995; Betz, Hunsberger and Wright, 1994; McKinney, 2000; Elbedour, Shulman and Kedem, 1997) ทั้งนี้ที่เด็กมาถึงหอผู้ป่วย เด็กจะต้องได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เช่น ต้องได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินสภาพร่างกาย บางรายต้องได้รับการเจาะเลือด ฉีดยา หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจรักษาที่ดูน่ากลัว นอกจากนี้การที่เด็กต้องแยกจากบิดามารดาในระหว่างกระบวนการรักษาบางขั้นตอน (วรลักษณ์ ฆ้องวงษ์, 2540; Lau, 2002) เข้าไปอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้าที่เด็กไม่คุ้นเคยและไม่ไว้วางใจ ทำให้อาจเป็นการเพิ่มความหวาดกลัวให้กับเด็ก เด็กกลัวว่าบุคคลแปลกหน้านั้นจะมาทำร้ายหรือทำให้ตนได้รับความเจ็บปวด (Wollin et al., 2004; Muris, Merckelbach and Luijten, 2002) นอกจากความเป็นจริงอันน่ากลัวที่เด็กต้องเผชิญอยู่แล้ว เด็กยังมีจินตนาการที่สร้างขึ้นเองเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล จึงทำให้เด็กรู้สึกว่าถูกคุกคามและเป็นอันตรายมากยิ่งขึ้นอีกด้วย

หากความกลัวของเด็กไม่ได้รับการแก้ไขตั้งแต่ช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Lau, 2002; Carter and Dearmun, 1995) ในระยะสั้นความกลัวจะทำให้เด็กมีปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น โกรธ ดื้อดึง ก้าวร้าว ปฏิเสธ ซัดขิ้น ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการรักษาพยาบาล (Timmerman, 1983) อาจทำให้เกิดการประหม่นหรือวินิจฉัยผิดพลาดหรือเกิดความล่าช้า ไม่สามารถให้การรักษาได้ถูกต้องและทันที่ และความกลัวของเด็กยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น จนอาจต้องเพิ่มการใช้ยาแก้ปวด (Rodrigue et al. 1995) นอกจากนี้ความกลัวยังทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้พยาธิสภาพของโรคที่เลวร้ายลง อาการแสดงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (Johnson, 1997) เพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อเพิ่มขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่ร่างกายต้องการเพื่อฟื้นคืนสภาพปกติยาวนานออกไป (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (Ziegler and Prior, 1994)

ในระยะยาว ความกลัวที่มากเกินไปทำให้เด็กขี้ขลาด เกิดความเครียดทางจิตใจที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา เช่น การมีพฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ เกือบคด ซึมเศร้า แยกตัว ย้ำคิดย้ำทำ และการระบายนอารมณ์ (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2522; Kendall et al., 1992) ความกลัวที่เกิดขึ้นมีผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ เด็กจะมีความหวาดระแวงตลอดเวลา เมื่อโตขึ้นจะหวาดกลัวง่ายต่อทุกสิ่งโดยไม่มีเหตุผล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่กล้าเผชิญความจริงในสังคมที่อาศัยอยู่ (สุชา จันท์ธอม, 2538) นอกจากนี้ความกลัวจะทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ส่งผลให้เด็กหลีกเลี่ยงการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยครั้งต่อไปและมีผลต่อการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในอนาคต (Moore, 1987) ความกลัวที่เกิดขึ้นอาจมีผลมาจากปัจจัยหลายๆ ด้านของเด็ก การที่พยาบาลจะสามารถป้องกันและช่วยลดความกลัวที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็กได้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องรู้ว่ามียังปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความกลัว เพื่อช่วยในการประเมิน ป้องกันและลดความกลัวของเด็กเหล่านี้

จากการศึกษาวรรณกรรมต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวในเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวเด็ก ปัจจัยภายในตัวเด็ก ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศหญิงและเพศชายจะมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างของบทบาททางเพศและความสามารถในการควบคุมอารมณ์ อายุ เด็กวัยเรียนที่มีอายุแตกต่างกันทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญาแตกต่างกันด้วย ซึ่งเป็นเหตุให้การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน นอกจากนี้ข้อมูลที่ถูกต้องที่เด็กมีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้ช่วยลดความกลัวจากการไม่รู้และจากจินตนาการลงได้ ทำให้เด็กสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากเด็กรับรู้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ จะทำให้ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Wong, 1999) การรับรู้ความสามารถในตนเอง การที่เด็กวัยเรียนมีการรับรู้ความสามารถในตนเอง สูงจะทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความกล้าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคามได้ จะส่งผลให้ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Karademias and Kalantzi-Azizi, 2004) บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กจะเป็นตัวส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนกลัวการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล หากเด็กวัยเรียนมีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง เพราะจะทำให้การรับรู้ต่อสภาวะความเครียดได้เร็วและแสดงความกลัวมากกว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Carroll and Ryan-Wenger, 1999)

ปัจจัยภายนอกตัวเด็ก ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา (Bogels and Melick, 2004) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว (Hart and Bossert, 1994; Miller, 1979; Gullone, 2000) วัฒนธรรมประเพณี (Elbedour, Shulman and Kedem, 1997) ภูมิถิ่น (Strickland et al., 1989; Jin, 1997) สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล (Jin, 1997) แต่เนื่องจากปัจจัยภายนอกส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ยากต่อการปรับเปลี่ยนเมื่อพิจารณาจากขอบเขตการทำงานของวิชาชีพการพยาบาล งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในเป็นหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กกับความกลัวการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยภายนอกที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ ความวิตกกังวลของมารดา เพราะเมื่อมารดาที่มีความวิตกกังวลจะทำให้มารดาขาดความสามารถในการดูแล ช่วยเหลือเด็กและไม่สามารถประคับประคองจิตใจของเด็กได้ (Bogels and Melick, 2004)

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมไทย ไม่พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล แต่การศึกษาเกี่ยวกับเด็กวัยเรียนในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมเด็กวัยเรียนก่อนการทำหัตถการ ต่างๆ เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการเตรียมก่อนผ่าตัด (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532; ยุพยงค์ ว่องศรี, 2529; สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; อัญชลี ชนะกุล, 2528; วิมลรัตน์ ว่องวีระ, 2530) ซึ่งเป็นการเตรียมเด็กด้วยการให้ข้อมูลเพื่อลดความกลัวและเพื่อให้เด็กร่วมมือในการรักษารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แม้ว่าผลการวิจัยโดยรวมจะพบว่า การเตรียมเด็กก่อนการทำหัตถการต่างๆ จะช่วยลดความกลัวของเด็กได้ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า มีเด็กวัยเรียนบางส่วนที่มีความกลัวลดลง ความกลัวของเด็กบางส่วนลดลงเพียงเล็กน้อยและบางส่วนก็ไม่สามารถลดความกลัวได้เลย (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532; ยุพยงค์ ว่องศรี, 2529; สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; อัญชลี ชนะกุล, 2528) นอกจากนี้ยังพบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่องที่ให้การพยาบาลแล้วไม่สามารถลดระดับความกลัวของเด็กได้ (วิมลรัตน์ ว่องวีระ, 2530) การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการเตรียมเด็กก่อนการทำหัตถการต่าง ๆ เหล่านี้ ใช้แนวคิดจากต่างประเทศโดยไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กไทยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีงานวิจัยของสมปอง วงษาสุข (2544) ที่ศึกษาระดับความกลัวของเด็กไทยวัยเรียนที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลอยู่ 1 เรื่อง แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กไทยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเลย การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่พัฒนามาจากต่างประเทศเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้คำนึงถึงบริบทสังคมไทย อาจทำให้การพยาบาลดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวในเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพราะจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำไปสู่การ

สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการพยาบาล ที่สามารถลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### คำถามการวิจัย

เพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดาด้วยความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความกลัวเป็นอารมณ์ที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน โดยอันตรายที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดคิดว่าจะเกิดในอนาคตก็ได้ (Gullone, 2000) ความกลัวจึงอาจเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นภายนอกที่บุคคลสามารถรับรู้ได้โดยใช้ประสาทสัมผัส หรืออาจเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น จากประสบการณ์หรือจินตนาการของตน (Clatworthy, Simon and Tiedman, 1999) ความกลัวที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดการแสดงออกในลักษณะของการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง เพราะเมื่อเกิดความกลัวเด็กจะรู้สึกหวาดหวั่น ไม่ปลอดภัย และขาดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา จึงเกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสิ่งที่กลัวนั้น (Nicastro and Whetsell, 1999) ความกลัวที่เกิดขึ้นจึงเป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัยของร่างกายเพื่อเตรียมตนให้พร้อมที่จะต่อสู้หรือหลีกเลี่ยงจากอันตรายที่จะเข้ามา (Eckstein, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดา ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ (Gender) เนื่องจากความแตกต่างทางด้านสรีระของเพศหญิงและเพศชายทำให้สังคมต่างๆ ทั่วโลกมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน (Gullone, 2000; Elbedour, Shulman and Kedem, 1997) โดยบทบาทเพศชายถูกคาดหวังถึงความกล้าหาญ เข้มแข็ง

ไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็น เด็กเพศชายจึงถูกสอนให้ปกปิดความกลัวและยอมรับความกลัวน้อยกว่าเพศหญิง ในทางตรงข้ามเพศหญิงจะมีการแสดงออกของความกลัวและอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่า (Jin, 1997) ซึ่งในสังคมไทยก็มีการกำหนดบทบาทของเพศหญิงและเพศชายในลักษณะนี้เช่นกัน (ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2547) นอกจากนี้เด็กเพศชายและเด็กเพศหญิง ยังมีลักษณะของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การเผชิญความเครียดในระดับที่ต่างกัน (Ollendick, Ingman and Akande, 1999; เบญจพร ปัญญาขง, 2538) คือ เพศหญิงจะมีภาวะของความพึงพา และมีความอดทนต่อความเครียดและความกลัวในระดับที่น้อยกว่าเพศชาย จึงส่งผลให้ความกลัวในเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย (Miller, 1979)

อายุ (Age) เด็กที่มีอายุแตกต่างกัน มีพัฒนาการทางสติปัญญาต่างกัน เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในขั้นของการคิดและเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ในสิ่งที่ป็นรูปธรรม (Concrete operation) แม้ว่าเด็กวัยเรียนจะคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ แต่ยังไม่คิดเท่าเด็กวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ เพราะเด็กวัยเรียนตอนต้นสามารถคิดและเข้าใจเฉพาะสิ่งที่ป็นรูปธรรม ด้วยข้อจำกัดทางพัฒนาการด้านสติปัญญานี้ทำให้เด็กวัยเรียนตอนต้นมักมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง เด็กจึงกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เมื่อเด็กโตขึ้นเรื่อยๆ เด็กจะมีพัฒนาการทางสติปัญญามากขึ้น ทำให้การรับรู้และความเข้าใจการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้เด็กมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง (Ollendick et al., 2001)

ข้อมูลที่เด็กมี (Obtained information) คือ จำนวนข้อมูลที่ต้องการที่เด็กรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น ลำดับเหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการรวมทั้งข้อมูลดังกล่าวจะต้องมีความถูกต้อง ชัดเจน เป็นจริง และเป็นข้อมูลที่ปราศจากการใส่ความรู้สึกใด ๆ ของผู้ให้ข้อมูลลงไป (Johnson, 1999) การที่เด็กมีข้อมูลที่ต้องการจะช่วยให้เด็กได้มีการรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ถูกต้อง ช่วยลดความกลัวจากการไม่รู้และการจินตนาการได้ ทำให้เด็กสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการได้รับกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และจะเป็นการช่วยประคับประคองผู้ป่วยเด็กให้ผ่านพ้นสถานการณ์ที่คุกคามต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bates and Broome, 1986; Droske and Francis, 1981)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization Experience) เป็นการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจหรือไม่ (Betz, Hunsberger and Wright, 1994) โดยเด็กอาจรับรู้โดยตรง จากการที่เด็กเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือรับรู้ทางอ้อมจากการสังเกตหรือการถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการเข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาล จากบุคคลรอบข้าง เช่นบิดามารดา พี่ น้องหรือเพื่อน ๆ (Bandura, 1986) หากเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่พึงพอใจจะทำให้ความกลัวเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดน้อยลง แต่ถ้าเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ จะทำให้เด็กเกิดความกลัวเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (Behrman and Vaughan, 1983)

การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-efficacy) เป็นความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จได้ การรับรู้ความสามารถในตนเองมีบทบาทสำคัญต่อปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด (Bandura, 1997) หากบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพความสามารถที่จะควบคุมสิ่งคุกคามต่างๆ ได้ บุคคลก็จะประเมินว่าสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าไม่อันตรายหรือไม่คุกคาม บุคคลนั้นจึงไม่เกิดความกลัว นอกจากนี้การที่บุคคลเชื่อในความสามารถของตนยังส่งผลให้เกิดความกล้าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัญหาหรือที่คุกคาม อันจะส่งผลให้ความกลัวของบุคคลลดลงด้วย (Bandura and Benight, 2004)

บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก (Trait Anxiety) เป็นลักษณะอุปนิสัยประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มักจะประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญว่าเป็นภาวะคุกคาม ซึ่งการประเมินสถานการณ์ในลักษณะนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะความวิตกกังวล (State anxiety) ในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น (Spielberger, Sarason and Defares , 1978) โดยในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นได้เร็วและแสดงความกลัวมากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Carroll and Ryan-Wenger, 1999)

ความวิตกกังวลของมารดา (Maternal anxiety) ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นของบุคคล ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณภาพหรืออาจทำให้เกิดอันตราย โดยสิ่งที่คุณภาพอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, Sarason and Defares , 1978) มารดาของผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็ก หากมารดามีความวิตกกังวลสูง จะส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวสูง เพราะมารดาที่มีความวิตกกังวลสูง จะขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือให้เด็กเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาให้แก่เด็กได้ และไม่สามารถประคับประคองจิตใจของเด็กได้ ทำให้เด็กเกิดความกลัวไปด้วย (Bogels and Melick, 2004; Bernstein, Layhe, Egan and Nelson, 2004) ความวิตกกังวลของบิดามารดาจะส่งผลให้การรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง มีผลทำให้เด็กมีความกลัวที่มากกว่าปกติ (Williams et al., 2003) นอกจากนี้เด็กจะมีการ



เรียนรู้เกี่ยวกับภาวะความกลัวจากมารดาโดยการสังเกต เลียนแบบ ถ้ามารดามีความกลัวในระดับสูงจะส่งผลให้เด็กมีความกลัวในระดับที่สูงด้วยเช่นเดียวกัน (Gerull and Rapee, 2002) จากเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กวัยเรียนอายุ 8-12 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมารดาที่เข้ามาดูแลบุตรในโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก ความวิตกกังวลของมารดาและความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### คำจำกัดความในการวิจัย

อายุ หมายถึง จำนวนเวลาเป็นเดือนนับตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกิดถึงปัจจุบัน

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นหญิงหรือชาย

ข้อมูลที่เด็กมี หมายถึง จำนวนข้อมูลที่ถูกต้องที่เด็กรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เด็กต้องเผชิญในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการ ข้อมูลที่เด็กมีสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมและกิจกรรมการ

รักษาพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ ซึ่งการรับรู้นี้อาจเกิดจากการที่เด็กเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ ด้วยตนเองหรือเด็กอาจสังเกตหรือได้รับการถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากบุคคลอื่น ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความสามารถในตนเอง หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมและกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้ การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก หมายถึง ลักษณะอุปนิสัยประจำตัวของเด็กแต่ละคนที่มีอยู่เดิมก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นลักษณะอุปนิสัยที่มักจะประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญว่าเป็นภาวะคุกคาม บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กสามารถประเมินได้โดยแบบประเมินความวิตกกังวล Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ Trait Anxiety subscale ของ Chaiyawat (2000)

ความวิตกกังวลของมารดา หมายถึง ความรู้สึก ไม่สบายใจ หวาดหวั่นของมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเมื่อนึกถึงการที่บุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลของมารดาสามารถประเมินได้โดยแบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory เฉพาะ State Subscale ของ Spielberger (1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ญ จันทวัฒนา

ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมินได้โดยแบบประเมินความวิตกกังวล Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ State Anxiety subscale ของ Chaiyawat (2000)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันและลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถช่วยเหลือเพื่อป้องกันและลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. นำผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การวิจัยรูปแบบอื่นต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยอื่น ๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
2. ความกลัวของเด็กวัยเรียน
3. ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 1. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนหรือวัยเด็กตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี (สุชา จันทรเฒ, 2538) และเป็นวัยที่เริ่มเข้าเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย จึงนิยมเรียกวัยนี้ว่าเด็กวัยเรียน (school age) อาจจะแบ่งเป็นเด็กวัยเรียนตอนต้น อายุ 6-8 ปี เด็กวัยเรียนตอนกลาง อายุ 8-10 ปีและเด็กวัยเรียนตอนปลาย อายุ 10-12 ปี (Marlow and Redding, 1988) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ต่อระหว่างวัยเด็กเล็กกับวัยรุ่น เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายและรวดเร็วทั้งทางด้านสติปัญญา อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเตรียมเด็กให้พัฒนาไปสู่ความเป็นตัวเองมากขึ้น และสามารถใช้ชีวิตในสังคมที่นอกเหนือไปจากครอบครัวตนเองได้ เด็กวัยนี้สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อได้ดี มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ สังคมของเด็กจะเปลี่ยนจากบ้านเป็นสังคมในโรงเรียน เด็กจะเริ่มเรียนรู้บทบาทตามเพศของตน เรียนรู้การเข้ากลุ่มเพื่อน มีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความสามารถในการสร้างกฎเกณฑ์สามารถใช้เหตุผล และเข้าใจถึงเหตุผลได้ดี แต่เด็กวัยนี้ยังต้องการคำแนะนำตักเตือนจากผู้ปกครองเมื่อเด็กทำผิดหรือไม่กล้าตัดสินใจในการกระทำบางอย่าง (ทิพย์ภา เชมภูเจ้าวลิต, 2543; Susan, 2002)

##### 1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

อัตราการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนจะช้าลงเล็กน้อยแต่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ เด็กหญิงจะโตเร็วกว่าเด็กชาย ร่างกายจะขยายออกด้านส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง สัดส่วนร่างกายใกล้เคียงผู้ใหญ่มากขึ้น แต่ส่วนหัวยังคงใหญ่กว่าส่วนลำตัว ปาก ขากรรไกร และจมูกใหญ่ได้รูป ลำตัวเล็ก

ได้สัดส่วน คอยาว ออกผาย ท้องราบ แขนขายาว มือเท้าใหญ่ขึ้น (Hurlock, 1978) เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านร่างกายโดยเฉพาะด้านคุณภาพการทำงานในระบบต่าง ๆ ได้แก่

1.1.1 กล้ามเนื้อและระบบประสาท จะทำงานประสานกันได้ดีขึ้น ประสาทสัมผัสมีการพัฒนาให้มีความละเอียดขึ้น มีผลต่อการพัฒนาด้านการเรียนรู้และสติปัญญาที่ต้องใช้ทักษะประเภทนี้เป็นสื่อ จึงสามารถปฏิบัติได้ดี (Stoudemire, 1998)

1.1.2 กระดูกและฟัน กระดูกจะเจริญเติบโตเกือบเต็มที่โดยขยายยาวขึ้น ทำให้เด็กวัยนี้ดูแก่ง้างแขนขาเพราะเนื่องจากการขยายด้านความสูงมากกว่าความกว้าง จะมีความสูงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5-6 เซนติเมตร เมื่ออายุได้ 12 ปีจะมีความสูงเพิ่มขึ้น 30-60 เซนติเมตร โดยทั่วไปจะสูงประมาณ 150 เซนติเมตร ส่วนน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นปีละ 2-3.5 กิโลกรัม เมื่ออายุ 12 ปี จะมีน้ำหนักโดยประมาณ 40 กิโลกรัม กระดูกข้อมือ 6-7 ชิ้นยังไม่เจริญเต็มที่ จะมีกระดูกข้อมือครบ 8 ชิ้นเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ขากรรไกรขยายใหญ่ขึ้น จะมีฟันแท้ซี่แรกงอกเมื่ออายุ 6 ปี และฟันน้ำนมจะเริ่มหักจะมองเห็นฟันหน้าขึ้นก่อนต่อด้วยฟันเขี้ยวล่าง ฟันกรามซี่ที่หนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นกรามบดและเป็นตัวกันให้ฟันหน้าซี่อื่นๆ ขึ้นถูกต้องตามตำแหน่งของฟัน เด็กหญิงจะมีฟันขึ้นเร็วกว่าเด็กชายเล็กน้อย ในเด็กวัยเรียนทั่วไปจะมีฟันแท้ขึ้น 28 ซี่ จากฟันแท้ 32 ซี่ ส่วนที่เหลืออีก 4 ซี่จะขึ้นครบเมื่อมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น (Ashwill and Droske, 1997; สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2537)

1.1.3 อวัยวะภายใน เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเกือบทุกระบบ เช่น สมองมีน้ำหนักมากขึ้นเจริญเกือบเต็มที่ เมื่ออายุ 7 ปี น้ำหนักสมองเป็นร้อยละ 90 ของผู้ใหญ่ และจะมีน้ำหนักสมองเท่าผู้ใหญ่เมื่ออายุ 12 ปี ปอดมีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีน้ำหนักเป็น 10 ปี ของแรกเกิด อวัยวะย่อยอาหารเจริญเติบโตเต็มที่ ระบบขับถ่ายมีวุฒิภาวะในวัยนี้โดยโตจะมีขนาดโตขึ้น 2 เท่าของผู้ใหญ่ ส่วนหัวใจมีการเจริญเติบโตค่อนข้างช้าในวัยนี้ จะมีน้ำหนักเป็น 6 เท่าของแรกเกิด (Murray and Zentner, 1989) จากสาเหตุที่หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับสัดส่วนของร่างกาย จึงทำให้เด็กวัยเรียนเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก

1.1.4 อวัยวะเพศ เจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ แต่เด็กวัยนี้จะมีความตระหนักรู้ถึงบทบาททางเพศ และอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับร่างกายของเพศตรงข้าม ในเพศหญิงช่วงอายุ 8-12 ปี จะมีลักษณะเพศที่ปรากฏชัดเจน ได้แก่ ตะโพกผายออก ทรวงอกขยาย มีขนขึ้นที่อวัยวะเพศ ทำให้รู้สึกวิตกกังวล มีจิตใจจดจ่ออยู่กับเรื่องนี้มาก ส่วนเพศชายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเมื่ออายุ 12-14 ปี (Susan, 2002)

1.1.5 การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายในเด็กวัยเรียนจะมีการประสานงาน ควบคุมการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อได้ดี มีความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การวิ่ง กระโดด ปีนป่าย ห้อยโหน หรือการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการหยิบจับ ชิดเขียน หรืองานศิลปะที่ต้องใช้ฝีมืออย่างประณีตบรรจง ประกอบด้วยเด็กวัยนี้มีสัญชาตญาณแห่งความอยากรู้อยากลอง อยากทำทาสสิ่งใหม่ๆ ที่เป็นแรงผลักดัน ฉะนั้นเด็กวัยนี้จึงสนุกใน

การทำกิจกรรมอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย และพยายามที่จะฝึกทักษะการเคลื่อนไหว เพื่อไม่ให้เหนื่อยหน้าเพื่อน โดยไม่ค่อยใช้ความระมัดระวังมากนักทำให้ประสบอุบัติเหตุในการเล่นได้บ่อยๆ (Ashwill and Droske, 1997; Stoudemire, 1998)

## 1.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา

พัฒนาการด้านสติปัญญาเป็นความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การใช้ความคิดหาเหตุผล การตัดสินใจ และจินตนาการในการประกอบกิจกรรมให้บรรลุตามที่ต้องการ เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับสามารถเข้าใจสิ่งที่ตนได้รับทางประสาทสัมผัสและสิ่งที่ได้ยินได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน รู้จักสัญลักษณ์ และความหมายของสิ่งต่าง ๆ เด็กที่มีความจำดีจะรู้จักคิด ตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ รู้จักวางแผนและดัดแปลงแก้ไขการกระทำต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นผลมาจากการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งจะค่อย ๆ พัฒนาการขึ้นตามอายุและการได้รับการสั่งสอน เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้น และมีความซับซ้อนขึ้นตามลำดับ ตามทฤษฎีการพัฒนาคณิตศาสตร์และสติปัญญาของ Piaget (Lewis and Volkman, 1990) Piaget กล่าวว่า เด็กวัยเรียนนี้จะพัฒนาความคิดจากความคิดในวัยเด็กเล็กที่มักวนเวียนอยู่กับเรื่องราวของตนเองหรือใกล้ตนเอง กลายเป็นความคิดที่เป็นจริงเป็นจังในสังคมที่กว้างยิ่งขึ้น พร้อมทั้งสามารถเข้าใจและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นดีขึ้น แต่เด็กวัยเรียนในระยะต้นยังมีความคิดฝืนเชิงจินตนาการเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ใช่ปรากฏการณ์อันเป็นจริง เช่น สิ่งเพื่อฝัน หรือสิ่งลึกลับ ซึ่งถ้าได้อธิบายให้เข้าใจถูกต้องและส่งเสริมในทางที่ถูกต้องแล้วก็จะจะเป็นผลดีต่อการพัฒนา การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ แต่ถ้าไม่ได้รับคำชี้แจงในทางที่ถูกต้องแล้วก็จะกลายเป็นผลร้าย คือ เด็กจะติดอยู่ในความคิดเชื่อถืออันไร้เหตุผล ซึ่งจะเกิดความกลัวหรือแยกตัวเองจากโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็มีแนวโน้มจะกลายเป็นโรคจิตหรือบุคลิกภาพแปรปรวนได้ Piaget ได้แบ่งขั้นพัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญา ออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะปฏิบัติการด้วยประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (Sensorimotor operation period) ระยะการคิดก่อนปฏิบัติการ (pre - operation period) ระยะปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operation period) และระยะปฏิบัติการด้วยนามธรรม (formal operation period) โดยเด็กวัยเรียนจัดอยู่ในระยะปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operation period) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Lewis and Volkman, 1990)

ระยะปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operation period) นับตั้งแต่อายุ 7-11 ปี การให้เหตุผลของเด็กวัยนี้ใช้หลักการวิทยาศาสตร์ คือเมื่อเด็กต้องเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างความคิดและการรับรู้ เด็กจะใช้สมองและเหตุผลแบบตรรกศาสตร์มาเป็นเครื่องตัดสิน เด็กมีความสามารถในการคิดและเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ในสิ่งที่ป็นรูปธรรมซึ่งหมายถึงวัตถุหรือเหตุการณ์ที่สังเกตได้ นั่นคือ เด็กสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งของได้ เช่น วัตถุแม้เปลี่ยนรูปไปก็ยังคงมีจำนวนเท่าเดิม (concepts of conservation) นอกจากนั้น เด็กมีความสามารถในการจัดลำดับ (concepts of seriation) คือ ความเข้าใจของคำว่า “เท่ากัน ” “มากกว่า ” และ “น้อยกว่า ” มีความสามารถในการจัดกลุ่ม

สิ่งของโดยลักษณะต่างๆ (concepts of classification) เด็กจะเข้าใจเกี่ยวกับเลขแสดงจำนวน (cardinal number) และเลขแสดงลำดับที่ (ordinal number) ไม่ว่าจะเขียนในลักษณะใด (concepts of number) และถึงแม้เด็กจะยังอยู่ในขั้นการคิดแบบรูปธรรม แต่ก็สามารถเข้าใจความหมายของ “อดีต” “ปัจจุบัน” และ “อนาคต” แล้ว

เด็กวัยนี้จะพอใจกับการคิดอย่างมีระบบ และมีความพอใจที่สามารถมีวิธีการคิดในการตัดสินใจตัดสินใจต่างๆ ได้ นับว่าเป็นการใช้ความคิดโดยใช้สมองมากกว่าการรับรู้ เกิดการพัฒนาเกี่ยวกับการคิดหาเหตุผล แต่เด็กจะมีความสามารถที่จะหาเหตุผลเพื่อแก้ปัญหาแต่ละปัญหาที่แยกจากกัน เด็กวัยนี้จะใช้เหตุผลในการอธิบายสิ่งต่างๆ ใน 3 ลักษณะ

1. อธิบายโดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่ปรากฏ 2 เหตุการณ์ เหตุการณ์หนึ่งเป็นเหตุ เหตุการณ์หนึ่งเป็นผล (causal explanation)
2. อธิบายโดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจ และสาเหตุที่แท้จริง (psychological explanation)
3. อธิบายโดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ซึ่งต่อเนื่องระหว่างความคิดและการตัดสินใจ (logical explanation)

การพัฒนาการทางภาษาของเด็กวัยนี้จะมีการพูดคุยยึดความคิดตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentric speeds) น้อยลง และมีการพูดทางสังคมมากขึ้น (socialized speeds) เด็กสามารถมองเหตุการณ์ตามความรู้สึกและเข้าใจของคนอื่นได้ รู้จักใช้ภาษาเปรียบเทียบกับตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างจากคนอื่นๆ ดังนั้นการพัฒนาทางด้านความคิดและทางภาษาจะช่วยส่งเสริมเด็กในการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองและการอยู่ในสังคมมากขึ้น เด็กวัยเรียนจะมีความสามารถในการใช้ภาษาได้ดีทั้งในแง่การพูดและความเข้าใจภาษา นอกจากนี้พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (Wood, 1983) จึงทำให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องของความกลัว การรับรู้และความเข้าใจในเรื่องความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากขึ้นจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสมบูรณ์กว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อย (Clatworthy, Simom and Tiedeman, 1999) โดยเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยจะคิดว่าการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การถูกลงโทษจากการที่ตนเองไม่เชื่อฟังพ่อแม่หรือเกิดจากการกระทำ ความผิดของตนเอง ส่วนในเด็กวัยเรียนที่มีอายุมากกว่า จะเข้าใจในสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วย โดยจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากการที่ร่างกายสัมผัสกับเชื้อโรค จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วย (Rushforth, 1996)

### 1.3 พัฒนาการด้านอารมณ์

โดยทั่วไปเด็กวัยเรียนจะมีอารมณ์สนุกสนานร่าเริง เด็กจะสนุกสนานกับการเล่นและการประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำ เด็กวัยนี้จะเริ่มเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นดีขึ้น รู้จัก

ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้ดี แต่ในระยะต้นของวัยนี้มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เพราะเด็กต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ที่สำคัญ คือการปรับตัวในโรงเรียน เพื่อนร่วมชั้น การเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันทีโอนอ่อนผ่อนผัน มาเป็นการปฏิบัติให้ตรงเวลาภายในระยะเวลาที่จำกัด ต้องทำตามกฎระเบียบและคำสั่งของผู้อื่น เมื่อถึงระยะปลายของวัยนี้อารมณ์จะสงบและคงที่ เพราะเริ่มชินต่อสิ่งแวดล้อมเข้าใจบทบาทของตนเองดีขึ้น มีทักษะในการพิจารณาหาเหตุผลเพิ่มขึ้น (Ashwill and Droske, 1997) ดังนั้นลักษณะอารมณ์ที่พบในเด็กวัยเรียน มีทั้งอารมณ์ในด้านพึงพอใจและอารมณ์ในด้านไม่พึงพอใจ คือ

### 1.3.1 อารมณ์ในด้านพึงพอใจ ได้แก่

1.3.1.1 อารมณ์สนุกสนานร่าเริง เข้ากับเพื่อนและผู้อื่น ได้ดี วัยนี้เป็นวัยที่มีความสุขที่สุดในชีวิต แม้ว่าจะมีการกีดกันที่ในโรงเรียน ที่บ้านและส่วนตัวก็ตาม

1.3.1.2 อารมณ์รัก เด็กจะไม่ค่อยแสดงออกโดยเปิดเผยเพราะอาย แต่แสดงออกทางอ้อม คือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่ตนรักและช่วยเหลือทำสิ่งต่าง ๆ ความรักหรือชอบนี้ขึ้นอยู่กับความไว้วางใจ และศรัทธาเชื่อมั่นมากกว่าลุ่มหลงไร้เหตุผล (Schulte, Price and Jame, 1997)

1.3.1.3 ความรู้สึกสงสารเห็นใจ เด็กจะมีความรู้สึกสงสารเห็นใจผู้อื่นตลอดจนสัตว์เลี้ยง เข้าใจความรู้สึกผู้อื่นได้ดีเพราะสิ่งแวดล้อมของเด็กกว้างขวางขึ้น (Betz, Hunsberger and Wright, 1994)

### 1.3.2 อารมณ์ในด้านไม่พึงพอใจ ได้แก่

1.3.2.1 อารมณ์โกรธ เป็นปฏิกิริยาหนึ่งต่อความคับข้องใจที่ไม่สามารถทำหรือได้รับสิ่งที่ตนต้องการ ซึ่งเด็กวัยนี้มักประสบความคับข้องใจอยู่เสมอ แต่ก็เป็นส่วนที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การปฏิบัติ และก้าวไปสู่วุฒิภาวะของพัฒนาการด้านอารมณ์ภายหลัง โดยทั่วไปวัยนี้เริ่มรู้จักควบคุมการแสดงอารมณ์โกรธได้เหมาะสมขึ้น (Bowden, Dickey and Greenberg, 1998)

1.3.2.2 ความอิจฉาริษยา เป็นอารมณ์ที่เกี่ยวกับความรู้สึก เพราะมีสิ่งที่เกิดกับเด็กที่ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าถูกบังคับ ถูกกีดกัน ถูกขัดขวาง ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ หรือคิดว่าได้รับสิ่งนั้นน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในความอิจฉาริษยานั้น มีทั้งความกลัวว่าจะไม่มีใครสนใจตัวเองเท่าเดิม มีความโกรธที่มีคนอื่นสำคัญกว่าตนในสายตาของคนอื่นจึงไปสนใจสิ่งนั้นมากกว่าตัวเอง และมีความรักตัวเองมากเกินไป ไม่อยากให้คนอื่นเป็นที่รักของคนอื่นมากกว่าตนแล้วยังกลัวว่าจะมีใครมาแบ่งแยกความรักที่ผู้ใหญ่มีต่อเด็กให้น้อยลงไป

1.3.2.3 ความกลัว เด็กส่วนมากกลัวสิ่งที่ตนจินตนาการและสิ่งที่เป็นรูปธรรมซึ่งตนพบเห็นมาประกอบ เช่น กลัวไฟ กลัวถูกเจาะเลือด กลัวถูกฉีดยา และกลัวคนที่ไม่คุ้นเคย เป็นต้น แหล่งกำเนิดความกลัวของเด็กได้แก่ ประสบการณ์ตรงของเด็กเอง จินตนาการของตนเอง คำบอกเล่าของผู้อื่นสอนให้เด็กกลัว เช่น ขู่ว่าจะให้หมอนฉีดยาถ้าไม่เชื่อฟัง หรือความกลัวที่เกิดขึ้นจาก

การถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวโดยไม่บอกให้เด็กเข้าใจว่าจะไปไหนจะกลับเมื่อใด ทิ้งให้เด็กรอ ทำให้เด็กเกิดความกลัวจะถูกทอดทิ้ง วิธีการตอบสนองความกลัวของเด็ก คือ การหนี การสู้และการหลีกเลี่ยงหรือทำตนให้เข้ากับสิ่งนั้น แต่เด็กจะไม่อยากให้ผู้อื่นรู้ว่าตนกลัว เพราะจะถูกหัวเราะเยาะหรือถูกล้อเลียน (Wong, 1999)

#### 1.4 พัฒนาการด้านสังคม

สังคมและสิ่งแวดล้อมของเด็กวัยเรียนจะกว้างขวางขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะเด็กต้องเข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบิดามารดาจึงขยายออกไปสู่เพื่อนฝูงครูและผู้ใหญ่อื่น ๆ อีก เด็กจะอยู่ในสังคมนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ในแต่ละวัน และมีเวลาอยู่ในสังคมในบ้านน้อยลง สังคมนอกบ้านจึงเป็นที่ที่เด็กได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากขึ้น ได้มีเพื่อนมากขึ้น เด็กวัยนี้จะจับกลุ่มระหว่างเพื่อนเพศเดียวกัน เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กในระแวกนี้มาก จึงทำให้เด็กวัยนี้อยากเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และอยากมีส่วนร่วมในการเล่นหรือทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มมากกว่าอยากอยู่คนเดียวหรือทำอะไรตามลำพัง (Potts and Mandlco, 2002) เด็กจะพยายามรวมกลุ่มกันและสร้างโครงสร้างของกลุ่ม อีกทั้งวางมาตรฐานแนวปฏิบัติของคนภายในกลุ่ม โดยดูแบบอย่างในสังคมของผู้ใหญ่ เมื่อเด็กมีเพื่อนเป็นกลุ่มใหญ่แล้ว จะทำให้เด็กมีความรู้สึกสนุกสนานในการเล่น แต่การเล่นนั้นเป็นเพียงกลุ่มเพื่อนเด็ก ๆ ทั้งการเล่นก็ยังคงเป็นการเล่นที่ต่างคนต่างเล่น เพียงแต่อยู่รวมกลุ่มกันเท่านั้น และชอบคบเพื่อนเพศเดียวกัน แต่ยังคงไปด้วยทั่ว ๆ ไปได้ว่าเด็กวัยนี้สามารถเล่นและทำกิจกรรมร่วมกันได้ทั้งเด็กผู้ชายและผู้หญิง วิธีการเล่นก็เปลี่ยนไปอยู่เสมอส่วนมากมักเอาแต่ใจตัวเอง ต้องการเอาชนะเพื่อน ชอบวิจารณ์หรือล้อเพื่อนหากทำไม่ถูก (Stoudemire, 1998) เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้าหากัน โดยยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ รู้จักยอมรับฟังคำแนะนำตามความคิดเห็นของผู้อื่นได้ รู้จักกฎเกณฑ์และสิทธิเสรีภาพของตนเองและผู้อื่น เริ่มแสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง อยากเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการประสบความสำเร็จในโรงเรียน (Wong 1999)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากบ้านไปสู่โรงเรียน ได้เรียนรู้ชีวิตและทักษะใหม่ๆ ต้องการจัดการกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง และถ้าทำได้จะเกิดความภูมิใจ (Industry) แต่ถ้าไม่สำเร็จเด็กวัยนี้ก็จะรู้สึกที่ตนเองล้มเหลวหรือด้อยกว่าผู้อื่น (Inferiority) มีความกลัวในสิ่งที่ตนสร้างจากจินตนาการในเรื่องการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่ต้องการแยกจากคนที่ตนรักหรือเพื่อนวัยเดียวกัน อยากทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มมากกว่าการอยู่คนเดียวหรือทำอะไรตามลำพัง ยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง และต้องการให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและพัฒนาการของเด็ก



## 2. ความกลัวของเด็กวัยเรียน

ความกลัว (Fear) เป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษโบราณว่า “faer” ซึ่งแปลว่า อันตรายหรือหายนะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (Goodwin, 1983)

Moore (1987) กล่าวถึงความกลัวว่าเป็นอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข แสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยการหลีกเลี่ยงหรือทำให้รอดพ้นจากสถานการณ์นั้น

Chaiyawat (2000) ให้ความหมายว่า ความกลัว เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่รับรู้ว่าคุณภาพหรือเป็นอันตราย รวมถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ปั่นป่วน ไม่แน่ใจ หวาดกลัว

พจนานุกรมบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของความกลัวว่า หมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความกลัวของเด็กวัยเรียนเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ หวาดกลัว เป็นการตอบสนองของเด็กต่อเหตุการณ์และสิ่งทีก่อให้เกิดความกลัวโดยเด็กจะรับรู้ว่าคุณภาพหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง

ความกลัวเป็นกลไกที่มนุษย์ใช้ป้องกันตัวเองให้พ้นจากอันตรายเพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่อาจมีความกลัวอยู่ในระดับหนึ่งที่ปกติ กล่าวคือ ความกลัวที่เกิดขึ้นได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความกลัว ถ้ามนุษย์ปราศจากความกลัวก็อาจตายจากความบ้ำบิ่นและทำทหายจากอันตรายได้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้ามนุษย์มีความกลัวมากเกินไปก็จะเกิดผลเสียขึ้น ความกลัวนับเป็นบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการและการปรับตัวของเด็กเป็นอย่างมาก เด็กที่มีความกลัวในสิ่งต่างๆ มากมายย่อมมีประสบการณ์อยู่ในวงแคบ ไม่กล้าที่จะเผชิญหรือกระทำสิ่งใดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง อันเป็นผลร้ายต่อพัฒนาการในด้านต่างๆ อย่างเห็น ได้ชัด และยังเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและสติปัญญาของเด็กด้วย (Timmerman, 1983) ยิ่งกว่านั้นความกลัวที่รุนแรงและฝังแน่นอยู่ในจิตใจของเด็กอยู่ตลอดเวลาย่อมบั่นทอนสุขภาพจิตของเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งจะมีผลสืบต่อมาถึงสุขภาพกายของเด็กอีกด้วย (สถาบันระหว่างชาติสำหรับการค้นคว้าวิจัย, 2509)

ความกลัว (Fear) และความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่อธิบายถึงความรู้สึกไม่สบายใจต่อสิ่งที่มารบกวน ประกอบด้วยการตอบสนองทางความคิด พฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย (Chaiyawat, 2000) นักวิชาการบางกลุ่มแบ่งแยกความวิตกกังวลกับความกลัวออกจากกัน Hurlock (1978) กล่าวว่า ความกลัวและความวิตกกังวลมีลักษณะที่แตกต่างกันเล็กน้อยตรงที่ความกลัวเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นที่สามารถระบุได้ ส่วนความวิตกกังวลเกิดขึ้นโดยปราศจากสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน เป็นการกังวลถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกล่าวว่าการกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่ระบุสาเหตุได้ แต่สาเหตุของความวิตกกังวลจะมีความคลุมเครือไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ในขณะที่นักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งมองว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีลักษณะเช่นเดียวกัน เพราะอารมณ์ทั้งสองเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่เข้ามาว่าเป็นอันตรายต่อตนเองจึงรู้สึกไม่สบายใจ บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางร่างกาย

และพฤติกรรมเหมือนกัน (Chaiyawat, 2000) รวมทั้งปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลก็เหมือนกันด้วย สิ่งกระตุ้นเดียวกันสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งไม่จำเป็นที่ความกลัวต้องเกิดจากการถูกกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก แต่ความกลัวอาจถูกกระตุ้นได้จากสิ่งเร้าภายใน เช่นความคิดและจินตนาการของตนเองซึ่งเป็นสิ่งคลุมเครือ จึงไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นที่กลัวได้เช่นเดียวกันกับการเกิดความวิตกกังวล จึงกล่าวได้ว่าความกลัวและความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นเดียวกัน ดังนั้นนักวิชาการทางการแพทย์เด็กส่วนใหญ่จึงมักใช้สองคำนี้สลับกันไปมา โดยถือว่ามีความหมายใกล้เคียงกันมาก (Winer, 1982) และจากการศึกษาของ Chaiyawat (2000) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลและความกลัวของเด็กไทยวัยเรียน พบว่าเด็กไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของทั้งสองอารมณ์นี้ได้ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาในงานวิจัยนี้จึงใช้คำว่า ความวิตกกังวลและความกลัวในความหมายเดียวกัน

### ชนิดของความกลัวในเด็ก

ความกลัวเป็นอารมณ์ที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน โดยอันตรายที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดว่า จะเกิดขึ้นในอนาคตก็ได้ (Robinson, 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999) และชนิดของความกลัวนั้น Behrman and Vaughan (1983) ได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความกลัวที่เกิดจากการเรียนรู้ อิทธิพลของการเรียนรู้ที่มีต่อความกลัวของเด็กนั้น เด็กอาจเรียนรู้ความกลัวในสิ่งที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนเลย จากประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจของตนเอง หรือเด็กอาจเรียนรู้ความกลัวจากบิดามารดาโดยการเลียนแบบ การสังเกต (Behrman & Vaughan, 1983) ถ้าบิดามารดากลัวเสียงฟ้าร้องเด็กก็จะกลัวตามไปด้วย เด็กเรียนรู้ที่จะกลัววัตถุหรือบุคคลในสิ่งแวดล้อมของตนโดยสัมพันธ์กับสิ่งที่กระตุ้นให้กลัว เช่น ปกติเด็กจะไม่กลัวพยาบาล จนกระทั่งพยาบาลฉีดยาให้เด็ก มีผลทำให้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับความเจ็บปวด ต่อมาเด็กจะร้องไห้ทันทีเมื่อพบพยาบาล (Hetherington and Parke, 1986) นอกจากนี้ Rachman (1977 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) ยังพบว่า ความกลัวเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์นั้นมาก่อนแล้ว และสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก เกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ หรือเป็นสถานการณ์ที่บุคคลนั้นถูกจำกัดกิจกรรมเป็นอย่างมาก เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งความกลัวอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งคุกคาม ดังนั้นหากเด็กได้รับข้อมูลว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่คุกคาม น่ากลัว เด็กก็จะกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็นต้องเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน สถาบันระหว่างชาติสำหรับค้นคว้าเรื่องเด็ก (2509) ได้ทำการวิจัยเรื่องความกลัวของเด็กไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อายุ 7-8 ปี รวมทั้งหมด 135 คน เป็นเด็กผู้ชาย 65 คน เป็นเด็กผู้หญิง 70 คน ในหมู่บ้านชนบท 3 แห่ง ได้แก่ หมู่บ้านป่า จังหวัดชลบุรี หมู่บ้านพรานเหมือน จังหวัดอุดรธานี และหมู่บ้านอุเม็ง จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า แหล่งที่เด็กได้

เรียนรู้ความกลัวมาจากประสบการณ์โดยตรง คือ การที่เด็กเคยเผชิญหรือพบปะกับสิ่งที่กลัวด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์อื่นๆ ว่ามีอันตรายหรือคุกคามความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของตนเอง จากคำบอกเล่าหรือคำขู่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และจากการจินตนาการของเด็กเอง โดยที่เด็กไม่เคยมีประสบการณ์พบเห็นหรือมีคนบอกเล่ามาก่อน

2. ความกลัวที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ ความกลัวของเด็กจะเปลี่ยนไปตามอายุ ดังนั้นเด็กวัยเรียนในแต่ละช่วงอายุ ที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาแตกต่างกัน จึงทำให้เด็กมีความกลัวที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่

เด็กวัยเรียนอายุประมาณ 6 ปี จะมีความกลัวที่ไม่แตกต่างจากเด็กวัยก่อนเรียน เช่น กลัวความมืด กลัวเสียงดังกลางคืน กลัวการแยกจากพ่อแม่ กลัวสัตว์ร้าย (Muris, Merckelbach and Luijten, 2002)

อายุ 7 ปี มักกลัวสิ่งที่มองไม่เห็น เช่น ความมืด เงา กลัวสิ่งที่คิด จินตนาการเอง เช่น สงคราม ขโมย มีคนซ่อนอยู่ที่ใต้เตียง กลัวตามคำบอกเล่า กลัวสิ่งแปลกใหม่ และกังวลเกี่ยวกับตนเองว่าสิ่งนั้นยากไปสำหรับตนเอง กลัวจะไม่มีคนรัก กลัวจะมีบางสิ่งเกิดขึ้นกับตนเอง (Muris, Merckelbach and Luijten, 2002)

อายุ 8 ปี ความกลัวความมืดลดลง กลัวอย่างมีเหตุผลมากขึ้น เช่น กลัวความล้มเหลว

อายุ 9 ปี จะมีความกลัวและความวิตกกังวลสูงช่วงหนึ่งของอายุ จะมีจินตนาการเรื่องร้ายๆ กลัวไม่มีใครรัก (Rappoport and Shore, 1998)

อายุ 10 ปี กลัวหลายสิ่งเพิ่มขึ้นอีก กลัวสัตว์โดยเฉพาะพวกงูและสัตว์เลื้อยคลาน กลัวไฟ กลัวความมืด กลัวเลือด กลัวที่สูง (Nicastro and Whetsell, 1999)

อายุ 11 ปี เป็นช่วงอายุหนึ่งที่มีความกลัวและความวิตกกังวลมากที่สุด กลัวการอยู่ตามลำพัง กลัวไม่มีใครรัก กลัวความเจ็บปวด กลัวการติดเชื้อ กลัวสัตว์แปลกๆ และกังวลเกี่ยวกับโรงเรียน เศรษฐกิจ และสุขภาพตนเอง

อายุ 12 ปี กลัวการบาดเจ็บจากผู้ร้าย กลัวการถูกทำร้าย กลัวผลการเรียนไม่ดี กลัวการอยู่คนเดียว (Burnham and Gullone, 1997)

### ประเภทของความกลัว

การแบ่งประเภทหรือชนิดของความกลัวต่างๆ ได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวางพอสรุปได้ดังนี้ การศึกษาเกี่ยวกับความกลัวของ Nicastro and Whetsell (1999) ได้แบ่งชนิดของความกลัวโดยทั่วไปที่พบในเด็กเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลัวความล้มเหลวและคำวิจารณ์ เช่น กลัวการตำหนิของบิดามารดา กลัวสอบตก

2. กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวผี สิ่งที่น่ากลัว กลัวห้องมืด กลัวสัตว์ประหลาด กลัวการอยู่

คนเดียว

3. กลัวการบาดเจ็บและสัตว์เล็ก เช่น กลัวปืน กลัวเลือดออก กลัวงู กลัวหนู
4. กลัวอันตรายและความตาย เช่น กลัวไฟ กลัวถูกรถชน กลัวแผ่นดินไหว กลัวตกที่สูง
5. กลัวการรักษาในโรงพยาบาล เช่น กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวถูกแพทย์หรือพยาบาล

พิจารณา

### อาการที่แสดงออกเมื่อเกิดความกลัว

เมื่อเด็กเกิดความกลัวจะทำให้เกิดการแสดงออกมาใน 3 รูปแบบ คือ ด้านความคิด ความเข้าใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้ (Kendall et al., 1992)

1. ด้านความคิด ความเข้าใจ (Cognitive symptom) เกี่ยวข้องกับลักษณะประสบการณ์ของเด็กเอง คือ เมื่อเด็กพบกับประสบการณ์ใหม่ เด็กพยายามใช้ความคิดเพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์นั้น ความกลัวที่เกิดขึ้นจะทำให้กระบวนการค้นหาข้อมูลดังกล่าวของเด็กไม่สมบูรณ์ เด็กจึงมีความคิดทางด้านลบ ซึ่งส่งผลทำให้เด็กประหม่นหรือทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดไป ทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น

2. ด้านร่างกาย (Physiological symptom) หลังจากที่ถูกกระตุ้นรู้ถึงอันตรายจากระบบรับรู้ความรู้สึก จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทั้งระบบประสาทซิมพาเทติก และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก รวมทั้งมีผลต่อการทำงานของต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ร่างกายจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ และทำให้เกิดการแสดงทางร่างกาย เพื่อตอบสนองต่อความกลัวในหลากหลายระบบดังนี้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดฝอยขยายตัว ระบบหายใจจะเกิดอาการอึดอัด รู้สึกว่าหายใจไม่ออก อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจะมีอาการตัวสั่น ชักเกร็ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังทำให้เกิดอาการแสดงทางกายอื่น ๆ เช่น ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดมวนท้อง ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะรด ปวดศีรษะ หน้าซีด กระพริบตา ขนลุก ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อไบหน้ากระตุก ปากคอแห้ง มือเท้าชาอ่อนปวกเปียก เหงื่อออกมาก การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงนอนไม่หลับอีกด้วย (สุชา จันท์ธอม, 2538; Prugh, 1983; Spielberger, Sarason and Defares, 1978; Lewis and Volkman, 1990; Ziegler and Prior, 1994; Johnson, 1997)

3. ด้านพฤติกรรม (Behavior symptom) ความกลัวที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลพยายามหลบหนีจากสิ่งที่คุกคาม ซึ่งในเด็กจะแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความกลัวใน 3 ลักษณะ คือ (Squires, 1995 cited in Chaiyawat, 2000)

3.1 พฤติกรรมตอบโต้และแสดงออกอย่างชัดเจน (Active and Expressive behaviors) โดยเด็กจะแสดงพฤติกรรม เช่น การวิ่งหนี ต่อต้าน มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Muris, Merckelbach and Collaris, 1997) สิ่งของและสภาพแวดล้อม ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกเสมอเมื่อเกิดความกลัว เช่น การร้องไห้ กรีดร้อง ร้องครวญคราง กัดเล็บ ลงมือลงเท้า

(temper tantrums) เป็นต้น พฤติกรรมตอบโต้และการแสดงออกต่อความกลัวดังกล่าวนี้จะพบเห็นได้เสมอในเด็กเล็ก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน จะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสิ่งที่กลัวอย่างชัดเจน (Hurlock, 1978)

3.2 พฤติกรรมที่ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบโต้ (Passive behaviors) เช่น การนอนหลับมากเกินไป การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เป็นต้น

3.3 มีการเปลี่ยนแปลงนิสัยหรือการถดถอยของพัฒนาการ ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เสีย ขวนทลางะวาท ทำลายสิ่งของ ลักขโมย อารมณ์รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ แสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ การแสดงพฤติกรรมไม่สมวัย ต้องการให้คนอื่นยอมทำตาม เรียกร้อง สร้างเรื่องโกหก มีการเบี่ยงเบนด้านการสื่อสาร การทำกิจกรรมต่าง แบบแผนการรับประทานอาหารผิดปกติ เป็นต้น

### 3. ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งด้านสติปัญญา จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ชอบแข่งขัน เปรียบเทียบ การได้ออกสู่สังคมกว้างขึ้นจากบ้านสู่โรงเรียน เด็กจึงมีความกลัวเกี่ยวกับสังคมและโรงเรียนร่วมด้วย (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2540; Wong, 1995) เด็กจะรักการอ่าน การดูภาพยนตร์ โทรทัศน์ แต่จากการที่เด็กวัยนี้ยังมีความเข้าใจไม่สมบูรณ์และมีความคิดเป็นรูปธรรม เด็กจึงนำสิ่งต่างๆ ที่พบเห็นจากการอ่าน การดูภาพยนตร์ โทรทัศน์มาเชื่อมโยงกับความนึกคิดและจินตนาการ โดยเฉพาะเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Wong, 1995)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่ยุ่ยาก สบสนสำหรับเด็กทุกวัย เด็กจะได้รับความไม่สุขสบายจากกระบวนการการรักษาที่ดูแปลก น่าตกใจ และเด็กไม่เคยพบมาก่อน เด็กต้องแยกจากสิ่งแวดล้อม และกิจวัตรประจำวันปกติในการดำรงชีวิต แยกจากการดูแลของพ่อแม่ การอยู่กับพี่น้อง แม้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะสามารถทนต่อการแยกจากพ่อแม่ได้ดีกว่าเด็กวัยก่อนเรียน แต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดความรักจากพ่อแม่ เด็กจึงกลัวการแยกจากและต้องการให้พ่อแม่อยู่ด้วยเพื่อให้รู้สึกปลอดภัยขึ้น นอกจากนี้การแยกจากเพื่อนทำให้เด็กขาดความสัมพันธ์กับเพื่อน ขาดชีวิตในโรงเรียน สังคม และการเล่นในกลุ่มเพื่อน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นโดยที่เด็กไม่ได้วางแผนหรือเตรียมตัวมาก่อน การขาดเรียนและความเจ็บป่วยนี้เองเป็นสาเหตุให้เด็กรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน เด็กจึงกลัวเสียตำแหน่งของตนในกลุ่มเพื่อน และผลของความเจ็บป่วยยังทำให้เด็กต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีความพร่องในการดูแลตนเอง และสังคมในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบข้อห้ามต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็ทำให้เด็กขาดอิสระด้วย เด็กจึงกลัวสูญเสียการควบคุม (Ashwil and Droske, 1997) นอกจากนี้ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กต้องพบกับกิจวัตรประจำวันใหม่ ผู้ดูแลใหม่

และพบกับเด็กอื่น ๆ ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ทำให้เด็กรู้สึกไม่มีความสุข ไม่สามารถควบคุมความเป็นตัวของตัวเอง และการเผชิญกับความสับสนในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เด็กยากที่จะเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับตน อะไรที่เป็นสาเหตุและสามารถควบคุมโรคที่เกิดกับตนได้ ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลและได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ไม่สุขสบาย ความจำกัดในความเข้าใจ อาจทำให้เด็กเกิดความเข้าใจผิด ในเรื่องการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นการลงโทษ ทำให้มีผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็ก รวมทั้งทำให้เด็กมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาในโรงพยาบาลได้ ซึ่งผลเสียทางอารมณ์ที่พบมากที่สุด คือ ความวิตกกังวล และความกลัว (Strachan, 1993)

ความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในโรงพยาบาลตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจากงานวิจัยของ Visintainer and Wolfer (1975) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่ทำผ่าตัดทอนซิล พบว่าสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียดและหวาดกลัวขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดมี 6 สถานการณ์ คือ

1. การรับใหม่ เป็นสถานการณ์ที่เด็กพบสิ่งแปลกใหม่ที่ไม่คุ้นเคยกับสิ่งเหล่านี้
2. การเจาะเลือด เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เจ็บปวดและไม่สุขสบาย
3. เวลาตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กต้องพรางจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาลคนเดียว ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่
4. ก่อนที่จะพาผู้ป่วยเด็กไปห้องผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กจะได้รับความเจ็บปวด
5. ก่อนที่จะพาผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กจะต้องพรางจากบิดา มารดาไปในสถานที่แปลกใหม่ไม่เคยเห็นมาก่อน
6. การกลับจากห้องพักรักษา เป็นระยะที่เด็กเพิ่งฟื้นจากการดมยาสลบ เด็กต้องการให้ผู้ปกครองอยู่ใกล้ซิด

สถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียดและความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงวันแรก ๆ เด็กจะมีความกลัวเกิดขึ้นมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Tiedeman and Clatworthy (1990) เกี่ยวกับความวิตกกังวลระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของเด็กอายุ 5-11 ปี จำนวน 82 คนที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่า เด็กจะมีความกลัวเกิดขึ้นมากในช่วงแรก ๆ ที่เข้าโรงพยาบาล แล้วจะค่อยๆ ลดลงจนถึงหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สิ่งที่เด็กทุกคนจะต้องประสบในช่วง 1-2 วันแรกของการอยู่โรงพยาบาล ได้แก่

1. กิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไปในช่วงแรกรับเข้าโรงพยาบาล (Visintainer and Wolfer, 1975) ได้แก่ การซักประวัติ การชั่งน้ำหนัก การเปลี่ยนเสื้อผ้า การตรวจเลือด (Adams, Gill and MacDonald, 1991) การวัดสัญญาณชีพ ตั้งแต่ นำปรอทมาวัดไข้ จับชีพจร นับอัตราการ

หายใจ จนวัดความดันโลหิตเสร็จ การประเมินอาการเจ็บป่วย (วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล, 2546; นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532)

2. สภาพแวดล้อมใหม่ในหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากบ้านและโรงเรียน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กต้องเผชิญกับคนแปลกหน้าจำนวนมาก เช่น แพทย์และพยาบาล รวมถึงต้องถูกสัมผัสจับต้องจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล การได้ยินเสียงจากอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ขนาดและรูปแบบของห้องพักรักษาผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างไปจากห้องนอนที่บ้าน (นาตยา พิงสว่าง, 2545; ทศนีย์ อรรถารส, 2538) การรับรสจากการรับประทานอาหารและจากการรับประทานยาที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ (ศิริกุล อำพันแสง, 2532) การได้กลิ่นยาหรือกลิ่นจากน้ำยาทำความสะอาดพื้น (คนารักษ์ คลเสมอ, 2540) กลิ่นจากแผลของผู้ป่วยอื่น ๆ เสียงร้องไห้ของผู้ป่วยคนอื่น ๆ (Melamed and Siegle, 1975; วิมลรัตน์ ว่องวิระ, 2529) ความรู้สึกขณะได้รับการวัดไข้ จับชีพจร และความรู้สึกขณะวัดความดันโลหิต (สมปราถนา ทราษสมุท, 2545) ความรู้สึกขณะได้รับการฉีดยาและเจาะเลือด (นาตยา พิงสว่าง, 2545)

3. การได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอาการ การรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา (ยุพยงค์ ว่องวิระ, 2529)

ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นทั้งความกลัวที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการ และเป็นความกลัวจากการเรียนรู้ตามประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Broome et al., 1988) ซึ่งสามารถจัดแบ่งประเภทของลักษณะสิ่งคุกคาม 5 ลักษณะที่เด็กต้องพบ และทำให้เด็กเกิดความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. สิ่งที่เป็นอันตรายหรือทำให้ร่างกายบาดเจ็บ (Physical harm or body injury) เช่น ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดจากหัตถการ การถูกตัดอวัยวะ ซึ่งเด็กวัยเรียนมักแปลความหมายของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นการลงโทษหรือเป็นการกระทำที่รุนแรงต่อเขา (Wong et al., 2001) จึงทำให้เด็กคิดและวิตกกังวลเกี่ยวกับผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา ที่อาจทำให้ร่างกายบาดเจ็บหรือตาย ดังนั้นเด็กมักกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวด ร่างกายขาดความสามารถ การเจ็บป่วยนานและอาจตาย ซึ่งจากการศึกษาเรื่องความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า เด็กจะกลัวหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดได้แก่ การฉีดยา การเจาะเลือดและการตรวจบางชนิด (Kleinkhecht, Thomdike and Walls, 1996) การถูกเจาะเลือดปลายนิ้ว (อัญชติ ชนะกุล, 2528; Broome et al., 1990; Hart and Bossert, 1994) กลัวการผ่าตัด (อัญชติ ชนะกุล, 2528) กลัวร่างกายบาดเจ็บหรือพิการ (Ebmeire, Lough and Autio, 1991; Jin, 1997; Neff and Beardslee, 1991) กลัวความตาย (Jin, 1997)

2. การแยกจาก (separation) การแยกจากสิ่งที่เป็นประจำหรือกิจวัตรประจำวัน การแยกจากบิดามารดา เพื่อน และผู้ใหญ่ที่เด็กไว้ใจ การแยกจากในเด็กโต เด็กจะกังวลเกี่ยวกับการ

ขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน การขาดตำแหน่งในกลุ่มเพื่อนและครอบครัว กลัวว่าบุคคลเหล่านั้นจะลืมตน หรือเสียตำแหน่งไปถ้าขาดการติดต่อกัน ทำให้เด็กรู้สึกโดดเดี่ยว และเบื่อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้เด็กรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ขาดความรักจากพ่อแม่เนื่องจากต้องแยกจากบ้าน ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักและแยกจากเพื่อน รู้สึกเหมือนไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลที่เขารักเช่นเดิม (Muller et al., 1992) ดังนั้น เด็กจะกลัวการแยกจาก ได้แก่ กลัวการจากบ้านและครอบครัว (Broome et al., 1990; Hart and Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson and Yorker, 1997) กลัวการนอนโรงพยาบาลนาน (Broome et al., 1990; Hart and Bossert, 1994; Wilson and Yorker, 1997) กลัวขาดเรียน (Jin, 1997; Wilson and Yorker, 1997) กลัวการไปโรงพยาบาล (Broome et al., 1990; Wilson and Yorker, 1997)

3. สิ่งที่ไม่ทราบมาก่อน (the unknow) เช่น สิ่งแปลกใหม่ต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีลักษณะค่อนข้างชัดเจน เป็นต้นว่าลักษณะของตึกตรวจโรค โดยทั่วไปจะมีสภาพของห้องพักรอดตรวจค่อนข้างกว้าง มีเก้าอี้วางเรียงกันเป็นแถวมีผู้มารอดตรวจทุกเพศทุกวัย ผู้มารับบริการบางคนก็มีอาการน้อย บางคนก็มีอาการมากและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น มีแผลหรือบาดแผลจากการถูกยิง ถูกฟัน ถูกแทง และมีเลือดออกจากบาดแผล อาการที่แสดงความเจ็บปวด บางคนร้องทูลทูลราย ซึ่งเมื่อเด็กได้พบเห็นสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เด็กเกิดความกลัว นอกจากนี้ยังต้องเจอบุคคลแปลกหน้าทั้งแพทย์และพยาบาลซึ่งเด็กไม่เคยเห็นหน้า ไม่เคยรู้จักมาก่อน ทำให้ไม่ไว้วางใจ เกรงว่าจะมาทำร้ายหรือทำให้ตนได้รับบาดเจ็บ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากบ้านและโรงเรียน มีการแบ่งเป็นห้องๆ มีเตียงนอนวางเรียงกันมากมาย กลิ่นยา ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ที่เด็กไม่เคยเห็น รวมทั้งการที่ต้องสวมใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล ต้องนอนพักในที่ๆ ไม่ใช่บ้านของตน เสียงร้องของผู้ป่วยเด็กอื่น และวิธีการรักษาพยาบาลของแพทย์ รวมทั้งพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เด็กจึงเกิดความกลัว เนื่องจากเด็กวัยเรียนจะกลัวสิ่งที่ไม่รู้ (Timmerman, 1983) กลัวจะบอกว่ามีสิ่งผิดปกติในร่างกายตน (Hart and Bossert, 1994) กลัวเกี่ยวกับอันตรายของยาที่ได้รับ กลัวเกี่ยวกับความปลอดภัย นอกจากนี้เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยจะมีความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าเด็กวัยเรียนที่ไม่เจ็บป่วย (Broome et al. 1990; Hart and Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson and Yorker, 1997)

4. ขอบเขตจำกัดที่ไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล (Uncertainty about limits) เช่น ผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับและความมั่งหวังของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

5. เด็กสูญเสียการควบคุมตนเอง (Loss of control) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ ต้องทำตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล อีกทั้งความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถรับผัสชอบกิจกรรมต่างๆ ได้จำกัด เขารู้สึกว่าถูก



ลดทอนอำนาจในการตัดสินใจ หรือทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และไม่สามารถปกป้องตนเอง จากการรักษาที่กระทบกระเทือนต่อร่างกายอย่างรุนแรงได้ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนบางคนต้องพึ่งพาคนอื่นๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ต้องมีคนช่วยในการเช็ดตัวหรืออาบน้ำให้ ต้องใช้หมอนนอนบนเตียง ต้องใช้รถนั่งหรือเปลนอนในการเคลื่อนย้าย ส่วนกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การที่จำเป็นต้องนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลา เป็นสิ่งที่จำกัดอิสระในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ทำให้ไม่สะดวกในการมีกิจกรรมตามที่เคยเป็นขณะอยู่ที่บ้านหรือโรงเรียน (Schulte et al., 1997) สิ่งเหล่านี้ทำให้เขาไม่มีโอกาสที่จะรับผิดชอบทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกไม่เป็นอิสระ และคิดว่าตนเองไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นๆ เด็กจึงกลัวเสียการควบคุม ในเด็กวัยเรียนตอนปลายอย่างวัยรุ่น เด็กจะกลัวการเปิดเผยร่างกายต่อคนแปลกหน้า และกลัวการขาดความเป็นส่วนตัวในการเคลื่อนไหว ขับถ่าย ทำให้เด็กรู้สึกหมดหวัง ต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกเสียอำนาจ และเสียการควบคุมเกี่ยวกับบทบาทในครอบครัว ความสามารถทางร่างกาย สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองและกลุ่มเพื่อน (Johnson, 1997)

สำหรับความกลัวในเด็กไทย Chaiyawat (2000) จัดความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กไทยเป็น 3 ด้านคือ

1. ความกลัวการบาดเจ็บของร่างกาย (fear of physical hurt) ได้แก่ กลัวการทำให้ตัวเองเจ็บ กลัวการไปหาหมอ กลัวถูกฉีดยา กลัวที่จะเห็นตนเองเลือดออก กลัวถูกเจาะเลือดปลายนิ้ว และกลัวฝีมือนคนไข้ที่ตายในโรงพยาบาล
2. ความกลัวการสูญเสียการควบคุม (fear of loss control) ได้แก่ กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวว่าแพทย์และพยาบาลไม่บอกว่าจะทำอะไรกับตน กลัวที่จะอาเจียน กลัวว่าจะร้องไห้เวลาเจ็บ กลัวว่าถ้าไปโรงพยาบาลแล้วอาจจะตาย กลัวการอำปากให้แพทย์ตรวจในคอ และกลัวแพทย์เอาไม้กดลิ้นใส่ปาก
3. ความกลัวเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal fear) ได้แก่ กลัวการขาดเรียน กลัวการอยู่ในโรงพยาบาลนาน กลัวคนอื่นจะคิดโรคจากตนถ้าเล่นด้วยขณะที่ตนป่วย กลัวแพทย์และพยาบาลจะบอกสิ่งที่ผิดปกติในร่างกาย และกลัวไม่ได้อยู่กับครอบครัว

#### ผลกระทบของความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีต่อเด็ก

ความกลัวของเด็กเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลเสียแก่เด็กโดยทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นความกลัวจะทำให้เด็กมีปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น โกรธ ตื้อดึง ก้าวร้าว ปฏิเสธ ซัดขิ้น ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ยอมรับการรักษา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติการรักษาพยาบาล (Timmerman, 1983) ความกลัวและปฏิกิริยาของเด็กที่เกิดขึ้น อาจทำให้เกิดการประหม่น วินิจฉัยผิดพลาด ทำให้ไม่สามารถให้การรักษาได้ถูกต้อง ทั้งความกลัวยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น อาจต้องใช้ยาแก้ปวดเพิ่มมาก

ขึ้น (Rodrigue et al., 1995) ความกลัวที่เพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดพยาธิสภาพของโรคที่เลวร้ายลง เกิดอาการแสดงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (Johnson, 1997) และความกลัวจะเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อ ทำให้ระยะเวลาที่ร่างกายฟื้นคืนสภาพปกติยาวนานออกไป (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (Ziegler and Prior, 1994)

ผลเสียในระยะยาว ความกลัวที่มากเกินไปทำให้เด็กขวัญเสีย เกิดความเครียดทางจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก (จุฑาดี ไชยมงคล, 2545) เด็กจะเกิดความกลัวอย่างมากเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่น่ากลัว และคิดถึงความกลัวนั้นอยู่เรื่อย ๆ จนกลายเป็นความทรงจำอย่างลึกซึ้งอย่างหนึ่ง ซึ่งเด็กจะกังวลว่าจะพบกับสิ่งที่น่ากลัวอีก ความกังวลว่าจะพบกับสิ่งที่น่ากลัวจึงกลายเป็นสิ่งที่คอยหลอกหลอนเด็กอีกอย่างหนึ่ง และคอยแต่จะหนีและหลีกเลี่ยงที่จะพบกับสิ่งที่กลัวนั้น ความกลัวจึงแผ่ขยายเพิ่มขึ้นไปอีก จึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคม สติปัญญา และบุคลิกภาพ (สเปญ อุ๋นอองค์, 2538; Timmerman, 1983) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา เช่น การมีพฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ เก็บกด ซึมเศร้า แยกตัว ย้ำคิดย้ำทำ (Kendall et al., 1992) รวมทั้งยังมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเด็กในด้านอื่นๆ เช่น มีทักษะด้านการสื่อสารต่ำ มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ก้าวร้าว รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า การเรียนล้มเหลว เกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย และมีพัฒนาการล่าช้า (Nicastro and Whetsell, 1999)

ความกลัวจะทำให้เด็กขาดความมั่นใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ (Rachman, 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999) นอกจากนี้เด็กที่มีความกลัวอย่างมากจะมีประสบการณ์ในวงแคบ ไม่กล้าเผชิญหรือกระทำการใดๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เป็นเด็กขี้อาย มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีความวิตกกังวล ตกใจง่าย ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้าคิดหรือทำอะไรด้วยตนเอง เนื่องจากกลัวความผิดหรือไม่ได้ผลตามต้องการ มีความลังเลใจ ไม่กล้าแสดงออกหรือไม่แสดงออกในเรื่องที่ต้องการได้ สำหรับเด็กที่มีพฤติกรรมถดถอยหนีเด็กจะไม่กล้าทำอะไรตามลำพัง ไม่ชอบปรึกษาใครรวมทั้งแก้ปัญหาไม่เป็น ชอบฝันกลางวัน เมื่อโตขึ้นจะหวาดกลัวง่ายต่อทุกสิ่งโดยไม่มีเหตุผล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่กล้าเผชิญความจริงในสังคมที่อาศัยอยู่ (ผกา สัตยธรรม, 2535) จะเห็นได้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กต้องเผชิญกับความกลัวต่างๆ มากมาย และก่อให้เกิดผลกระทบที่มีต่อเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

#### **การประเมินความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**

จากการศึกษาพบว่า การประเมินความกลัวในเด็กจะประเมินได้จากตัวเด็กเองและประเมินความกลัวจากครอบครัว ซึ่งการประเมินความกลัวจากตัวเด็กเองจะมีความตรงตามความรู้สึกของตัว

เด็กเอง จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าวิธีการประเมินความกลัวที่นิยมใช้กันทั่วไปมี 4 แบบคือ

1. การประเมินทางสรีรวิทยา (Physiological measure) เป็นการประเมินจากการวัดหรือการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อเกิดความกลัว เนื่องจากเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกกลัวร่างกายจะมีกลไกในการจัดการโดยการหลั่งอะดรีนาลีน เพื่อสร้างปฏิกิริยาสู้หรือหนี (fight or flight) กับเหตุการณ์ที่จะต้องเจอ ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ใจสั่น หายใจเร็ว ม่านตาขยาย เป็นต้น การประเมินความกลัวจึงประกอบด้วย การวัดอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น

2. การประเมินด้วยตนเอง (self report measure) เป็นการประเมินโดยให้เด็กกำหนดระดับความกลัวหรือแสดงความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง แบบประเมินเหล่านี้ได้แก่

2.1 แบบประเมินความกลัวกิจกรรมการรักษา (Child Medical Fear Scale: CMFS) สร้างโดย Broome and Hellier (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความกลัวต่อสภาพแวดล้อม ความกลัวภายในตัวเอง ความกลัวการรักษา และความกลัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแต่ละข้อจะแบ่งระดับความกลัวออกเป็น 3 ระดับ คือ ไม่กลัว กลัวเล็กน้อย และกลัวมาก

2.2 แบบประเมินความกลัวด้านการแพทย์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนไทย (T-CMFS-R) ของ Chaiyawat (2000) ที่ดัดแปลงมาจาก CMFS โดย Broome et al. (1998) เครื่องมือสร้างมาใช้กับเด็กไทยวัยเรียน เป็นคำถามปลายปิดที่เกี่ยวกับความกลัวทั่วไปของเด็ก คำถามมี 18 ข้อ การตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่กลัวเลย 2 หมายถึง กลัวเล็กน้อย และ 3 หมายถึง กลัวมาก การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความกลัวมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความกลัวน้อย

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวล Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ State Anxiety subscale ของ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2000) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือของ Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori and Platzek (1973) เครื่องมือนี้สร้างมาใช้กับเด็กไทยวัยเรียน อายุ 8-13 ปี ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวก มี 8 ข้อ คือข้อ 1, 4, 6, 8, 10, 12, 13 และ 19 ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ มี 11 ข้อ คือข้อ 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 16, 17 และ 18 การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความกลัวมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความกลัวน้อย

2.4 แบบประเมินความกลัวโดยทั่วไปของเด็ก (Fear Survey Schedule for Children: FSSC-R) และแบบสอบถามความกลัวต่อโรงพยาบาล (The Hospital Fear Questionnaire: HFQ) และแบบประเมินระดับความกลัวต่อโรงพยาบาล (The Hospital Fear Scale : HFS)

2.5 แบบประเมินความกลัวโดยภาพแสดงออกทางใบหน้า โดยให้เด็กเป็นผู้เลือกสร้างโดย Katz (1979) อัญชลี ชนะกุล (2528) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่รับการผ่าตัดทอนซิล โดยกำหนดความกลัวเป็นมาตราส่วนประกอบประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่กลัวถึงกลัวมากที่สุด และสุภารัตน์ สังข์ประเสริฐ (2542) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย

3. การประเมินจากพฤติกรรม (Direct rating of behavior) ความกลัวของเด็กที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทางด้านร่างกายและพฤติกรรม การประเมินความกลัวจึงทำได้โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวน้อยจนกลัวมาก เช่น การศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล (2532) ได้ใช้ในแนวคิดของแบบประเมินความกลัวและความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด มาสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยเรียนตอนต้นต่อความกลัวการฉีดยา โดยสังเกตการแสดงสีหน้าและแววตา ลักษณะการเดิน การเคลื่อนไหวของศีรษะ ตา แขน ขา การยกมือและการเบือนหน้า การเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ การเกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า เกร็งตัว มือและเท้า น้ำเสียงและเนื้อหาคำพูด สุภารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ได้ใช้เครื่องมือของ นฤมล ชีระรังสิกุล ประเมินความกลัวของเด็กวัยเรียนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนทัศนีย์ อรรถารส (2538) ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กจากนักจิตวิทยาหลายคนประกอบกันมาสร้างแบบประเมินพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในการรับรังสีรักษา 6 ด้าน คือ การร้องไห้ การจับหรือยึดเกาะ พฤติกรรมการเข้าห้องฉายรังสี พฤติกรรมขณะจัดทำเพื่อการฉายรังสี พฤติกรรมขณะนอนอยู่บนเตียงฉายรังสีขณะฉายรังสี

4. การทดสอบโดยการวาดภาพ (Projective test) จุดประสงค์ของการประเมินวิธีนี้ เพื่อประเมินความรู้สึกทางจิตใจเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกที่ไม่สามารถประเมินได้จากวิธีอื่นๆ เด็กสามารถระบายความคิดความรู้สึก โดยการเล่าเรื่องจากการวาดรูปเกี่ยวกับคน วัตถุต่าง ๆ การใช้วิธีการนี้ปรากฏว่ามีการเปลี่ยนแปลงของขนาดของรูปสัดส่วน และเงาของภาพ เช่น เด็กที่กลัวเข็มฉีดยาจะเขียนภาพเข็มฉีดยาขนาดใหญ่มากอยู่เหนือตัวเด็กที่มีขนาดเล็ก เมื่อเทียบกับสัดส่วนที่เป็นจริง เป็นต้น แต่ผู้ประเมินต้องมีความรู้จริงในการแปลผล

จากหลักการประเมินความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในแต่ละวิธีการจะมีความเหมาะสมกับเด็กในแต่ละวัย สำหรับเด็กในวัยเรียนซึ่งเป็นเด็กที่มีพัฒนาการด้านความคิด สติปัญญา สามารถเข้าใจความหมายและสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนเองได้ วิธีที่นิยมใช้ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินโดยให้ประเมินด้วยตนเอง เพราะเด็กจะเป็นคนที่รู้ดีที่สุดว่าตนเองกลัวอะไร รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## บทบาทของพยาบาลในการลดความกลัวด้านการแพทย์ของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในฐานะที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จึงจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีความกลัวเกิดขึ้น บทบาทของพยาบาลในการจัดการหรือลดความกลัวที่เกิดขึ้นมีด้วยกันหลายวิธี แต่พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวของเด็กในช่วงอายุต่าง ๆ และลักษณะการแสดงออกที่แตกต่างกันในเด็ก (Wong, 1999) นอกจากนี้ ต้องเป็นนักสังเกตพฤติกรรมที่ดี และตระหนักอยู่เสมอว่าพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกนั้นย่อมมีความหมายทั้งสิ้น พยาบาลจึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ให้การดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับความสบายและความเจ็บป่วยของเด็กอย่างสม่ำเสมอ ควรรู้จักเตรียมเด็กเพื่อเผชิญกับความกลัวเกี่ยวกับการตรวจ การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น (Schulte, Price and James, 1997) โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน เมื่อจะทำการตรวจหรือรักษาพยาบาลอะไรให้ ควรบอกให้เด็กรับรู้ด้วยคำพูดสั้นๆ ง่ายๆ ที่เด็กจะสามารถเข้าใจและให้กำลังใจในการที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ และเมื่อเด็กแสดงความกลัวปรากฏออกมาอย่างชัดเจน หรือเป็นการแสดงออกโดยใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่น ผู้ป่วยร้องไห้ ดิ้นรน ผู้ป่วยอาเจียนทุกครั้งเมื่อจะถูกฉีดยาหรือเมื่อรับประทานยา ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะ อุจจาระรดที่นอนต่างๆ ที่เป็นเด็กโตสามารถควบคุมการขับถ่ายได้เอง และบอกความรู้สึกอยากขับถ่ายได้แล้ว หรือผู้ป่วยที่อาบน้ำ ล้างมือฟอกสบู่วันละหลายๆ ครั้ง เพราะกลัวเชื้อโรค เป็นต้น (Betz, Hunsberger and Wright, 1994) พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้ คือ

1. ยอมรับว่าเด็กมีความกลัวเกิดขึ้นจริงๆ ไม่ได้แสร้งทำ แม้ว่าเด็กจะไม่ได้บอกด้วยคำพูด แต่ก็สามารถสังเกตได้จากการกระทำ
2. สร้างความรู้สึกมั่นใจให้กับเด็กด้วยการอยู่เป็นเพื่อนเด็กเมื่อรู้ว่าเด็กกลัวหรือตกใจ ซึ่งจะช่วยให้คลายความกลัวและเกิดความเชื่อมั่นขึ้น
3. ให้โอกาสเด็กได้แสดงความกลัวออกมาอย่างอิสระ เช่น เด็กร้องไห้เพราะความกลัวขณะถูกฉีดยา พยาบาลไม่ควรห้ามไม่ให้เด็กร้องไห้แต่ควรพูดปลอบโยนให้กำลังใจด้วยท่าทีที่แสดงความเห็นใจ เข้าใจเด็ก และคำพูดที่พูดออกไปต้องเป็นความจริงไม่พูดปิดกับเด็ก
4. ควรให้เด็กได้ระบายความกลัวออกมาด้วยการเล่นหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่เป็นอันตรายกับตัวเด็กและเด็กอื่น สร้างบรรยากาศ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยเด็ก และผู้ให้การรักษาพยาบาลทุกฝ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นไว้วางใจและเป็นมิตรต่อกัน ควรให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการวางแผนให้การช่วยเหลือเด็กให้มีความรู้สึกมั่นคง มั่นใจว่าบิดามารดามีความรักเอาใจใส่อยู่เสมอแม้ว่าจะอยู่กับเด็กไม่ได้ตลอดเวลา แต่ก็จะมาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ ไม่พูดปิดกับเด็กในเรื่องต่างๆ ไม่แสดงกิริยาอาการหวาดกลัว หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาลให้เด็กเห็นหรือรู้ นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตนแก่เด็ก (ปัญจางค์ สุขเจริญ, 2527; Betz, Hunsberger and Wright, 1994)

จากหลักการดังกล่าว จะเห็นว่าการลดความกลัวของเด็กส่วนใหญ่เป็นการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว เพื่อให้เด็กเกิดความคุ้นเคยและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น สำหรับการลดความกลัวของเด็กขณะรับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ จะใช้หลักการเตรียมจิตใจซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยประคับประคองอารมณ์ของเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย และช่วยให้เด็กเรียนรู้ต่อประสบการณ์ที่จะเผชิญในโรงพยาบาล โดยการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่เด็ก ทำให้เกิดทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความกลัวของเด็กได้ (Droske and Francis, 1981) และหากพยาบาลทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้สามารถช่วยป้องกันความกลัว และให้ความช่วยเหลือในการลดความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกๆ คนได้อย่างเหมาะสม

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความกลัวที่แตกต่างกันในแต่ละคน ซึ่งจากกรทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศพบว่า มีหลายท่านได้ศึกษาและกล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่ามีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Wong, 1999; Bogels and Melick, 2004) ซึ่งงานวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในเป็นหลัก และนำปัจจัยภายนอกมาศึกษาร่วมด้วย 1 ปัจจัย คือ ความวิตกกังวลของมารดา ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่นำมาศึกษาเพราะปัจจัยภายนอกส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ยากต่อการปรับเปลี่ยน ดังนั้นปัจจัยที่น่าจะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกลัวของเด็กไทยได้แก่

**เพศ (Gender)** เด็กเพศชายและเด็กเพศหญิง มีอัตราการพัฒนาทางการเจริญเติบโตที่ต่างกัน ทั้งด้านร่างกายและปัจจัยทางชีวภาพ มีผลให้เกิดความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาททางเพศ พื้นฐานอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ หรือการเผชิญความเครียดในระดับที่ต่างกัน (Carr, Lemaneck and Armstrong, 1998) เด็กเพศชายจะถูกสอนให้ปกปิดความรู้สึกกลัวและยอมรับว่าตนเองรู้สึกกลัว น้อยกว่าเด็กเพศหญิง เนื่องจากโดยบทบาททางเพศของเด็กเพศชายต้องเป็นผู้นำ เข้มแข็ง ไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเป็นเด็กเพศหญิงจะมีการแสดงออกของความกลัวและอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นผลดีแก่เด็กในการดำรงชีวิตในด้านการได้รับการปกป้องดูแลเนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง (Miller, 1979; Jin, 1997; Ollendick, Ingman and Akande, 1999) โดยเฉพาะในสังคมไทย เด็กเพศชายและเด็กเพศหญิงถูกอบรมสั่งสอนให้มีบทบาท พฤติกรรม ความคาดหวังในชีวิต พัฒนาการทางอารมณ์และสติปัญญาต่างกัน (สุมน อมรวิวัฒน์และคณะ, 2535; ถัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2547) โดยเด็กเพศชายต้องเข้มแข็ง มีความเป็นผู้นำ ไม่แสดงความอ่อนแอออกมา สังคมไทยในอดีตนั้นเพศชายมักจะได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำ ส่วนเพศหญิง

จะทำหน้าที่เป็นผู้ตามเพราะเพศหญิงมีข้อจำกัดเรื่องความแข็งแรงไม่เหมือนกับเพศชาย ดังนั้นคุณลักษณะความเป็นชาย เช่น ความเข้มแข็ง การเป็นผู้นำ จึงเป็นคุณลักษณะที่สังคมไทยยกย่องมาตั้งแต่ในอดีต ในสังคมปัจจุบันความเชื่อและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในอดีตอาจมีความแตกต่างจากยุคปัจจุบันที่เป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร คนในสังคมมีวิถีชีวิตคล้ายตะวันตกมากขึ้น รวมทั้งความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และธรรมเนียมการปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลง แต่บทบาทที่สังคมไทยคาดหวังของเพศชายยังคงเป็นเช่นในอดีต ทั้งนี้เนื่องมาจากการอบรมเลี้ยงดู โดยแนวทางการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวไทยในภูมิภาคต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบทของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้และกรุงเทพมหานคร มีแนวทางในการสอนและปลูกฝังลูกเหมือนกัน คือ แนวทางในการเลี้ยงดูเด็กเพศชาย ส่วนใหญ่จะเลี้ยงแบบง่ายๆ สอนให้รู้จักเข้มแข็ง อดทนไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็น ส่วนแนวทางในการเลี้ยงดูเด็กเพศหญิง ส่วนใหญ่จะสอนให้ว่านอนสอนง่าย ไม่ดื้อ และมองว่าเด็กเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง จึงทำให้เด็กเพศหญิงมีการแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึกในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเด็กเพศชาย (ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2547)

เด็กเพศหญิงและเพศชายมีลักษณะของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือการเผชิญความเครียดในระดับที่ต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีระดับของความกลัวมากกว่าเพศชาย สืบเนื่องมาจากเพศหญิงจะมีภาวะของความพึงพามากกว่าเพศชาย มีความอดทนต่อความเครียดและความกลัวในระดับที่น้อยกว่าเพศชาย จึงส่งผลให้ความกลัวในเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย (Ollendick, Ingman and Akande, 1999) นอกจากนี้เด็กเพศหญิงและเพศชายยังมีความกลัวในด้านอื่นๆ ที่แตกต่างกัน เด็กเพศหญิงจะมีความกลัวเกี่ยวกับความแปลกใหม่ของสภาพแวดล้อม กลัวการอยู่คนเดียว และกลัวการบาดเจ็บของร่างกายมากกว่าเด็กเพศชาย (Gullone, 2000) เด็กเพศชายจะกลัวการสูญเสียอวัยวะมากกว่าเด็กเพศหญิง เพราะเด็กเพศชายจะกลัวว่าหากตนเองสูญเสียอวัยวะหรือพิการจะทำให้ตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ ในกลุ่ม (Stoudemire, 1998) ความกลัวโดยรวมในเด็กเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายเด็ก ในเรื่องเกี่ยวกับกลัวการผ่าตัด กลัวการแยกจากครอบครัวและกลัวร่างกายได้รับบาดเจ็บ (Elbedour, Shulman and Kenem, 1997; Broome and Hellier, 1987) เด็กเพศชายและเด็กเพศหญิงมีความกลัวแตกต่างกันทั้งในด้านประเภทของความกลัวและจำนวนสิ่งที่กลัว โดยเด็กเพศหญิงจะกลัวความตาย กลัวอันตราย กลัวสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสัตว์ กลัวโรงเรียนและกลัวการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กชาย (Gullone, 1997) มีการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวในเด็กวัยเรียนที่ผลชี้ชัดว่าเด็กเพศหญิงมีความกลัวมากกว่าเด็กเพศชาย ได้แก่ Douglas, 1994; Nicastro and Whetsell (1999); Wison and Yorker (1997); Mellon and Koliadis (2004) และการศึกษาของ Carr, Lemanek and Armstrong (1998) ที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวข้างต้นที่พบว่าเพศที่ต่างกันจะทำให้ความกลัวของเด็กต่างกันด้วย โดยเด็กเพศหญิงจะมีความกลัวสูงกว่าเด็กเพศชาย

นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยเรียนเพศชายและเพศหญิงมีมีโนทัศน์ด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาโนทัศน์ย่อยแล้ว ยังมีความแตกต่างกันอยู่ โดยเด็กวัยเรียนเพศหญิงมีมีโนทัศน์ด้านการปราศจากโรคหรือไม่เจ็บป่วย ลักษณะบ่งบอกทางร่างกายนอก ความสามารถของร่างกาย และการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญ (จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2534) จะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศ พบว่า ไม่ว่าจะเป็เด็กในประเทศทางตะวันตก เอเชีย แอฟริกาหรือประเทศทางตะวันออก ความแตกต่างของเพศก็มีผลทำให้เด็กมีความกลัวที่แตกต่างกัน โดยเด็กเพศหญิงจะมีความกลัวมากกว่าเด็กเพศชาย

อายุ (Age) เด็กวัยเรียนที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีความแตกต่างในเรื่องของความกลัว การรับรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพรวมทั้งการนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวมาใช้ได้แตกต่างกัน (Clatworthy, Simon and Tiedeman, 1999) เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากขึ้นจะมีการพัฒนาของระดับความคิด สติปัญญาที่สูงขึ้น เด็กวัยเรียนตอนต้นจะคิดว่าการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การถูกลงโทษ จากการทำตนเองไม่เชื่อฟังพ่อแม่หรือเกิดจากการทำความผิดของตนเอง หากเด็กรับรู้และเข้าใจว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากลงโทษแต่เกิดจากร่างกายไม่แข็งแรงหรือเกิดจากพฤติกรรมของตนเองที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย จะทำให้เด็กให้ความร่วมมือในการรักษาและการทำหัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต (2543) กล่าวไว้ว่า การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย จะเปลี่ยนแปลงไปตามระดับพัฒนาการด้านความคิด สติปัญญา จากระดับก่อนปฏิบัติการ ขึ้นปฏิบัติการ ขึ้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม จนถึงขั้นปฏิบัติการด้วยนามธรรม โดยเปลี่ยนแปลงตามความสามารถในการแปลความหมายจากการรับรู้ต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพที่ดีของเด็ก และในเด็กวัยเรียนจะมีระดับพัฒนาการทางความคิด สติปัญญา อยู่ในระยะขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operation period) คือ มีความเข้าใจเชิงรูปธรรม สามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่างๆ ได้ดี แสดงความคิดเห็น ได้อย่างมีเหตุผล

ความแตกต่างของพัฒนาการด้านสติปัญญาในเด็กวัยเรียน ทำให้เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากและอายุน้อยมีความกลัวที่แตกต่างกันกล่าวคือ เด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่าหรือเป็นเด็กเล็ก จะมีความกลัวที่มากและรุนแรงกว่าเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโตหรือที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากเด็กวัยเรียนที่ยังเล็กหรือมีอายุน้อยกว่ามีพัฒนาการด้านความคิดที่ยังไม่สมบูรณ์ เท่ากับเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโตหรือมีอายุมากกว่า ทำให้เด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กเล็กมีแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้ในการเผชิญความเครียดได้น้อยกว่าเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโต (Miller, 1979; Elbedour, Shulman and Kedem, 1997; Gullone and King, 1993; Siegel and Hudson, 1992; Ollendick et al., 2001) รวมทั้ง



ระยะพัฒนาการของเด็กวัยเรียนแต่ละคนที่มีอายุที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ความเข้าใจและการรับรู้ของเด็กวัยเรียนแตกต่างกันด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากระดับของอายุที่เพิ่มขึ้นและระดับพัฒนาการด้านความคิดที่สมบูรณ์ขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Carr, Lemanek and Armstrong (1998) และ Vacik, Nagy and Jessee (2001) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความกลัว การรับรู้ และความเข้าใจของเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาดังกล่าวระบุว่า เด็กวัยเรียนเพศหญิงที่มีอายุมากกว่าจะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กวัยเรียนเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากพัฒนาการด้านความคิดของเด็กวัยเรียนที่แตกต่างกันตามอายุ และเนื่องจากการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อระดับพัฒนาการด้านความคิดมีความสมบูรณ์ขึ้นตามอายุที่เปลี่ยนแปลงมากขึ้น รวมทั้งเด็กที่มีอายุมากกว่าจะสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับร่างกาย และสาเหตุการเกิดความเจ็บป่วยได้ถูกต้องมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่า (Perrin and Perrin, 1983)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ศิริลักษณ์ แก้วครามศรี (2531) ศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน พบว่า อายุเด็กที่มากขึ้นจะทำให้เด็กมีมโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยที่อธิบายลักษณะความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขั้นการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยรูปธรรมมากขึ้น โดยความคิดของเด็กส่วนใหญ่จะเปลี่ยนจากระดับก่อนปฏิบัติการเป็นระดับปฏิบัติการด้วยรูปธรรม เมื่ออายุ 9 ปี คือ เด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6,7 ปี และ 8 ปี ส่วนใหญ่ยังมีความคิดระดับก่อนปฏิบัติการ ในขณะที่เด็กอายุ 9, 10, 11 และ 12 ปี ส่วนใหญ่มีความคิดอยู่ในระดับปฏิบัติการด้วยรูปธรรม นั่นคือเด็กวัยเรียนเหมือนกันมีความแตกต่างในการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย ความเข้าใจกลไกการเจ็บป่วยต่างกัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเด็กวัยเรียนจะรับรู้และเข้าใจว่าความเจ็บป่วยคือการลงโทษ เด็กอายุ 7-8 ปี รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ ส่วนเด็กอายุ 9-10 ปี จะรับรู้ว่าความเจ็บป่วยว่าเป็นผลมาจากสาเหตุภายนอก จากการที่ร่างกายสัมผัสกับสิ่งที่เป็นอันตราย เช่น เชื้อโรคจึงทำให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วย (Rushforth, 1996) ซึ่งก็ต่างจากวัยรุ่นที่มีพัฒนาการทางความคิด สติปัญญาในขั้นปฏิบัติการด้วยนามธรรม (formal operation period) เด็กวัยรุ่นจะเข้าใจว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งหากเด็กวัยเรียนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเจ็บป่วยที่ถูกต้องได้เช่นเดียวกับเด็กวัยรุ่น จะทำให้เด็กวัยเรียนกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง

จรัสศรี จันทร์สายทอง (2534) ศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยเรียนที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน จะมีมโนทัศน์ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยมโนทัศน์ด้านสุขภาพมากกว่าเด็กที่อายุมากกว่าตามลำดับ ซึ่งอาจเนื่องมาจากเด็กที่อายุน้อยกว่า ยังมีพัฒนาการด้านความคิดสติปัญญาอยู่ในขั้นก่อนปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ และมีความคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่เด็กที่มีอายุมากกว่าสามารถถกพิจารณาปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผลมากกว่า นั่นคือเมื่อเด็กอ่านข้อความ

แล้วเด็กที่มีอายุน้อยกว่าจะคิดไปอีกหลายๆ ทางมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่า และเด็กที่มีอายุน้อยกว่า จะไม่ยึดเพียงสิ่งที่ปรากฏให้เห็นเท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กกลุ่มอายุ 7-8 ปี มีมโนทัศน์ต่าง จากเด็กกลุ่มอายุ 9-10 ปี และ 11-12 ปี โดยเด็กกลุ่มอายุ 9-10 ปี มีมโนทัศน์ที่แตกต่างจากเด็ก กลุ่มอายุ 11-12 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นว่าอายุในเด็กวัยเรียนมีความสัมพันธ์กับความกลัวต่อการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล อายุที่แตกต่างทำให้ความกลัวแตกต่างกัน โดยความกลัวจะลดลงตามลำดับเมื่อเด็กมีอายุ เพิ่มขึ้น

**ข้อมูลที่ได้กมี (Obtained information)** คือ จำนวนข้อมูลที่ถูกต้องที่เด็กรู้เกี่ยวกับการเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกล้มผัสและอาการที่เกิดขึ้นทางกาย ลำดับเหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย และข้อมูลที่บอก ถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการ (Johnson, 1999) ข้อมูลที่เด็กมีจึงมีบทบาท สำคัญอย่างยิ่งต่อการเผชิญความเครียดในขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะการที่ เด็กมีข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้เด็กรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ถูกต้อง ช่วยลด ความกลัวจากการไม่รู้และการจินตนาการของเด็ก ทำให้เด็กสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่ เกิดขึ้นจากการได้รับกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และจะเป็นการช่วย ประคับประคองผู้ป่วยเด็กให้ผ่านพ้นสถานการณ์ที่คุกคามต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความ ร่วมมือที่ดีต่อการปฏิบัติการรักษาพยาบาล อีกทั้งช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งมีผลต่อการลดปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีความกลัวลดลงเมื่อเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล (Bates and Broome, 1986; Droske and Francis, 1981)

ลักษณะเนื้อหาของข้อมูลที่สามารถลดความกลัวของเด็กได้ (Johnson, 1999) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกล้มผัสและอาการที่เกิดขึ้นทางกาย (the physical sensations and symptoms that occur) เช่น การสัมผัสจับต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรสจาก อาหาร จากยาที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ (ศิริกุล อำพันแสง, 2532) การได้กลิ่นยาหรือกลิ่นจาก น้ำยาทำความสะอาดพื้น (คณารักษ์ ดลเสมอ, 2540) กลิ่นจากแผลของผู้ป่วยอื่นๆ การได้ยินเสียง จากอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ เสียงร้องไห้ของผู้ป่วยคนอื่นๆ (Melamed and Siegle, 1975; วิมลรัตน์ ว่องวิระ, 2529) ความรู้สึกขณะวัดความดันโลหิต (สมปรารถนา ทราษสมุทร, 2545) ความรู้สึกขณะฉีดยา (นาตยา พิงสว่าง, 2545)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่โรงพยาบาล (temporal characteristics) ได้แก่ เหตุการณ์ที่ต้องเจอตั้งแต่รับใหม่เข้าในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เช่น การซักประวัติ การชั่งน้ำหนัก การเปลี่ยนเสื้อผ้า และกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไป

ในช่วงแรกรับเข้าโรงพยาบาล (Visintainer and Wolfer, 1975) การตรวจเลือด (Adams, Gill and MacDonald, 1991) การวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ การนำปรอทมาวัดไข้ จับชีพจร นับอัตราการหายใจ จนวัดความดันโลหิตเสร็จ และการประเมินอาการเจ็บป่วย (วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล, 2546; นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532) เป็นต้น

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย (environmental features) เมื่อเด็กเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กต้องพบกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากบ้านและโรงเรียน บุคลากรด้านสุขภาพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ขนาดและลักษณะของห้องผู้ป่วย เป็นต้น (นาคยา พิงสว่าง, 2545; ทศนีย์ อรรถารส, 2538)

4. ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการ (cause of sensations, symptoms, and experiences) ได้แก่ แหล่งของความรู้สึก เช่น อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเสียง ข้อมูลที่อธิบายถึงเหตุผลของการเจ็บป่วย (ยุพยงค์ ว่องวิระ, 2529) การบ่งชี้อาการที่เป็นผลข้างเคียงของการรักษา เหตุผลของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เด็กต้องพบเจอ เช่น ความรู้สึกเย็น ๆ บริเวณผิวหนังที่ต้องเจาะเลือดเพราะต้องมีการเช็ดน้ำยาเพื่อทำความสะอาด ความรู้สึกแน่น ๆ ที่แขนเมื่อวัดความดัน (สมปราวณา ทรายสมุทร, 2545)

ลักษณะของข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะช่วยให้เด็กเกิดความกลัวลดลงเมื่อต้องเผชิญกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เด็กกลัวมีความสอดคล้องกันกับข้อมูลที่เด็กได้รับรู้มาก่อนโดยเด็กก็จะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้ถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ และสามารถควบคุมการแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ (Droske and Francis, 1981)

มีการศึกษาในต่างประเทศที่เกี่ยวกับข้อมูลในเด็ก พบว่า การที่เด็กมีปริมาณข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลอยู่ในตัวมาก จะช่วยให้เด็กรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ความกลัวลดน้อยลง (Bates and Broome, 1986) รวมทั้งข้อมูลต้องมีความถูกต้อง ชัดเจน ตรงกับความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่ปราศจากการใส่ความรู้สึกใด ๆ ของผู้ให้ข้อมูลลงไป จึงจะทำให้เด็กมีแหล่งประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะต้องเจอเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กมีความกลัวการเข้าโรงพยาบาลลดลง (Johnson, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lawson and Field (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและพัฒนาการของความกลัวในเด็ก ปฏิบัติการตอบสนองของความกลัวและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลจะมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เด็กวัยเรียนมี จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความกลัวของเด็ก ถ้าเด็กมีข้อมูลในปริมาณมากและถูกต้อง จะทำให้เด็กมีความกลัวต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง แต่ในทางตรงกันข้าม หากเด็กมีข้อมูลในปริมาณมาก แต่เป็นข้อมูลที่ผิดพลาด ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้ความกลัวของเด็กเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Prugh, 1983) นอกจากนี้ยังพบว่าชนิดของข้อมูลมีผลต่อความกลัวของเด็ก โดยข้อมูลทางบวกเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กเผชิญจะทำให้เด็กมีความกลัวลดลง ในทางตรงกันข้าม ข้อมูลทางลบจะทำให้เด็กมีความกลัวมากขึ้น (Muris et al., 2003) ไม่เพียงแต่ข้อมูลทางลบจะมีผลทำให้เด็กกลัวมากขึ้นแล้ว ความกลัวของเด็กจะยิ่งรุนแรง หากผู้ให้ข้อมูลทางลบนั้นเป็นผู้ใหญ่ (Field, Arage and Knowles, 2001) ในผู้ใหญ่ก็เช่นเดียวกัน มีการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประสบการณ์หลังผ่าตัด ความรู้สึกที่จะประสบ สิ่งที่จะพบเห็นและได้ยินในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า หลังผ่าตัด 4-8 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้สึกสุขสบาย สามารถเผชิญเหตุการณ์และควบคุมตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ (Owens and Hatelmyer, 1982)

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในเด็กวัยเรียนของ สมปราวณา ทรายสมุทธ (2545) ซึ่งศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม- ปรนัยผ่านการดูตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความกลัวในเด็กวัยเรียนก่อนการรักษายาขนาดยา ฟิงส์ว้าง (2545) อัญชลี ชนะกุล (2528) วิมลรัตน์ ว่องวิระ (2530) นฤมล ชีระรังสิกุล (2532) สุภารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ผลการศึกษา ก็พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียนที่ได้รับข้อมูลก่อนการรักษายาขนาดยาจะมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นไม่ว่าในประเทศไทยหรือต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับจำนวนของข้อมูลที่ถูกต้องทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ จะพบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization Experience)** เป็น การรับรู้ของเด็ก เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Betz, Hunsberger and Wright, 1994) โดยเด็กอาจรับรู้โดยตรงจากการที่เด็กเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอง หรือรับรู้โดยอ้อมจากการสังเกตหรือการถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากบุคคลรอบข้าง เช่น บิดามารดา พี่ น้องหรือเพื่อน ๆ (Bandura, 1986) ซึ่งหากเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นน่าฟังพอใจก็จะทำให้ความกลัวของเด็กเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีน้อยหรือไม่มีความกลัวเลย และหากเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่น่าฟังพอใจ เด็กก็จะมีความกลัวเกิดขึ้นเมื่อต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล เพราะการที่เด็กรับรู้ว่าการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ จะทำให้เด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง (Behrman & Vaughan, 1983)

สิ่งที่เด็กต้องเผชิญในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเด็กรับรู้ว่าจะไม่น่าพึงพอใจ ได้แก่ ความเจ็บปวดจากหัตถการต่าง ๆ เช่น การฉีดยา (ยูพยงค์ ว่องศรี, 2529; รพีพร ธรรมสาโรรัชต์, 2542) การเจาะเลือด (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532) เป็นต้น การถูกตัดต่ออวัยวะ และการตาย (Kleinkhecht et al., 1996) การแยกจากสิ่งที่เป็นประจำหรือกิจวัตรประจำวัน การจากบิดามารดาเพื่อน และการขาดเรียน (Muller et al., 1992) การต้องเจอกับสิ่งแปลกใหม่ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล บุคคลแปลกหน้าทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยคนอื่นๆ (Wilson and Yorker, 1997) การถูกจำกัดอิสระของเด็ก ได้แก่ กฎระเบียบข้อห้ามต่าง ๆ กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ทำให้เด็กขาดอิสระ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (สุครัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; กลอยใจ มีเครือรอด, 2544) การต้องนอนอยู่บนเตียง (Schulte et al., 1997) เป็นต้น คณาภิรักษ์ คลเสมอ (2541) พบว่า กลิ่นน้ำยาต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทำให้เด็กเกิดจินตนาการต่อ แล้วจะรู้สึกกลัว เช่น กลิ่นแอลกอฮอล์ เมื่อเด็กได้กลิ่นทำให้เด็กหวาดเสียว และหวาดกลัวว่าจะต้องได้รับการฉีดยา

สิ่งที่น่าพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนของ สุริสา ล่ามช้าง และจุฑามาศ โชติบง (2544) พบว่า ผู้ป่วยเด็กบางส่วนรับรู้ว่ามีสิ่งที่น่าพึงพอใจจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ การได้ดูวิดีโอ ได้เล่นสนุก การมีหนังสือให้อ่าน การได้รับความเอาใจใส่ดูแลอย่างดีจากแพทย์และพยาบาล (จิรัญญา พานิชย์, 2547) นอกจากนี้สิ่งที่เด็กรู้สึกพึงพอใจที่เห็นได้ชัด คือ การที่ผู้ป่วยเด็กได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ทำให้มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกว้างขึ้น (Wong et al., 2001) คือ ได้มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน หรือกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเด็กรับรู้ว่าการเจ็บป่วยและการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ เพราะได้มีโอกาสที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีสัมพันธภาพกับคนอื่นดีขึ้น ซึ่งการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งกระดูกในเด็กและวัยรุ่นแสดงให้เห็นว่า การที่เด็กเป็นมะเร็งและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กมีสัมพันธภาพกับบุคคลดีขึ้น (Novakovic et al., 1996)

นอกจากนี้ อัมพล สุอำพัน (2528) ยังกล่าวไว้ว่า หากเด็กมีประสบการณ์ไม่ดี เช่น เด็กที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้าพ่อแม่ไม่มาเยี่ยมหรือมาเยี่ยมไม่ได้ เด็กที่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและการได้รับหัตถการการรักษาพยาบาลที่เจ็บปวด ที่เคยมีอาการวิตกกังวล เช่น ซ้อด เป็นต้น เมื่อป่วยเข้าโรงพยาบาลอีก ก็จะกลัวตายเป็นอย่างมาก กลัวว่าตัวหรือร่างกายจะหายไป ตรงกันข้ามหากเด็กมีประสบการณ์ที่ดี เช่น พ่อแม่เอาใจใส่และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

เด็กไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือการตรวจรักษาที่สร้างความเจ็บปวดมาก พ่อแม่ไม่เคยใช้แพทย์และพยาบาลเป็นเครื่องมือขู่เด็ก เมื่อเด็กเหล่านี้เจ็บป่วยก็จะสามารถปรับตัวได้ดี ทำให้เด็กไม่กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาในต่างประเทศของ Vernon et al. (1965) เกี่ยวกับความกลัวการแยกจากในเด็ก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแยกจากในครั้งแรกของเด็กจะมีความสำคัญต่อความกลัวของเด็ก เนื่องจากเด็กที่เคยประสบกับการแยกจากซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กรับรู้ว่าจะไม่มีความสุขและไม่พึงพอใจ จะทำให้เด็กมีการตอบสนองต่อความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กที่เคยรับรู้แต่สิ่งที่ดีๆ ที่น่าพึงพอใจ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังพบว่า การที่เด็กเคยพบเห็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน เจ็บป่วยหรือตายเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ การรับรู้เช่นนั้นจะเป็นตัวสนับสนุนให้เด็กเกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะเด็กจะกลัวว่าเมื่อตนเองต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นเหตุให้ตนเองต้องแยกจากหรือตายจากครอบครัวและคนใกล้ชิดไป (Vernon, Foley, Sipowicz and Schulman, 1965) Tideman and Clatworthy (1990) พบว่า การเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลต่อความกลัวของเด็ก เด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะคุ้นเคยกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม เด็กเคยปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวมาแล้ว เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก เด็กจึงสามารถปรับตัวให้คุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เผชิญใหม่ได้เร็ว จึงทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลน้อย

Broome and Hellier (1987) พบว่า ความกลัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยหรือไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก แต่ถ้าเด็กที่มีพี่หรือน้องที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็มีแนวโน้มที่จะมีความกลัวมากกว่าเด็กที่ไม่มีพี่หรือน้องเคยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าพี่หรือน้องที่ป่วยถ่ายทอดประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กรับรู้ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่พึงพอใจโดยทางอ้อม จึงมีผลต่อความกลัวของเด็กเช่นกัน

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจหรือไม่น่าพึงพอใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กวัยเรียนกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-efficacy)** เป็นแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่ช่วยสร้างพลังให้กับตนเอง และมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ การรับรู้ความสามารถในตนเองจะมีบทบาทที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) และสิ่งที่สำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต ในสถานการณ์เฉพาะ โดยเฉพาะในภาวะ

เครียดหรือสถานการณ์วิกฤติ นั่นคือ การรับรู้ความสามารถในตนเอง ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ อารมณ์ และการกระทำของบุคคล การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นความเชื่อหรือการรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งบุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการได้ แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถก็จะมีความอดทน อดทน ไม่ท้อถอยโดยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้ความสามารถในตนเองจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคล และหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ต่างกัน (Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่เด็กวัยเรียนมีความเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับการต้องแยกจากครอบครัว ต้องจากบ้านและบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล ต้องพบกับบุคคลแปลกหน้าทั้งแพทย์ พยาบาล ต้องพักนอนในที่ๆ ไม่ใช่บ้านของตน ต้องได้ยินเสียงร้องของผู้ป่วยคนอื่นๆ (Melamed and Siegle, 1975; วิมลรัตน์ ว่องวิระ, 2529) ต้องพบกับสภาพหอผู้ป่วยที่แบ่งเป็นห้องหรือมีเตียงวางเรียงกันมากมาย ต้องพบกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลที่ไม่เคยเห็น ไม่เคยรู้จัก ทั้งยังต้องสวมใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล (ปัญจางค์ สุขเจริญ, 2527) และ การต้องได้รับกิจกรรมทางการรักษาพยาบาล ได้แก่ การตรวจเลือด การฉีดยา การวัดสัญญาณชีพ การอ้าปากให้แพทย์ตรวจในคอ เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถในตนเองจะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวได้มากกว่าเด็กที่มีการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถในตนเอง จะทำให้เด็กมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดีกว่าเด็กที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ (Bandura et al., 2001) ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความตึงเครียดที่ก่อให้เกิดความกลัว ความเชื่อมั่นของบุคคลนั้นจะเป็นตัวส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่นำไปสู่การเผชิญได้มากกว่าการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ (MacNai and Elliott, 1992) บุคคลที่มีความเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้ การเผชิญเหตุการณ์นั้น จะแสดงออกมาในลักษณะของเหตุการณ์ที่มีความท้าทาย แต่ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ ได้ การเผชิญเหตุการณ์นั้นก็จะแสดงออกมาในลักษณะของการถูกคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตรายซึ่งจะก่อให้เกิดการบั่นทอนความรู้สึก เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (Lazarus, 1991) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกระบวนการเกิดความเครียด การรับรู้ความสามารถในตนเอง การคาดหวังและภาวะสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-22 ปี

พบว่า เด็กที่รับรู้และมีความเชื่อมั่นสูงกว่าตนเองมีความสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด จะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่มีการรับรู้และมีความเชื่อมั่นต่ำ (Karademas and Kalantzi-Azizi, 2004)

ในการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตนเองในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ ได้แก่ นุชนาถ สะกะมะณี (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาใช้เป็นแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในบทบาทของมารดาจาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตัวเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ ผลการทดลอง พบว่า มารดาที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติบทบาทของความเป็นแม่ได้อย่างเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกมากมายที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตนเองของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละบริบทและสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (นิสารัตน์ เศวตรรณ, 2543) หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) มารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนด (สมทรง เต๋าสาย, 2541) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (อรนุช เชาวน์ปรีชา, 2539) หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป (พันทิพย์ สีจะแปง, 2546) สตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ (จิตระการ สุกรีดี, 2543) ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าฉันทำได้และกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมสิ่งคุกคามต่างๆ ได้

การรับรู้ความสามารถในตนเองทั้งในเด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่นตอนปลาย และในวัยผู้ใหญ่ก็มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความกลัว ความเครียด เพราะการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่จะส่งผลต่อชีวิต เป็นตัวเพิ่มพลัง กำลังใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและทำให้ลดความเครียดของบุคคลลง หากบุคคลเหล่านั้นเชื่อว่า ตนเองมีพลังมีความสามารถ มีแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสิ่งที่คุกคามและก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้อย่างมีความสุข

**บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก (Trait Anxiety)** เป็นลักษณะอุปนิสัยประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีจะประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญว่าเป็นภาวะคุกคาม ซึ่งการประเมินสถานการณ์ของบุคคลในลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาาน จนเกิดเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะความวิตกกังวล



(State anxiety) ในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น (Spielberger, Sarason and Defares, 1978) บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กแสดงถึงความไวของบุคคลในการที่จะรับรู้สัญญาณต่างๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัวเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม บุคคลเหล่านี้จึงมีความกลัว (State anxiety) สูงขึ้นด้วย (Teichman, Rafael and Lerman, 1986) ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นได้เร็วกว่า และแสดงความวิตกกังวล ความกลัวได้มากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Ramklint and Ekselius, 2003)

เด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวล เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตราย บุคลิกภาพวิตกกังวลที่มีอยู่ในตัวจะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวล(State anxiety) รุนแรงขึ้น โดยเด็กจะรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน เกิดอันตรายคุกคามต่อตนเอง การรับรู้เช่นนี้ของเด็กจะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว ตื่นเต้น ตกใจก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวขึ้น (Tossrly, 1987)

Hart and Bossert (1994) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความเครียดของเด็กวัยเรียนอายุ 8-11 ปี จาก 82 โรงพยาบาล เมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า เด็กที่มีระดับบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะเผชิญกับสถานการณ์ด้วยความกลัวและความหวาดหวั่นที่ยิ่งใหญ่ ซึ่งความรู้สึกนี้จะทำให้ระดับของการรับรู้และการประเมินของเด็กเกี่ยวกับสถานการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองสูงเกินความเป็นจริง และมักจะประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดี มีความน่ากลัวมากกว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Carroll and Ryan-Wenger, 1999) จึงทำให้เด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวจะไม่แสดงความรู้สึกออกมาทางคำพูด แต่จะแสดงพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ และให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย ส่วนเด็กที่มีบุคลิกภาพความวิตกกังวลต่ำจะระบายอารมณ์ความรู้สึกออกมาให้คนอื่นทราบอย่างชัดเจน สามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาดี (จุฑาดีไชยมงคล, 2545)

บุคลิกภาพวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเด็กจะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาของ Ramklint and Ekselius (2003) พบว่า เด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงเหมือนในวัยเด็ก เนื่องจากบุคลิกภาพวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลที่เกิดอย่างต่อเนื่องและเกิดขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ (Spielberger, Sarason and Defares, 1978) โดยบุคคลเหล่านี้จะมีโอกาสของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ

การศึกษาบุคลิกภาพวิตกกังวลในผู้ใหญ่ พบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลได้ในเปอร์เซ็นต์สูง เนื่องจากโดยปกติแล้วบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะเป็นผู้ที่สามารถรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิด

อันตรายได้เร็ว (Cuijpers, Straten and Donker, 2005) จึงทำให้ระดับความกลัวและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความกลัวแตกต่างกัน บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีระดับความกลัวสูงมากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Tsao and McKay, 2004) จะเห็นได้ว่าบุคลิกภาพวิตกกังวลมีผลต่อการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของทั้งเด็กและผู้ใหญ่ จึงทำให้มีการสร้างแบบวัดบุคลิกภาพวิตกกังวลขึ้น โดย Spielberger และคณะ ได้สร้างแบบประเมินความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (State-Trait Anxiety Inventory for Children: STAIC) ขึ้นในปี ค.ศ. 1969 ลักษณะข้อคำถามจะระบุถึงความถี่ ความบ่อย ต่อประสบการณ์ที่เขาที่มีความวิตกกังวล หรือเขาารู้สึกโดยทั่วไป ใดๆ ไปอย่างไร เช่น ฉันรู้สึกอยากร้องไห้...ไม่เคยเกิด เกิดบางครั้ง เกิดบ่อย โดยแต่เดิมจำนวนข้อของ Trait Anxiety มีจำนวน 40 ข้อ แต่ในปี 1973 Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori and Platzeck ได้มีการพัฒนาปรับปรุงใหม่ และทำให้เข้าใจง่ายขึ้น โดย Trait Anxiety มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1-3 คะแนน คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงจะระบุได้ว่ามีความวิตกกังวลสูง และคะแนนต่ำก็แสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

จากการศึกษาปัจจัยด้านบุคลิกภาพวิตกกังวลทั้งในเด็กและผู้ใหญ่พบว่า หากบุคคลมีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีความกลัวสูง และหากบุคคลมีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำจะมีความกลัวต่ำด้วยเช่นกัน

**ความวิตกกังวลของมารดา (Maternal anxiety)** เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (State anxiety) ซึ่งจะเกิดขึ้นชั่วคราว มีความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียด และเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออาจทำให้เกิดอันตราย โดยสิ่งที่คุณคามอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, Sarason and Defares, 1978) การเจ็บป่วยของบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุตรจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เพียงแต่คุณคามหรือก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับเด็กเท่านั้น ขณะเดียวกันตัวมารดาเองก็มีความวิตกกังวลมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลของมารดาเมื่อบุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ที่สำคัญมี 5 ประการ (ศิริพร สิงหจินดาวงศ์, 2537) คือ

1. ความเจ็บป่วยของบุตร มารดาจะเกิดความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กลัวอันตรายจากโรคกลัวว่าบุตรจะตายหรือพิการ กลัวบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและแผนการรักษา เช่น การฉีดยา การให้น้ำเกลือ เป็นต้น

2. การสูญเสียบทบาทการเป็นมารดาเมื่อถูกแยกจากบุตร เมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดายังมีความต้องการจะช่วยเหลือบุตร แต่ขณะเดียวกันความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทำให้ขาดความมั่นใจในบทบาทของตน ไม่รู้ว่าตนจะได้รับอนุญาตให้ทำอะไรได้บ้างและทำอย่างไรจึงจะปลอดภัย

3. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างไปจากสภาพที่บ้าน ทั้งด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนบุคคล ทำให้มารดารู้สึกไม่สบายใจ โดยเฉพาะถ้ามารดาพบว่าสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ดี เช่น เสียง อุปกรณ์เครื่องใช้ของบุตรไม่สะอาด เจ้าหน้าที่ไม่สนใจละเลยบุตรของตน ฯลฯ จะยิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่มารดา

4. ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว เช่น บุตรคนอื่นๆ ที่ไม่ได้เจ็บป่วย เมื่อมีบุตรเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาต้องมาเยี่ยมหรือให้การดูแลบุตรที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ย่อมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่มารดา

5. ปัญหาด้านการเงินเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าเดินทาง มารดาต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ เป็นต้น

ความวิตกกังวลของมารดาที่เกิดขึ้น จากการที่บุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติบทบาทของมารดาในการดูแลบุตร มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความกลัว หวาดระแวง ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความสามารถ ในการดูแลช่วยเหลือให้บุตรเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาให้แก่บุตรได้ และไม่สามารถประคับประคองจิตใจของบุตรได้ เป็นผลให้บุตรเกิดความกลัวตามไปด้วย (Bernstein et al., 2004; Bogels and Melick, 2004) ในภาวะที่มารดาที่มีความวิตกกังวลสูง มารดาจะเกิดความตึงเครียด การรับรู้จะลดลง ความมีเหตุผลน้อยลง ความคิดสับสน และควบคุมสติไม่ได้ สิ่งเหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความวิตกกังวลด้านร่างกายและจิตใจของบุตรด้วย ความวิตกกังวลที่มารดาแสดงออก ไม่ว่าจะโดยท่าทางหรือคำพูด สามารถถ่ายทอดไปสู่บุตรได้ โดยการสังเกต เลียนแบบ ทำให้บุตรเกิดความวิตกกังวล ขาดความไว้วางใจ ตื่นเต้น ตกใจ และกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Craske, 1999) แต่ถ้ามารดายังคงแสดงบทบาทของการดูแลบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรได้ก็จะทำให้บุตรไม่เกิดความวิตกกังวลต่อการรักษาพยาบาล (Lewin et al., 2005)

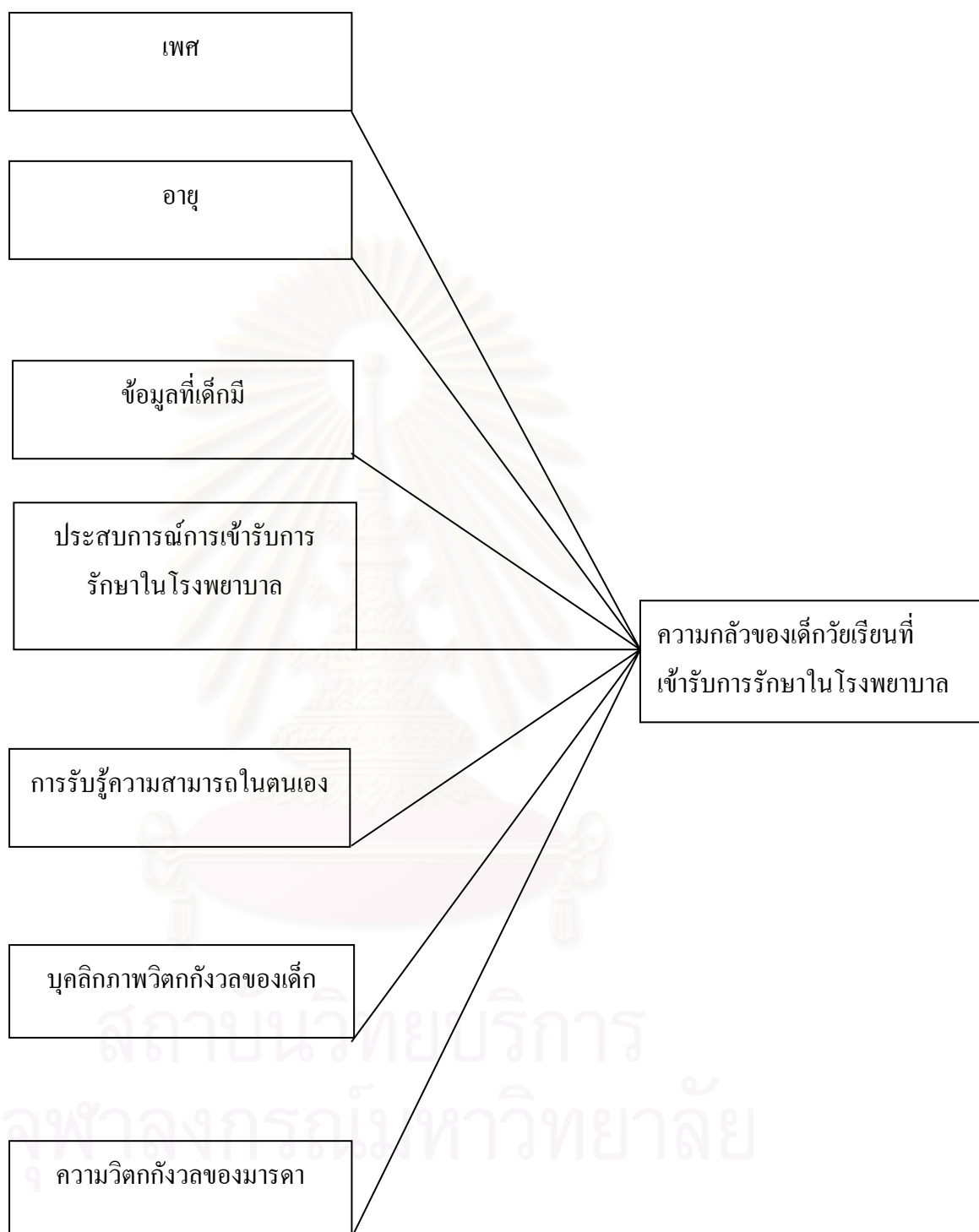
นอกจากนี้ความวิตกกังวลของมารดาสามารถถ่ายทอดสู่ลูกและญาติๆ ในครอบครัวได้ (Peplau, 1952) จากการศึกษาการตอบสนองด้านอารมณ์ของเด็กและบิดามารดาในระหว่างการเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดกระดูก ในเด็กอายุ 8-17 ปี พบว่า เด็กที่ได้รับการผ่าตัดจะมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น กลัวความผิดพลาดจากการดมยาสลบ กลัวความตายขณะผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัดจะส่งผลให้ลูกมีความวิตกกังวลสูงหลังผ่าตัดตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนความคิดที่ว่า สภาพจิตใจ อารมณ์และความวิตกกังวล เป็นสัจชาติญาณที่เกิดขึ้น และสามารถถ่ายทอดจากบิดามารดาสู่ลูกได้ (Lamontage et al., 1997) รวมถึงความวิตกกังวลของมารดาจะส่งผลให้การรับรู้ของลูกเกี่ยวกับ

สถานการณ์ความเครียดเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง มีผลทำให้เด็กมีความกลัวที่มากกว่าปกติ (Williams et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน จะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และความจำกัดของข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้เด็กเกิดความกลัว ซึ่งความกลัวเป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ที่พบบ่อยในสถานการณ์เช่นนี้ และในเด็กแต่ละคนจะมีความกลัวที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุของเด็ก ในสถานการณ์เช่นนี้ไม่เพียงแต่เด็กเท่านั้นที่เกิดความกลัว บิดามารดาต่างก็มีความกลัวและความวิตกกังวลเช่นกัน เพราะบิดามารดาไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนถึงความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าในสถานการณ์ที่เด็กวัยเรียนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กวัยเรียนจะมีความกลัวเกิดขึ้นอย่างแน่นอน แต่เด็กจะมีความกลัวมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงต้องมีการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในการให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือดูแลเด็กวัยเรียนเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก และความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ เด็กวัยเรียน อายุ 8-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมารดาที่เข้ามาดูแลบุตรในโรงพยาบาล

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ เด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 8-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมารดาที่เข้ามาดูแลบุตรในโรงพยาบาล โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

##### 1. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

1.1 สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

1.2 ไม่จำกัดโรคแต่ต้องไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหรือผ่าตัดบริเวณ

1.3 อยู่ในสถานะที่สามารถตอบแบบสอบถามได้โดยไม่ส่งผลให้ภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เช่น ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียมาก หรือมีไข้สูง

1.4 มีสภาพการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ อยู่ในระดับปกติ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือ โรคจิต

1.5 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน

1.6 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

##### 2. มารดาที่เข้ามาดูแลบุตรในโรงพยาบาล

2.1 สามารถอ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้

2.2 มีสภาพการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ อยู่ในระดับปกติ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือ โรคจิต

2.3 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน

2.4 ยินดีจะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

### ขั้นตอนในการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978 cited in Prescott, 1987: 130) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$N \geq (10 \times 8) + 50$  ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 8 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 130 คู่ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจำนวน 130 คนและมารดาจำนวน 130 คน

### 2. การสุ่มตัวอย่าง

2.1 เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ สุ่มจากโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 5 ภาคของประเทศ คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งหมด 25 โรงพยาบาล จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละภาคด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนภาค ในแต่ละภาคจะมีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงสุ่มแบบอัตราส่วนไม่เท่า โดยสุ่มมาภาคละ 1 โรงพยาบาล สำหรับภาคใต้ ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ 5 โรงพยาบาล แต่เนื่องจากสถานการณ์ในจังหวัดยะลาไม่ปกติ จึงไม่ได้นำโรงพยาบาลศูนย์ยะลาเข้าร่วมจับสลากด้วย ดังนั้นในภาคใต้จึงเหลือโรงพยาบาลที่จะสุ่มตัวอย่างเพียง 4 โรงพยาบาล รายละเอียดของการสุ่มโรงพยาบาลมีดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ชื่อโรงพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จำแนกตามภาค

ภาค	จำนวน	ชื่อโรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ภาคเหนือ	5	สวรรค์ประชารักษ์	26
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3	ชลบุรี	26
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6	สรรพสิทธิประสงค์	26
ภาคกลาง	6	พระนครศรีอยุธยา	26
ภาคใต้	5	สุราษฎร์ธานี	26
รวม	25		130

2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยเลือกผู้ป่วยเด็กทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกวัน โดยผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเวชระเบียนของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ในเวลา 8.00-18.00 น ของทุกวัน หากมีผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้าพักในโรงพยาบาลหลังจากเวลา 18.00 น ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างในเวลา 8.00-18.00 น ของวันต่อมา เพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มาดูแลบุตรในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล มีจำนวน 26 คู่ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจำนวน 26 คนและมารดาจำนวน 26 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประมาณ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มาดูแลบุตร มีลักษณะดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n = 130 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศหญิง	61	46.9
เพศชาย	69	53.1
อายุ (Range = 11 -12 ปี)		
8 – 9	38	29.2
9 - 10	20	15.4
10 – 11	10	7.6
11 - 12	62	47.8
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2	28	21.5
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3	20	15.4
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	27	20.8
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	33	25.4
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	17	13.1
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	5	3.8



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ภายในระยะเวลา 1 ปี)		
ครั้งที่ 1	101	77.7
ครั้งที่ 2	19	14.6
ครั้งที่ 3	5	3.8
ครั้งที่ 6	1	.8
ครั้งที่ 8	4	3.1
ลำดับบุตร		
1	59	45.4
2	49	37.7
3	16	12.3
4	5	3.8
5	1	.8
สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
การผ่าตัด	6	4.6
การรักษาด้วยยา		
-โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	13	10
-โรกระบบประสาท	34	26.2
-โรกระบบทางเดินอาหาร	29	22.3
-โรกระบบทางเดินหายใจ	33	25.4
-โรคผิวหนัง	4	3.8
- โรคทางศัลยศาสตร์	8	7.7

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.1 และเพศหญิง ร้อยละ 46.9 ซึ่งมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก มีอายุระหว่าง 11-12 ปีมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 47.8 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 96.2 ส่วนใหญ่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 77.7 เป็นบุตรคนแรกมาก

ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาด้วยยาคิดเป็น 95.4%

ตารางที่ 3 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา (n = 130 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Range = 20- 41 ปี)		
20 – 30	20	15.4
31 – 41	77	59.2
> 41	33	25.4
สถานภาพสมรส		
คู่	114	87.7
หย่าร้าง	7	5.4
หม้าย	9	6.9
จำนวนบุตร (คน)		
1	29	22.3
2	64	49.2
3	27	20.8
4	9	6.9
5	1	.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	75	57.7
มัธยมศึกษา	41	31.5
ปริญญาตรี	14	10.8

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	15	11.5
5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน	80	61.5
มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	35	27

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31- 41 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.2 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 87.7 มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.7 และร้อยละ 61.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดา

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ซึ่งจะนำมาอ่านให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตอบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8-12 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จึงทำให้มีความแตกต่างกันในเรื่องของทักษะการอ่าน ถ้าให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเป็นผู้อ่านข้อความเอง อาจทำให้ผลของการศึกษาคคลเคลื่อนได้ ดังนั้นจึงเลือกใช้วิธีนำแบบสอบถามมาอ่านให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตอบ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบบันทึกจำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลที่เด็กมี

ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา

## การสร้างเครื่องมือ

**ชุดที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุมตัวแปร 2 ตัว คือ เพศ อายุ และมีข้อมูลเพิ่มเติม คือ ระดับการศึกษา สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลักษณะของแบบบันทึกเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลที่เด็กมีเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาดำรง เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เด็กมี กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาประเภทของข้อมูลที่ทำให้เด็กกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยลงของ Johnson (1999) ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น ลำดับเหตุการณ์ที่จะต้องประสบขณะอยู่

โรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยและข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ คือข้อ 1, 2, 3, 4, 8, 10, 16, 17, 19, 20 และ 21 ข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ คือข้อ 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15 และ 18 ลักษณะคำตอบมี 2 ระดับ คือ ใช่และไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวมของทุกข้อ ซึ่งมีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กมีข้อมูลที่ถูกต้องมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กมีข้อมูลที่ถูกต้องน้อย

**ชุดที่ 3** แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาดำรง เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแนวข้อคำถาม ซึ่งแบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ระดับ คือ ชอบ เฉยๆ และไม่ชอบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่ชอบ เท่ากับ 1 คะแนน เฉยๆ เท่ากับ 2 คะแนน ชอบ เท่ากับ 3 คะแนน การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวมของทุกข้อ ซึ่งมีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23-69 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ คะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ

**ชุดที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาดำรง เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในตนเองรวมทั้งแนวทางการรับรู้ความสามารถในตนเองของ Bandura (1997) จากนั้นนำข้อมูลมาสร้างแนวข้อคำถาม ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ระดับ คือ ไม่มั่นใจ มั่นใจและมั่นใจมาก โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่มั่นใจ เท่ากับ 1 คะแนน มั่นใจ เท่ากับ 2 คะแนน มั่นใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวมของทุกข้อ ซึ่งมีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-54 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ

**ชุดที่ 5** แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ Trait Anxiety subscale ของ Chaiyawat (2000) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือของ Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori and Platzek (1973) เครื่องมือนี้สร้างมาใช้กับเด็กไทยวัยเรียน อายุ 8-13 ปี โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ค่า CVI ของแบบวัด Trait Anxiety (A-Trait) = 90 % ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธี Known-group technique, convergent validity และ factor analysis มีค่าดัชนีความเที่ยงแบบวัดซ้ำ (test-retest) ได้ = 0.72

และค่า Cronbach's alpha = 0.87 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือก 3 ตัวเลือก ซึ่งผู้ตอบจะต้องเลือกข้อความที่บรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยเลือกให้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด คะแนนจะเรียงจากมากไปหาน้อย 3, 2, 1 คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเกิด 2 หมายถึง เกิดบางครั้ง 3 หมายถึง เกิดบ่อย การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

**ชุดที่ 6** แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เฉพาะ State Subscale ของ Spielberger (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ชร จันทวัฒนา เครื่องมือสร้างมาใช้กับมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและวัดความวิตกกังวลทั่วไป ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด State Anxiety (S-State) = 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบว่ารู้สึกต่อสถานการณ์ในขณะนั้นอย่างไร มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คือข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากน้อยไปหามาก 1, 2, 3, 4 ข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ คือข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากมากไปหาน้อย คือ 4, 3, 2, 1 การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

**ชุดที่ 7** แบบสอบถามความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ State Anxiety subscale ของ Chaiyawat (2000) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือของ Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori and Platzek (1973) เครื่องมือนี้สร้างมาใช้กับเด็กไทยวัยเรียน อายุ 8-13 ปี โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ค่า CVI ของแบบวัด State Anxiety (A-State) = 89.5 % ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธี Known-group technique, convergent validity และ factor analysis มีค่าดัชนีความเที่ยงแบบวัดซ้ำ (test-retest) ได้ = 0.58 และค่า Cronbach's alpha = 0.83 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือก 3 ตัว ซึ่งผู้ตอบจะต้องเลือก ข้อความให้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นให้มากที่สุด ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวก มี 8 ข้อ คือข้อ 1, 4, 6, 8, 10, 12, 13 และ 19 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากน้อยไปหามาก 1, 2, 3 ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ มี 11 ข้อ คือข้อ 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 16, 17 และ 18 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากมากไปหาน้อย คือ 3, 2, 1 การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-57 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความกลัวสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความกลัวต่ำ มีการแบ่งค่าคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
คะแนน 1.00-1.66	เด็กมีความกลัวต่ำ
คะแนน 1.67-2.33	เด็กมีความกลัวปานกลาง
คะแนน 2.34-3.00	เด็กมีความกลัวสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือโดยมีขั้นตอนดังนี้

#### การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม 4 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลของเด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปและมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับประเภทของข้อมูลของ Johnson (1999) จำนวน 3 คน และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเองและแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ประสบการณ์ของ Bandura (1997) จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน สำนวน ภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขและความเหมาะสมของการนำไปใช้ นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI = 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (5 ท่าน) ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลของเด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง ค่า CVI = .87, .84 และ .84 ตามลำดับ ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งรายละเอียดของการปรับปรุงแบบสอบถามมีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามเดิมจำนวน 6 ข้อ เพิ่มข้อคำถามใหม่จำนวน 2 ข้อ คือ โรงพยาบาล-ตึกผู้ป่วยและภูมิลำเนา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มีจำนวน 8 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของเด็กมี มีข้อคำถามเดิม จำนวน 27 ข้อ ปรับความชัดเจนของภาษาจำนวน 6 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 27 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีข้อคำถามเดิม จำนวน 23 ข้อ ปรับความชัดเจนของภาษา จำนวน 6 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 23 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง มีข้อคำถามเดิม จำนวน 15 ข้อ ปรับความชัดเจนของภาษาจำนวน 6 ข้อ เพิ่มข้อคำถามใหม่จำนวน 3 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ มีจำนวน 18 ข้อ

#### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คู่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป สำหรับแบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาและแบบสอบถามความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีอยู่แล้ว และใช้เกณฑ์ค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป สำหรับแบบสอบถามข้อมูลของเด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ (Burns and Grove, 1997) สรุปได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจำแนกตามชุดของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บจริง (n = 130)
1. ข้อมูลที่เด็กมี	.69	.76
2. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.80	.85
3. การรับรู้ความสามารถในตนเอง	.85	.86
4. บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก	.82	.84
5. ความวิตกกังวลของมารดา	.80	.89
6. ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล	.82	.83

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามทุกชุด มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน และนำเสนอตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง 5 ภาคของประเทศ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัย และเพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

2.1 คัดต่อผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชกรรม โดยมีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี สมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ในเวลาที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโดยการอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตอบ ประมาณ 45 นาที แต่ละโรงพยาบาลจะมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้ช่วยวิจัยทั้งหมดจำนวน 5 คน

2.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือวิจัย การนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ สถานที่ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2.3 ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย พบว่า ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลสามารถใช้เครื่องมือวิจัยได้ถูกต้องและไม่พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีข้อสงสัยในข้อคำถามแต่อย่างใด

### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3.1 นำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนอย่างน้อย 3 ราย หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ ตามขั้นตอนดังนี้

3.3.1 ผู้ช่วยวิจัยไปที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง 5 โรงพยาบาล สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเวชระเบียน โดยผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลา 8.00-18.00 น ของทุกวัน หากมีผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้าพักในโรงพยาบาลหลังจากเวลา 18.00 น ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในเวลา 8.00-18.00 น ของวันต่อมา เพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มาดูแลบุตร

3.3.2 ผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาอยู่ด้วยกัน โดยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ หากมารดายินยอมให้บุตร ซึ่งก็คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเข้าร่วมการวิจัยแต่ตัวบุตรเองไม่ยินยอมก็จะไม่นำมาเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้มารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเซ็นด์แบบบันทึกความยินยอมในการวิจัย ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีมารดา 1 ท่านที่มาดูแลบุตรที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัย ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่สะดวกจะเข้าร่วมการวิจัย

3.3.3 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยจะพาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาไปตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน โดยส่วนใหญ่จะใช้สถานที่ในห้องพักรับประทานอาหารของพยาบาล

3.3.4 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน โดยผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสอบถามผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับระดับการศึกษาและการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และหลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตอบตามแบบสอบถาม ทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลที่เด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก และแบบสอบถามความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถามและในขณะที่ผู้ช่วยวิจัยกำลังสอบถามผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอยู่นั้น มารดาก็ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลไปพร้อมๆ กัน หลังจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล ทั้งของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดา สอบถามเพิ่มเติมในกรณีที่พบข้อมูลไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลโดยประมาณ 45 นาที

3.3.5 ระยะเวลาในการเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล จะห่างกันประมาณ 2-3 วัน เนื่องจากผู้วิจัยต้องอยู่เก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนอย่างน้อย 3 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้าพักรักษาในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่ากัน จึงทำให้ระยะเวลาในการเฝ้ารอผู้ป่วยเด็กวัยเรียน 3 รายแรก ที่ผู้วิจัยต้องเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย

ไม่เท่ากันในแต่ละโรงพยาบาล หลังจากดำเนินการตามขั้นตอนดังที่กล่าวมาเสร็จเรียบร้อยแล้วในโรงพยาบาลแรก หลังจากนั้นจะดำเนินการลักษณะดังกล่าวในโรงพยาบาลต่อไปจนครบ 5 โรงพยาบาล

3.3.6 ผู้วิจัยติดตามการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย โดยการติดตาม เกี่ยวกับปัญหาการใช้เครื่องมือวิจัย แนะนำและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเพื่อความถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยติดตามทางโทรศัพท์และติดตามด้วยตนเองเป็นระยะ

3.3.7 หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วน จำนวน 130 คู่แล้ว ผู้วิจัยให้คะแนนแบบสอบถามของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและแบบสอบถามของมารดา ลงรหัสข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ระหว่าง วันที่ 15 มกราคม 2549 - 25 กุมภาพันธ์ 2549 ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 130 คู่

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจาก การให้ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดา หากมารดายินยอมให้บุตร ซึ่งก็คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเข้าร่วมการวิจัยแต่ตัวบุตรเองไม่ยินยอมก็จะไม่นำมาเข้าร่วมการวิจัย ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลเช่นกัน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลแท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้มารดาลงนามในใบยินยอมการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยของบุตร

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และภูมิลำเนา โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา

และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage)

2. ศึกษาค่าเฉลี่ย (Mean) และร้อยละ (Percentage) ของอายุ

3. ศึกษาข้อมูลของเด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก ความวิตกกังวลของมารดาและความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการใช้อยูนิตา (Eta)

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ข้อมูลของเด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก ความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

สหสัมพันธ์ของเพียร์สันจะอยู่ระหว่าง -1 และ +1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ระดับ 0 แสดงว่าตัวแปรสองตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน ระดับความสัมพันธ์ -1 แสดงว่า ตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันในทางลบ กล่าวคือ ตัวแปรตัวหนึ่งมีคะแนนสูง อีกตัวแปรตัวหนึ่งจะมีคะแนนต่ำ ระดับความสัมพันธ์ +1 แสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันทางบวก กล่าวคือ ตัวแปรทั้งสองจะมีคะแนนไปในทางเดียวกัน คือ สูงหรือต่ำทั้งคู่

กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 โดยแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burn and Grove, 2001)

ค่า  $r$  ที่ .1-.3 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (Weak)

ค่า  $r$  ที่ .3-.5 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Moderate)

ค่า  $r$  ที่  $> .5$  แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูง (Strong)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ข้อมูลที่เด็กมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 130 คู่ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลของเด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

ตอนที่ 2 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

ตอนที่ 3 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ข้อมูลของเด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลที่ได้ก็มี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก ความวิตกกังวลของมารดาและความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลที่ได้ก็มี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก ความวิตกกังวลของมารดาและความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกโดยรวม (n = 130 คน)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
-ข้อมูลที่ได้ก็มี	21	2.61	3.67	
-ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	69	44.20	7.21	
-การรับรู้ความสามารถในตนเอง	54	33.29	6.00	
-บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก	60	34.92	6.44	
-ความวิตกกังวลของมารดา	80	53.03	9.84	
-ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	57	32.10	5.16	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ตัวแปรเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก และความวิตกกังวลของมารดา มีคะแนนเฉลี่ยเกินครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม ส่วนความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

ตารางที่ 6 ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 130 คน)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (Eta)	p-value
เพศ	.462	.004

จากตารางที่ 6 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .462)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามเพศหญิงและเพศชาย (n = 130 คน)

เพศ	กลัวน้อย		กลัวปานกลาง		กลัวมาก		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	40	30.77	28	21.54	1	0.77	69	53.08
หญิง	34	26.15	25	19.23	2	1.54	61	46.92
รวม	74	56.92	53	40.77	3	2.31	130	100

จากตารางที่ 7 พบว่า โดยรวมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความกลัวน้อยเป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 56.92 ถ้าแยกเป็นเพศหญิงและเพศชาย มีความกลัวในระดับน้อยจำนวนมากกว่าระดับอื่น ร้อยละ 30.77 และ 26.15 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดาด้วยความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดาด้วยความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-.270*	.002
ข้อมูลที่เด็กมี	.215*	.014
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-.238*	.006
การรับรู้ความสามารถในตนเอง	-.267 *	.002
บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก	.297*	.001
ความวิตกกังวลของมารดา	.046	.606

\* p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลที่เด็กมีและบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในส่วนของ



ข้อมูลที่ได้ก็มี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ข้อมูลที่ได้ก็มีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัว  
ของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อายุระหว่าง 8-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมารดาของเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อายุระหว่าง 8 -12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมารดาที่มาดูแลบุตร จำนวน 130 คู่ จากโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ จำนวน 25 แห่ง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก โดยเลือกผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกรายที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2549 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2549 ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 26 คู่ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์จำนวน 26 คู่ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีจำนวน 26 คู่ โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยาจำนวน 26 คู่และโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีจำนวน 26 คู่

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 8 ชุด แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย แบบบันทึกจำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลที่เด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบสอบถามการรับรู้

ความสามารถในตนเอง แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก และแบบสอบถามความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กวัยเรียน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และภูมิลำเนา โดยนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ศึกษาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าร้อยละ (Percentage) ของอายุ

3. ศึกษาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลของเด็กที่มี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ข้อมูลของเด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก การรับรู้ความสามารถในตนเองและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

### สรุปผลการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .462)

2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .270$ )

3. ข้อมูลของเด็กมีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .215$ )

4. ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ( $r = .238$ )

5. การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .297$ )

6. บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .267$ )

7. ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\eta^2 = .462$ ) เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนเพศหญิงและเพศชายมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน เนื่องมาจากเด็กเพศหญิงและเพศชายมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันทั้งด้านร่างกายและปัจจัยทางชีวภาพ มีผลทำให้เกิดความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาททางเพศ โดยบทบาทเพศชายในแถบเอเชีย (Jin, 1997) ตะวันตก (Broome and Hellier, 1987; Elbedour, Shulman and Kedem, 1997) และแอฟริกา (Ollendick, Ingman and Akande, 1999) ถูกคาดหวังถึงความกล้าหาญ เข้มแข็ง เด็กเพศชายจึงถูกสอนให้ปกปิดความกลัวหรือยอมรับความกลัวน้อยกว่าเพศหญิง ในทางตรงข้ามเด็กเพศหญิงจะมีการแสดงออกของความกลัวและอารมณ์ต่างๆ ได้อย่างอิสระมากกว่า โดยเฉพาะในสังคมไทย เด็กเพศชายและเด็กเพศหญิงถูกอบรมสั่งสอนให้มีบทบาท พฤติกรรม ความคาดหวังในชีวิต พัฒนาการทางอารมณ์และสติปัญญาต่างกัน (สุมน อมรวิวัฒน์และคณะ, 2535; ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2547) โดยเด็กเพศชายต้องเข้มแข็ง มีความเป็นผู้ไม่แสดงความอ่อนแอออกมา สังคมไทยในอดีตนั้นเพศชายมักจะได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำ ส่วนเพศหญิงจะทำหน้าที่เป็นผู้ตามเพราะเพศหญิงมีข้อจำกัดเรื่องความแข็งแรงไม่เหมือนกับเพศชาย ดังนั้นคุณลักษณะความเป็นชาย เช่น ความเข้มแข็ง การเป็นผู้นำ จึงเป็นคุณลักษณะที่สังคมไทยยกย่องมาตั้งแต่ในอดีต ในสังคมปัจจุบันความเชื่อและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในอดีตอาจมีความแตกต่างจากยุคปัจจุบันที่เป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร คนในสังคมมีวิถีชีวิตคล้ายตะวันตกมากขึ้น รวมทั้งความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และธรรมเนียมการปฏิบัติมีการ

เปลี่ยนแปลง แต่บทบาทที่สังคมไทยคาดหวังของเพศชายยังคงเป็นเช่นในอดีต ทั้งนี้เนื่องมาจากการอบรมเลี้ยงดู โดยแนวทางการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวไทยในภูมิภาคต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบทของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้และกรุงเทพมหานคร มีแนวทางในการสอนและปลูกฝังลูกเหมือนกัน คือ แนวทางในการเลี้ยงดูเด็กเพศชาย ส่วนใหญ่จะเลี้ยงแบบง่ายๆ สอนให้รู้จักเข้มแข็ง อดทนไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็น ส่วนแนวทางในการเลี้ยงดูเด็กเพศหญิง ส่วนใหญ่จะสอนให้ว่านอนสอนง่าย ไม่ดื้อ และมองว่าเด็กเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง จึงทำให้เด็กเพศหญิงมีการแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึกในด้านต่างๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเด็กเพศชาย (ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2547)

นอกจากความแตกต่างในเรื่องของบทบาททางเพศแล้วเด็กเพศหญิงและเพศชายจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของพื้นฐานอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความสามารถในการเผชิญความเครียด (Car, Lemanek and Armstrong, 1998; Ollendick et al., 1999) โดยเด็กเพศหญิงจะมีภาวะของความพึงพา อดทนต่อความเครียดและความกลัวในระดับที่น้อยกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อเด็กเพศหญิงเจอเหตุการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดความกลัว จึงมีความอดทนต่อความกลัวเหล่านั้นได้น้อย

นอกจากนี้เด็กเพศหญิงและเด็กเพศชายยังมีความกลัวในด้านอื่นๆ ที่แตกต่างกันเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น เด็กเพศหญิงจะมีความกลัวเกี่ยวกับความแปลกใหม่ของสภาพแวดล้อม กลัวการแยกจาก (Gullone, 2000) ความกลัวโดยรวมของเด็กเพศหญิงจะมากกว่าเด็กเพศชายในเรื่องเกี่ยวกับกลัวการผ่าตัด กลัวการแยกจากครอบครัวและกลัวร่างกายได้รับบาดเจ็บ (Elbedour, Shulman and Kedem, 1997; Broome and Hellier, 1987) Gullone (1997) พบว่า เด็กเพศชายและเด็กเพศหญิงมีความกลัวแตกต่างกันทั้งในด้านประเภทของความกลัวและจำนวนสิ่งที่กลัว โดยเด็กเพศหญิงจะกลัวความตาย กลัวอันตราย กลัวสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสัตว์ กลัวโรงเรียนและกลัวการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กชาย เด็กเพศชายจะกลัวการสูญเสียอวัยวะมากกว่าเด็กเพศหญิง เพราะเด็กเพศชายจะกลัวว่าหากตนเองต้องสูญเสียอวัยวะหรือพิการจะทำให้ตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ ในกลุ่ม (Stoudemire, 1998) จะเห็นได้ว่าความแตกต่างของเพศมีผลให้ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .270$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุมากจะกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย และผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยจะกลัวการเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลมาก เนื่องจากอายุจะสะท้อนถึงพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก แม้ว่าเด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านความคิดและความเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรมได้มากขึ้น แต่เด็กวัยเรียนตอนต้นก็ยังมีพัฒนาการด้านนี้ไม่สมบูรณ์นัก จึงยังเข้าใจสิ่งที่เผชิญได้ไม่ดี ทำให้เด็กวัยเรียนตอนต้นมีแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้ในการเผชิญความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กวัยเรียนตอนกลางและตอนปลาย (Ollendick et al., 2001) เด็กวัยเรียนที่มีอายุต่างกันจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของความกลัว การรับรู้ ความเข้าใจ และมโนทัศน์ด้านสุขภาพ (จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2534) รวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็แตกต่างกันด้วย ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม การพบปะคนแปลกหน้า การต้องแยกจากครอบครัวและเพื่อน ดังนั้นเด็กวัยเรียนตอนต้นที่เข้าใจเหตุผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเป็นการถูกลงโทษ จากการที่ตนเองไม่เชื่อฟังพ่อแม่หรือเกิดจากการทำความผิดของตนเอง จะเกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าเด็กวัยเรียนตอนกลางและตอนปลาย (สุวดี ศรีเลณวัดี, 2534)

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ก็แสดงให้เห็นว่า เมื่อเด็กวัยเรียนมีอายุมากขึ้น จะมีความกลัวน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาถึงการรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของ Vacik, Nagy and Jessee (2001); Rushforth (1996); Perrin and Perrin (1983) ที่พบว่า การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อพัฒนาการด้านสติปัญญามีความสมบูรณ์ขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เช่น เด็กวัยเรียนอายุ 7-11 ปี จะรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน เด็กอายุ 7-8 ปี รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ ส่วนในเด็กอายุ 9-11 ปี จะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากเชื้อโรคที่ทำให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วย จากการรับรู้ที่ต่างกันตามอายุ เด็กที่อายุมากกว่าจึงมีความสามารถในการเข้าใจและแก้ปัญหาได้ดีกว่า โดยเฉพาะมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยมากกว่า รวมทั้งอาจเคยประสบกับเหตุการณ์แบบนี้มาก่อนจึงเกิดการพัฒนาเกี่ยวกับความกลัวได้มากกว่า ทำให้เด็กที่มีอายุมากกว่ามีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กที่มีอายุน้อย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในเด็กวัยเรียนอีกมากมายที่ผลการศึกษาพบว่า เด็กเล็กจะมีความกลัวมากกว่าและรุนแรงกว่าเด็กโต (Ollendick et al., 2001; Elbedour, Shulman and Kedem, 1997; Clatworthy, Simon and Tiedeman, 1999; Gullone and King, 1993; Siegel and Hudson, 1995) ดังนั้นเมื่อเด็กเล็กต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็กเล็กมากกว่า ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งมีผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ บุคลิกภาพ และสติปัญญา (Lau, 2002)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการวิจัยที่สนับสนุนผลการศึกษาค้นคว้านี้ แต่ก็พบว่ามีงานวิจัยบางงานวิจัยที่ผลการวิจัยมีความขัดแย้งกับการศึกษาในครั้งนี้ เช่นการวิจัยของ Jim (1997) ที่ศึกษาใน

เด็กวัยเรียนชาวจีนพบว่า เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากกว่ามีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่า โดย Jin ให้เหตุผลว่า เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อย ทำให้ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากกว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อย การศึกษาของ Wilson and Yorker (1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็พบว่า ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยให้เหตุผลว่า ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Medical fear) เป็นความกลัวที่มีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากความกลัวทั่วไปตามพัฒนาการของเด็ก และมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวทั่วไปน้อย จึงอาจทำให้ความกลัวชนิดนี้ไม่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จะเห็นว่าผลการวิจัยดังกล่าวมีความขัดแย้งกันกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งความขัดแย้งกันของผลการศึกษานั้น มีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิดจากการประเมินความกลัวที่ต่างกัน โดยการศึกษาของ Jin และ Wilson and Yorker ใช้แบบประเมินความกลัวกิจกรรมการรักษา (Child Medical Fear Scale: CMFS) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความกลัวในกิจกรรมการรักษาพยาบาลแต่ละชนิด เช่น กลัวถูกฉีดยา กลัวถูกเจาะเลือด เป็นต้น แต่การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised: T-STAI-C-R) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความกลัวทั่วไป ในขณะที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะความกลัวเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลเท่านั้น

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่เด็กมีกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลที่เด็กมีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .215$ ) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ที่ระบุว่า ข้อมูลที่เด็กมีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถอธิบายได้ว่า การที่ข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัว แสดงว่า ยิ่งเด็กมีข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก เด็กจะยิ่งกลัวมาก ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ขัดแย้งกับคำอธิบายของ Bate and Broome (1986) ที่ว่า ยิ่งเด็กมีข้อมูลมากเด็กจะกลัวน้อยลง เพราะการที่เด็กมีข้อมูลที่ต้องมากจะทำให้เด็กรู้และเข้าใจสิ่งที่ตนต้องเผชิญ เมื่อเด็กทราบว่าตนต้องเผชิญกับอะไรบ้างก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความไม่รู้ของเด็กก็จะลดลง (Droske and Francis, 1981) เนื่องจากความไม่รู้ของเด็กเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Nicastro and Whetsell, 1999) การมีข้อมูลที่ต้องมาก จึงน่าจะลดความกลัวของเด็กลงได้ แต่จากผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งอาจเกิดจากการที่เด็กจะมีความกลัวลดลงนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เด็กได้รับจะต้องมีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัย คือ ชัดเจน ตรงตามความ

เป็นจริง เป็นคำพูดไม่สะท้อนอารมณ์ของผู้ให้ออกมา ข้อมูลลักษณะนี้จะทำให้เมื่อเด็กต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ เด็กจะให้ความสนใจกับลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย ของเหตุการณ์นั้น และมีการตอบสนองโดยด้านการทำหน้าที่ (Regulation of functional response) เช่น การให้ความร่วมมือกับการรักษาพยาบาล ในทางตรงกันข้ามหากข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เด็กได้รับมาเป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นอัตนัย กล่าวคือ เป็นข้อมูลที่แสดงถึงความเห็น อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ข้อมูลในลักษณะนี้จะทำให้เด็กตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เผชิญด้วยอารมณ์ (Johnson, 1999) เช่น เกิดความกลัว เป็นต้น

แม้ว่าแบบสอบถามข้อมูลที่เด็กมีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะเป็นข้อคำถามที่เลือกใช้คำพูดที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม- ปรนัย แต่แบบสอบถามนี้ไม่สามารถวัดได้ว่าข้อมูลที่เด็กได้รับมามีลักษณะเป็นรูปธรรม- ปรนัยหรือเป็นอัตนัย ซึ่งเมื่อพิจารณาการสื่อสารของบุคคลทั่วไปกับเด็ก จะพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วบุคคลมักใช้คำพูดที่มีลักษณะอัตนัย ที่สะท้อนอารมณ์และความรู้สึกของผู้พูด ในการถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ แก่ผู้อื่น มากกว่าใช้คำพูดที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย เช่นเดียวกับการสื่อสารในลักษณะที่เกิดขึ้นในการสื่อสารระหว่างเด็กด้วยกัน ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าแม้ว่าเด็กจะมีข้อมูลที่ถูกต้องมาก แต่ข้อมูลเหล่านั้นอาจถูกถ่ายทอดมาในลักษณะที่ไม่เป็นรูปธรรม -ปรนัย ความกลัวของเด็กจึงยังคงสูงอยู่ เมื่อพิจารณางานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความกลัวของเด็ก พบว่า ข้อมูลที่สามารถลดความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้รับและการรักษาพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม- ปรนัย เช่น งานวิจัยของ สมปรารถนา ทราชสมุทร (2545) และ นาดยา พึ่งสว่าง (2545) เป็นต้น

นอกจากนี้ Muris et al. (2003) ยังพบว่า ชนิดของข้อมูลมีผลต่อความกลัวของเด็ก โดยข้อมูลทางบวกเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กเผชิญจะทำให้เด็กมีความกลัวลดลง ในทางตรงกันข้าม ข้อมูลทางลบจะทำให้เด็กมีความกลัวมากขึ้น Field, Arage, and Knowles (2001) ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับชนิดของข้อมูลที่เด็กได้รับกับความกลัวของเด็ก พบว่า ไม่เพียงแต่ข้อมูลทางลบจะมีผลทำให้เด็กกลัวมากขึ้นแล้ว ความกลัวของเด็กจะยิ่งรุนแรง หากผู้ให้ข้อมูลทางลบนั้นเป็นผู้ใหญ่ จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอาจได้รับข้อมูลทางลบมาจากการถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง เช่น บิดา มารดาหรือเพื่อนๆ หรือการได้รับข้อมูลว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งคุกคาม ดังนั้นหากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้รับข้อมูลว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่คุกคาม น่ากลัว เด็กก็จะกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rachman, 1977 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) ซึ่งเมื่อพิจารณาแบบสัมภาษณ์ข้อมูลที่เด็กมีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านลบจำนวน 10 ข้อ จึงเป็นไปได้ว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมี อาจเป็นข้อมูลด้านลบ และเป็นข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดเรื่องราวโดยสะท้อนอารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลออกมา รวมทั้งหลายๆ สิ่งที่เด็กต้องเผชิญในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่เด็กวัยเรียนทั่วไปกลัวอยู่แล้ว เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา ฯลฯ (Nicastro and Whetsell, 1999)



เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือทำให้เด็กได้รับความกลัว ความกลัวการเจ็บปวดและการได้รับความเจ็บ เป็นความกลัวที่เด่นอย่างหนึ่งในเด็กวัยเรียนทั่วไป (Hart and Bossert, 1994; สุวดี ศรีเลิศวิติ, 2530) จึงอาจเป็นไปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้รับข้อมูลว่าต้องเจอเหตุการณ์เหล่านี้ ซึ่งเป็นข้อมูลทางลบด้วยแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะมีข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์เหล่านี้อยู่ก่อนก็ไม่อาจทำให้ความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนลดลงได้ แต่กลับทำให้กลัวมากขึ้นได้อีกด้วย (Muris et al., 2003)

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .238$ )

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจก็จะมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย ถ้าหากเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจก็จะมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากประสบการณ์ในการศึกษารั้งนี้ไม่ได้หมายถึงจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเช่นในการวิจัยอื่น แต่หมายถึงการที่เด็กรับรู้ว่าการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจเพียงใด สิ่งที่เด็กได้พบในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีทั้งสิ่งที่เด็กพึงพอใจ เช่น ได้ดูวิดีโอ ได้เล่นสนุก ได้มีเพื่อนใหม่ ได้รับความเอาใจใส่ดูแลอย่างดีจากแพทย์และพยาบาล เป็นต้น และสิ่งที่เด็กไม่พึงพอใจ เช่น ความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด การฉีดยา และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น เมื่อเด็กรับรู้โดยทางตรงหรือทางอ้อมว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่เด็กพึงพอใจ แสดงว่าเด็กมิได้รับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่คุกคาม เด็กจึงไม่เกิดความกลัว แต่หากเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ เป็นสิ่งที่คุกคาม เด็กก็จะเกิดความกลัว (Behrman and Vaughan, 1983) การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ใช่สิ่งที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง จะเป็นประโยชน์ที่ยิ่งใหญ่สำหรับตัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะการที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้เช่นนี้จะทำให้ตัวผู้ป่วยเด็กไม่กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะให้ความร่วมมือกับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ทำให้ร่างกายมีการฟื้นคืนสภาพปกติได้เร็วขึ้นเป็นผลให้ลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง (Ziegler and Prior, 1994) อัมพล สุอำพัน (2528) กล่าวถึงประสบการณ์ต่อ

การเจ็บป่วยของเด็กไว้ว่า หากเด็กมีประสบการณ์ไม่ดีและเด็กไม่พึงพอใจ เช่น เด็กที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พ่อแม่ไม่มาเยี่ยมหรือมาเยี่ยมไม่ได้ เด็กที่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและการได้รับหัตถการการรักษาพยาบาลที่เจ็บปวด เด็กเคยมีอาการวิกฤต เช่น ช็อค เมื่อป่วยเข้าโรงพยาบาลอีก ก็จะกลัวตายเป็นอย่างมาก กลัวว่าตัวหรือร่างกายจะหายไป ตรงกันข้าม หากเด็กมีประสบการณ์ที่พึงพอใจ เช่น พ่อแม่เอาใจใส่ ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือการตรวจรักษาที่สร้างความเจ็บปวดมาก พ่อแม่ไม่เคยใช้แพทย์และพยาบาลเป็นเครื่องมือขู่เด็ก เมื่อเด็กเหล่านี้เจ็บป่วยก็จะสามารถปรับตัวได้ดี ทำให้เด็กไม่กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Broome and Hellier (1987) ที่ศึกษาความกลัวเกี่ยวกับประสบการณ์ทางการแพทย์ของเด็ก ซึ่งประสบการณ์ทางการแพทย์ของเด็กในการศึกษาของ Broome and Hellier หมายถึง เหตุการณ์ หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เด็กพบหรือคิดว่าจะพบในโรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ความกลัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก แต่ก็พบว่าหากเด็กที่มีพี่หรือน้องที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงก่อนการวิจัย มีแนวโน้มที่จะมีความกลัวมากกว่าเด็กที่ไม่มีพี่หรือน้องเคยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าพี่หรือน้องที่ป่วยถ่ายทอดประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กรับรู้ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่พึงพอใจโดยทางอ้อม จึงมีผลต่อความกลัวของเด็กเช่นกัน

##### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในตนเองกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.267$ )

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่รับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย ถ้าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่รับรู้ความสามารถในตนเองต่ำจะกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเป็นความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่ช่วยสร้างพลังให้กับตนเอง และมีบทบาทที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ ฉันทำได้ ” นั่นคือ การรับรู้ความสามารถในตนเอง จะทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ อารมณ์ หรือการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura et al., 2001; Bandura, 1997)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เมื่อเด็กวัยเรียนเกิดการเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องจากบ้านมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เด็กต้องพบกับบุคคลแปลกหน้าทั้งแพทย์ พยาบาล ต้องได้ยินเสียงร้องไห้ของผู้ป่วยคนอื่นๆ รวมทั้งการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่อาจจะทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เด็กเกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (Melamed and Siegle, 1975) แต่ถ้าหากเด็กวัยเรียนมีความเชื่อที่ตนเองมีความสามารถในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องเจอขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งสถานการณ์นั้นอาจเป็นการคุกคาม หรือเป็นสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความตึงเครียดที่ก่อให้เกิดความกลัว ความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กจะเป็นตัวส่งเสริมให้เด็กสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่นำไปสู่การเผชิญได้มากกว่าการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ (Bandura et al. 2001) รวมถึงการเผชิญความเครียดนั้นจะแสดงออกมาในลักษณะของการทำท่าย แต่ถ้าวเด็กเชื่อว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจะแสดงออกมาในลักษณะของการคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตรายซึ่งจะก่อให้เกิดการบั่นทอนความรู้สึก เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง (Lazarus, 1991) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Karademas and Kalantzi-Azizi (2004) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นที่รับรู้และมีความเชื่อมั่นว่าคุณเองมีความสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดจะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีการรับรู้และมีความเชื่อมั่นต่ำ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในตนเองจะเป็นตัวทำให้เด็กวัยรุ่นมีความเชื่อว่าคุณเองสามารถจะเผชิญและควบคุมกับปัญหาได้ แม้ว่าเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญมีอันตรายก็ตามแต่ จึงทำให้ความกลัวของเด็กวัยรุ่นต่อเหตุการณ์เหล่านั้นลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเองของ Bandura (1997) มาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เช่น การศึกษาของ ธนัชชา ภัยพบบ (2547) พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองทำนายพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของเด็กได้ สำหรับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่จะมีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง ได้แก่ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (นิสารัตน์ เศวตวรรณ, 2543) หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) มารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนด (สมทรง เค้าฝาย, 2541) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (อรนุช เชาว์ปรีชา, 2539) หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป (พันทิพย์ สีจ๊ะแปง, 2546) สตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ (จิตระการ สุภร์ดี, 2543) เป็นต้น จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า ไม่ว่าจะเป็เด็กหรือผู้ใหญ่การรับรู้ความสามารถในตนเองจะเป็นตัวเพิ่มพลัง เพิ่มกำลังใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดความเครียดของบุคคลลง หากบุคคลเหล่านั้นเชื่อว่าตนเองมีพลังมีความสามารถ มีแหล่งประโยชน์ ในการจัดการกับสิ่งที่คุกคามและก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้อย่างมีความสุข

6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .297$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า สถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่เด็ก ดังนั้นเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง จะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นได้เร็วกว่า และแสดงความวิตกกังวล ความกลัวได้มากกว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Ramklint and Ekselius, 2003) เป็นเพราะว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง จะมีการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์ที่คุกคาม และก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองสูงเกินความเป็นจริง และมักจะประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดี มีความน่ากลัว มากกว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Bossert, 1994) บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กแสดงถึงความไวของบุคคลในการที่จะรับรู้สัญญาณต่างๆ อันเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัวเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม บุคคลเหล่านี้จึงมีความกลัว (State anxiety) สูงขึ้นด้วย (Teichman, Rafael and Lerman, 1986)

บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็กมีอิทธิพลต่อความกลัว (State anxiety) ของเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาล บุคลิกภาพวิตกกังวล เป็นลักษณะอุปนิสัยประจำตัวของเด็กจะเป็นตัวเสริมให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่น่ากลัวมาก อาจทำให้ตนเองได้รับอันตรายจากการเจาะเลือด จากการฉีดยาหรือจากการพยาบาลอื่นๆ ได้ ความรู้สึกเช่นนี้ของเด็กทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว ทำให้รู้สึกตื่นเต้น ตกใจซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะก่อให้เกิดความกลัวขึ้น (Johnson, 1997) ดังนั้นเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีความกลัวมากกว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Hart and Bossert, 1994) ในผู้ใหญ่ก็เช่นกัน คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะเป็นผู้ที่สามารถรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Cuijpers, Straten and Donker, 2005) ซึ่ง Dolgin, Phipps and Zelt (1990) ศึกษาพบว่า มารดาที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีวิธีการจัดการกับความกลัวด้วยการหนี ไม่กล้าเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ด้วยเหตุผลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับเด็ก คือ เมื่อมารดามีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงระดับของการรับรู้และการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์คุกคามก็ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นมากตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเด็กจะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่ โดยมีการศึกษาพบว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงต่อมาเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงเหมือนในวัยเด็กเช่นกัน (Ramklint and Ekselius, 2003)

ลักษณะบุคลิกภาพวิตกกังวล เป็นลักษณะอุปนิสัยประจำตัวของแต่ละคน ซึ่งลักษณะอุปนิสัยประจำตัวนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนเกิดเป็นลักษณะประจำตัว กลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะความวิตกกังวลในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น (Spielberger, Sarason and Defares, 1978) และบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะมีโอกาสของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Cuijpers, Straten and Donker, 2005)

#### 7. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .046$ ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้ว่าความวิตกกังวลของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้ สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่ามารดาจะมีความวิตกกังวลแต่ถ้ามารดา ยังคงแสดงบทบาทของการดูแลบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรรวมถึงมารดายังสามารถประคับประคองจิตใจของบุตรได้ (Lewin et al., 2005; Bogels and Melick, 2004; Bernstein et al., 2004) ความวิตกกังวลของมารดาจะไม่มีผลต่อความกลัวของบุตร และเนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย มีนโยบายให้คนในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นมารดาอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กได้ตลอดเวลาในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นการเอื้อให้มารดาแสดงบทบาทการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ในขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีสัมพันธ์กับความกลัวของบุตร

ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของบุตรอาจเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคที่บุตรเป็นอยู่ มีความรุนแรงของโรคไม่มากนักจึงทำให้มารดายังคงทำหน้าที่ดูแลบุตรได้ เพราะสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวลของมารดาที่เกิดจากบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ความเจ็บป่วยของบุตร มารดาจะกลัวอันตรายจากโรค กลัวว่าบุตรจะตายหรือพิการ กลัวบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและแผนการรักษา เช่น การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น (ศิริพร สิงหจินดาวงศ์, 2537) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนร้อยละ 95.4 ป่วยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจและป่วยเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร (ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคลำไส้อักเสบ เป็นต้น) ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคที่พบตามฤดูกาลและมีการรณรงค์ ป้องกัน ให้ความรู้แก่ประชาชนอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นทางโทรทัศน์ ทางการกระจายเสียงของสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่รับผิดชอบ จึงทำให้มารดาได้รับรู้ข่าวสารและข้อมูลเกี่ยวกับโรคเหล่านี้เป็นอย่างดี รวมทั้งมารดาได้เจอกับการเจาะเลือด

การนิยาม หรือการตรวจร่างกายของแพทย์ การให้การดูแลของพยาบาล การวินิจฉัยโรคและข้อมูล ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร จึงทำให้มารดามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของ โรคและขั้นตอนการดูแลรักษามากขึ้นส่งผลให้มารดาสามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลบุตรได้อย่าง ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ความวิตกกังวลของมารดาจึงไม่สัมพันธ์กับความกลัวของบุตร

นอกจากนี้ความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากเด็กคิดว่าตนกำลังเผชิญกับสิ่งคุกคาม ในขณะที่เดียวกันเมื่อเด็กเผชิญกับสิ่งคุกคามเด็กจะประเมิน ทรัพยากรของตนในการที่จะเผชิญกับสาเหตุของความกลัวนั้นและจะลงมือจัดการกับสิ่งนั้น การ ที่เด็กมีผู้ดูแลที่คุ้นเคยและสามารถตอบสนองความต้องการด้านความสุขสบาย การได้ทำตาม กิจวัตรตามปกติของตนระหว่างอยู่โรงพยาบาลจะทำให้เด็กมีความกลัวการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลน้อย เพราะเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะ ประเมินว่าตนกำลังเผชิญกับสิ่งที่คุกคาม เด็กก็จะเกิดความกลัว แต่หากเด็กประเมินว่าตนมีแหล่ง ทรัพยากรที่จะจัดการกับสาเหตุของการคุกคามนั้นได้ซึ่งมารดาจะเป็นทรัพยากรที่สำคัญของเด็ก เด็กก็จะกลัวน้อยลง (Nicastro and Whetsell, 1999)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewin et al. (2005) ที่ศึกษาในมารดาที่มี บุตรวัยเรียนเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความ วิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่ามารดามีความวิตกกังวลก็ตาม แต่มารดาที่ยังคง บทบาทมารดาและตอบสนองความต้องการของบุตรในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแล ด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านการทำกิจกรรมพยาบาลและการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่ม สุขภาพและบุคคลอื่นๆ ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่เกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล

ผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังขัดแย้งกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนและ บิดามารดาในระหว่างที่เด็กเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดกระดุก ที่พบว่า เด็กที่มารดามีความวิตก กังวลสูงจะทำให้ลูกมีความวิตกกังวลสูงตามไปด้วย (Bernstein et al., 2004) เหตุที่ผลการศึกษา เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก Bernstein et al ทำการศึกษาในมารดาในกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาท ของการเป็นมารดาได้เต็มที่ เนื่องจากมารดาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้เต็มที่ สืบเนื่องจากเด็กหลังการผ่าตัดอาจจะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆติดกับตัวเด็กออกมาจากห้อง ผ่าตัดด้วย และมารดาอาจไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงทำให้มารดาเกิดความ วิตกกังวลจึงส่งผลให้บุตรวิตกกังวลตามมารดาไปด้วย

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันและลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย

1.1 พยาบาลจะต้องคำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เช่น เพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง และบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก เพื่อเป็นการคัดกรองผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความกลัวที่จะเกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนด้วย เพราะลักษณะของข้อมูลที่ให้จะมีผลต่อความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก ลักษณะของข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะต้องมีลักษณะเป็นรูปธรรมและเป็นข้อมูลด้านบวก มีความถูกต้อง ชัดเจน ตรงกับความเป็นจริง และต้องเป็นข้อมูลที่ปราศจากการใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป จึงจะสามารถลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้การพยาบาล เพื่อป้องกันและลดความกลัวในเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น โปรแกรมการลดความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการส่งเสริมให้เด็กมีการรับรู้ความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกิจกรรมการพยาบาลอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การจัดทัวร์โรงพยาบาลและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามความกลัวของเด็กวัยเรียนตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามและประเมินความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กลอยใจ มีเครือรอด. (2544). ผลของการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารน้ำตาลลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แก้วสามสี สาเจริญ. (2536). ผลการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- คนารักษ์ ดลเสมอ. (2540). การศึกษา สิ่งเร้า ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสศรี จันทร์สายทอง. (2534). การศึกษามโนทัศน์ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ รังสียานนท์. (2540). ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตตระการ สุภรณ์ดี. (2543). การรับรู้ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรัญญา พานิชย์. (2547). ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. (2522). อิทธิพลของสิ่งต่างๆ ที่มีต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก. กรุงเทพมหานคร: อักษรพัฒนา.
- คุณฤดี ไชยมงคล. (2545). ความกลัว ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการตอบสนองของเด็กวัยเรียนระหว่างรอการผ่าตัดด่วน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- ทัศนีย์ อรรถารส. (2538). ผลของการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนเรียน ที่เป็นโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต. (2543). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธัญฉภา ภัยพบบ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ชีระรังสิกุล. (2532). ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาตยา พึ่งสว่าง. (2545). ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิสารัตน์ เขตวรรณ. (2543). ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชนาถ สะกะมะณี. (2541). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2538). สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล. ใน วันเพ็ญบุญประภอบ(บรรณาธิการ), *จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์*, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปัญญาจักษ์ สุขเจริญ. (2527). เด็กกับความกลัว: พยาบาลช่วยได้อย่างไร. *วารสารพยาบาล* 33 (4): 363-374.
- ผกา สัตยธรรม. (2535). *สุขภาพจิตเด็ก*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณรัตน์ ไชยชาญ. (2540). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พันทิพย์ สีจ๊ะแปง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในตน การสนับสนุนจากองค์การ และความสำเร็จในชีวิตตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพยงค์ ว่องศรี. (2529). ผลการให้ข้อมูล 2 ชนิดเกี่ยวกับการเจาะเลือดต่อปฏิกิริยาความกลัวของเด็กวัย 7-11 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รพีพร ธรรมสาโรรัชต์. (2542). ผลของการใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรลักษณ์ ช้องวงษ์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดของเด็กวัยก่อนเรียน ขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2540). พัฒนาการทางด้านจิตใจและโรคทางจิตเวช. ใน มนตรี ผู้จินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง และภิกพ จิรภิญโญ (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1*. หน้า 77-149. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล. (2546). ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ. (2547). *เด็กไทยวันนี้* อยู่อย่างไร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิมลรัตน์ ว่องวีระ. (2530). ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนก่อนเข้ารับการตัดฝีือกโดยการให้ข้อมูลทางเทปโทรทัศน์ต่อความกลัวเกี่ยวกับการตัดฝีือก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร สิงห์จินดาวงศ์. (2537). ผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริกุล อัมพันแสง. (2532). ประสิทธิภาพของการใช้เทปโทรทัศน์ในเด็กวัยเรียนต่อการลดความกลัวและการเพิ่มพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการถอนฟัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริลักษณ์ แก้วครามศรี. (2531). การศึกษาความคิดรวบยอดด้านความเจ็บป่วยในเด็กวัยเรียนที่มีความเจ็บป่วยยาวนาน และที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมทรง คำฝาย. (2541). ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล  
ทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมปรารถนา ทราชสมุทร. (2545). ผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยการให้  
ข้อมูล แบบรูปธรรม- ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สเปญ อุ๋นองงค์. (2538). วิธีเอาชนะความกลัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สถาบันระหว่างชาติสำหรับการศึกษาค้นคว้าเรื่องเด็ก. (2509). ความกลัวของเด็กไทย ในรายงาน  
การวิจัยฉบับที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- สมปอง วงษาสุข. (2544). ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่.
- สุมน อมรวิวัฒน์และคณะ. (2534). การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการ  
เผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวดี ศรีเลนวัตติ. (2530). จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์  
การพิมพ์.
- สุชา จันทร์เอม. (2538). จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์. (2542). ผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความ  
กลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล  
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2537). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สุธิดา ล่ามช้าง และจุฑามาศ โชติบาง. (2544). รายงานการวิจัยเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับความ  
เจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรนุช เชาวน์ปรีชา. (2539). ผลการสอนโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายโรคของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ชนะกุล. (2528). ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดทอนซิลต่อความกลัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพล สุอำพัน. (2528). จิตวิทยากับการเจ็บป่วย. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อำพล สุอำพัน. (2530). สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล. ใน วันเพ็ญ บุญประกอบและอำพล สุอำพัน (บรรณาธิการ), *จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

- Adams, T., Gill, S.A, and McDonald, M. (1991). Reduction fear in hospital. *Nursing Times* 87(2): 62-64.
- Ashwill, J.W., and Droske, S.C. (1997). *Nursing care of children: Principle and practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. London: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A., and et al. (2001). The structure children's perceived self-efficacy: A cross nation study. *European Journal of Psychological Assessment* 17(2): 87-89.
- Bandura, A., and Benight, C.C. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy* 42: 1129-1148.
- Bates, T.A., and Broome, M.E. (1986). Preparation of children for hospitalization and surgery: A review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing* 1(4): 230-239.

- Behrman, E.R., and Vanhan, V.C. (1983). **Nelson Textbook of Pediatrics**. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bernstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A. and Nelson, L.P. (2004). Maternal phobia anxiety and child anxiety. **Journal of Anxiety Disorders**. 18(3): 1-15.
- Betz, C.L., Hunsberger, M.M., and Wright, S. (1994). **Nursing Care of Children**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Broome, M.E. (1990). Preparation of children for painful procedures. **Pediatric Nursing** 16(6): 537-541.
- Broome, M.E., Bates, T.A., Lillis, P.A., and McGahee, T.W. (1990). Children's medical fear, coping behavior and pain perception during a lumbar puncture. **Oncology Nursing Forum** 17: 361-367.
- Broome, M.E., and Hellier, A.P. (1987). Fear of medical experiences. **Comprehensive Pediatric Nursing**. 10: 77-86.
- Broome, M.E., Hellier, A.P., Wilson, T., Dale, S., and Glanvie, C. (1988). Measuring children fear's of medical experiences. In C.F. Wahz & L.O. Strickland (Eds.). **Measurement of Nursing Outcomes: Vol 1. Measuring client Outcomes**. (pp 201-214) New York: Springer.
- Bogels, S.M., and Melick, M.V. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. **Personality and Individual Differences** 37(8): 1583-1596.
- Bossert, E. (1994). Stress Appraisals of Hospitalized School-Age Children. **Children's Health Care** 23(1): 33-49.
- Bowden, V.C., Dickey, S.B., and Greenberg, C.S. (1998). **Children and Their of families**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, N., and Grove, S.K. (1997). **The practice of nursing research: Conduct, critique & Utilization**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Carr, T.D., Lemanek, K.L., and Armstrong, F.D. (1998). Pain and fear ratings: Clinical implications of age and gender differences. **Journal of Pain and Symptom Management**. 15(5): 305-313.
- Carroll, M.K., and Ryan-Wenger, N.A. (1999). School-age children's fear, anxiety, and human figure drawings. **Journal of Pediatric Health Care**. 13(1): 24-31.

- Carter, B., and Dearmun, A.K. (1995). **Child health care nursing**. London: Blackwell Science.
- Craske, M.G. (1999). **Anxiety disorder: Psychological approaches to theory and treatment**. Boulder: West view Press.
- Chaiyawat, W. (2000). **Psychometric properties of the Thai versions of STAIC-R and CMFS-R in Thai school age children**. Unpublished doctoral dissertation, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Clatworthy, S., Simon, K., and Tiedman, 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.
- Cuijpers, P., Straten, A.V., and Donker, M. (2005). Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. **Psychiatry Research**. 229-237.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research**.
- Douglas, J. (1994). **Psychology and nursing children**. London: Macmillan.
- Droske, S.C. and Francis, S.A. (1981). **Pediatric diagnostic procedures with guideline for preparing children for clinical tests**. New York: John Wiley & Son.
- Elmeire, C., Lough, M.M., and Autio, L. (1991). Hospitalized school-age children: Express ideas, feelings, and behaviors toward God. **Journal of Pediatric Nursing** 6: 337-349.
- Eckstein, S. (2000). The ill child in the hospital and other care setting. In E. S. McKinney and et al. (ed.), **Maternal-Child Nursing**. pp. 901-922. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Elbedour, S., Shulman, S., and Kedem, P. (1997). Children 's fear: Cultural and development perspectives. **Behaviour Research and Therapy** 35(6): 491-496.
- Essau, C.A., Sakano, Y., Ishikawa, S and Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. **Behaviour Research and Therapy** 42: 601-612.
- Ferguson, B.F. (1979). Preparing young children for hospitalization: A comparison of two methods. **Pediatrics** 64: 656-664.
- Gerull, F.C., and Rapee, R.M. (2002). Mother know best: effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. **Behaviour Research and Therapy** 40(3): 279-287.
- Goodwin, D.W. (1983). **Phobia the Facts**. New York: Oxford University Press.

- Gullone, E. (2000). The development of normal fear. **Clinical Psychology Review** 20(4): 429-451.
- Gullone, E., and Burnham, J.J. (1997). The fear survey schedule for children II: A psychometric investigation with American data. **Behaviour Research and Therapy** 35(2): 165-173.
- Gullone, E., and King, N.J. (1993). Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines** 33(6): 987-998.
- Hart, D., and Bossert, E. (1994). Self-reported fears of hospitalized school-age children. **Journal Pediatric Nursing** 9(2): 83-90.
- Hetherington, E.M., and Parke, R.D. (1986). **Child psychology: A contemporary viewpoint**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Hurlock, E.B. (1978). **Child Development**. 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Hurlock, E.B. (1984). **Child Development**. 6<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Jiang, et al. (2003). Correlations between trait anxiety, personality and fatigue Study based on The temperament and character inventory. **Journal of Psychosomatic Research** 55: 439-500.
- Jin, Y. (1997). **Selected Factors Associated With Medical Fear Among Hospitalized Chinese School-age Children**. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Johnson, B.S. (1997). **Psychiatric mental health nursing adaptation and growth**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Johnson, J. E. (1999). Self-Regulation Theory and coping with physical illness. **Research in Nursing & Health** 22: 435-448.
- Karademas, E.C., and Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy, expectations, and psychological health. **Personality and Individual Differences** 37(5): 1033-1043.
- Kendall, P.C., et al. (1992). Anxiety disorder in youth: cognitive behavior intervention. In Chaiyawat, W. 2000. **Psychometric Properties of The Thai Version 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.

- Kleinknecht, R.A., Thorndike, R.M., and Walls, M.M. (1996). Factor dimension and correlates of Blood, Injury, Injection and Related Medical Fear. **Behaviour Research and Therapy** 34(4): 323-331.
- Lamontagne, L.L., Hepworth, J.T., Byington, K.C., and Chang, C.Y. (1997). Child and parent emotional responses during hospitalization for orthopedic surgery. **Medical Clinical Nursing** 22(6): 299-303.
- Lau, B.W. (2002). Stress in children can nurse help. **Pediatric Nursing**, 28(1): 13-19.
- Lawson, J. and Field, A.P. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. **Behaviour Research and Therapy** 41(11): 1-18.
- Lazarus, R.S. (1991). **Emotion and adaptation**. London. Oxford University Press.
- Lewis, M., and Volkman, F. (1990). **Clinical aspects of child of child and adolescent development**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Lewin, A.B., et al. (2005). Validation of the pediatric inventory for parents of children with type 1 diabetes: An examination of parenting stress, anxiety, and childhood psychopathology. **Families, Systems & Health**. 23(1): 56-65.
- MacNai, R.R and Elliott, T.R. (1992). Self-perceived problem-solving ability, stress appraisal, and coping over time. **Journal of Research Personality** 26(2): 150-164.
- Marlow, D.T., and Redding, B.A. (1988). **Textbook of pediatric nursing**. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- McKinney, E.S. (2000). **Maternal-child nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- 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: 1357-1367.
- Mellon, R., Koliadis, E.A, and Paraskevopoulos, T.D. (2004). Normative development of fears in Greece. **Journal of Anxiety Disorders** 18(3): 223-254.
- Miller, S.R. (1979). Children 's fear: A review of the literature with implications for nursing research and practice. **Nursing research** 28(4): 217-227.
- Moore, P.S., Whaley, S.E., and Sigman, M. (2004). Interactions between mother and children: Impacts of maternal and child anxiety. **Journal of Abnormal Psychology** 113(3): 471-476.



- Muller, D.J., Harris, P.J., and Wattley, L.A. (1986). **Nursing Child Psychology, research and practice**. London: Harper & Row.
- Muller, D.J., Harris, P.J. and Wattley, L.A. (1992). **Nursing Child Psychology, research and practice**. London: Chapman & Hall.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1989). **Nursing assessment & health promotion strategies through the life span**. (4<sup>th</sup> ed). Norwalk: Appleton, lange.
- Muris, P., Merckelbach, H., and Collaris, R. (1997). Common children fear and their origin. **Behavior Research and Therapy** 35: 929-937.
- Muris, P., Merckelbach, H., and Luijten, M. (2000). The connection between cognitive development and specific fear and worries in normal children with below average intellectual abilities: A preliminary study. **Behavior Research and Therapy** 40: 37-56.
- Muris, P., Merckelbach, H and Luijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. **Behaviour Research and Therapy** 40(1): 37-56.
- Muris, P., Steerneman, P.,Merckelbach, H., and Mecsters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling children's fear. **Behaviour Research and Therapy** 34(3): 265-268.
- Muris, P., et al. (2003). Fear of the best: a propective study on the effect of negative information on children fear s. **Behaviour Research and Therapy** 41(2): 195-208.
- Nicastro, E.A., and Whetsell, M.V. ( 1999 ). Children's fear. **Journal of Pediatric Nursing** 14(6): 392-402.
- Neff, E.J., and Beardslee, C.I. ( 1991). Body knowledge and concerns of children with cancer as compared with the knowledge and concerns of other Children. **Journal of Pediatric Nursing** 5: 179-189.
- Ollendick, T.H., Ingman, K.A., and Akande, A. (1999). Cross-cultural aspects of fears in African children and adolescents. **Behaviour Research and Therapy**. Vol 37(4): 337-345.
- Ollendick,T.H., and King, N.J. (1991). Origin of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. **Behaviour Research and Therapy** 29: 117-123.
- Ollendick,T.H., et al. (2001). Fear in children and adolescent: Relations with negative life event, attributional style,and avoidant coping. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** 42(8): 1029 –1034.

- Perrin, E.C., and Perrin, J.M. (1983). Clinicians' assessments of children's understanding of illness. **American Journal of the Diseases of Children**.
- Peplau, H.E. (1952). **Interpersonal Relations in Nursing**. New York: G.P. Putnam's sons.
- Potts, N.L., and Mandelco, B.L. (2002). **Pediatric Nursing**. United States of America: Thomson Learning.
- Prescott, P.A. (1987). Multiple regression analysis with samples: Caution and suggestions. **Nursing Research** 36(2): 130-133.
- Prugh, D.G. (1983). **The psychosocial aspects of pediatrics**. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Ramklint, M., and Ekselius, L. (2003). Personality traits and Personality disorders in early onset versus late onset major depression. **Journal of Affective Disorders** 75: 35-42.
- Rappoport, M.D., and Shore, G.N. (1998). The fear survey schedule for children-revised (FSSC-HI): Ethnocultural variations in children fearfulness. **Journal Anxiety Disorder** 12: 437-461.
- Robison, S.J. (1979). A nursing's role in preparing children for surgery. **Association of Operating Room Nurses Journal** 30(4): 619-629.
- 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.
- Rydell, A.M., Berlin, L., and Bohlin, G. (2003). Emotionality, emotion regulation, and adaptation among 5-to-8-year-old children. **Journal Emotion** 3(1): 30-47.
- Rushforth, H. (1996). Nurses's knowledge of how children view health and illness. **Pediatric Nursing** 8(9).
- Schulte, E.B., Price, D.L., and James, S.R. (1997). **Pediatric Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Siegel, L.J., and Hudson, B.O. (1992). Hospitalization and medical care of children. In C.E. Walker and M.C. Roberts (Eds.). **Handbook of clinical child psychology**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: John Wiley & Sons.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushence, R.E., Montuori, J., and Platzek, D. (1973). **STAIC Manual**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Sarason, I.G., and Defares, P.B. (1978). **Stress and Anxiety**. Washington: Hemisphere.

- Stoudemire, A. (1998). **Human Behavior**. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Strachan, R.G. (1993). Emotion responses to pediatric hospitalization. **Nursing Times** 89: 45-49.
- Susan, O. (2002). Growth and development of the school-aged child. **Pediatric Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Teichman, Y., Rafael, M. B., and Lerman, M. (1986). Anxiety reaction to hospitalized children. **British Journal of Medical Psychology** 59: 375-382
- Timmerman, R.R. (1983). Preoperative fears of older children. **Association of Operating Room Nurses Journal** 18(5): 827-834.
- Tsao, S.D., and McKay, D. (2003). Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: distinctions from trait anxiety. **Behaviour Research and Therapy** 42(2): 207-216.
- Vacik, H.W., Nagy, M.C., and Jessee, P.O. (2001). Children's understanding of illness: Students's assesment. **Journal of Pediatric Nursing** 16(6): 429-437.
- Vernon, D.T., Foley, J.M, Sipowicz, R.R., and Schulman, J.L. (1965). **The Psychological responses of children to hospitalization and illness : A review of the literature**. Springfield: Charles & Thomas.
- Visintainer, M.A., and Wolfer, J.A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patient: The effect on children's and patient's stress responds and adjustment. **Pediatrics** 56(2): 187-202.
- Williams, J., et al. (2003 ). Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. **Epilepsy & Behaviour** 4(5): 483-486.
- Wilson,A.H., and Yorker,B. (1997). Fear of medical events among school-age children with emotional disorders,parents, and health care providers. **Mental Health Nursing** 18: 57-71.
- Wollin, S.R., et al. (2004). Anxiety in children having elective surgery. **Journal of Pediatric Nursing** 19(2): 128-130.
- Wong, D.L. (1995). **Whaley and Wong's Nursing of infant and children**. 5<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby-year Book.
- Wong, D.L. (1999). **Nursing care of infants and children**. 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., wilson, D., Winkelatein, M,L., and Schwartz, P. (2001). **Wong's Essentials of Pediatric Nursing**. 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby.

Wood, S.P. (1983). School aged children's perceptions of the cause of illness. **Pediatric Nursing** 9: 101-104.

Ziegler, D.B., and Prior, M.M. (1994). Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. **Nursing Clinicals of North America** 29(4): 655-669.




สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและไปพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ. ดร. ทศนี ประสบกิติคุณ  
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ. เสาวคนธ์ วีระศิริ  
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. อำนวย ธีร์รัตน์ศรีสกุล  
อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรานุรักษ์  
ราชบุรี
4. สมปราถนา ทราชสมุทร  
อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
5. วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล  
อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะ  
พยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ.....
ว.ด.ป. 22 พ.ย. 2548
เวลา.....

ส่วนราชการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.3501กค40  
 ที่ กก.พิจารณาจริยธรรม/ 399/2548 วันที่ 28 ตุลาคม 2548  
 เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง  
 ในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 9/2548 เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 27 ตุลาคม  
 2548 ที่ประชุมได้พิจารณารายละเอียดในโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัย  
 เรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (FACTORS RELATED TO FEAR OF HOSPITALIZES SCHOOL  
 AGE) ของนางสาวสารภีกาญจนโรจน์พันธ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริดา ทักสนประดิษฐ์)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ    บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของ ค.ช./ค.ญ.....ได้  
รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวสารทิ กาญจนารัตน์พันธ์ ที่อยู่ 541/179 ซอยเจริญสุขนิทวงศ์ 37  
แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 หมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ 06-  
3282762 เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่องของ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย กิจกรรมที่  
ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะ  
จะได้รับ ข้าพเจ้าได้ซักถาม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าและบุตรมี  
สิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยหากข้าพเจ้าไม่สะดวก โดยจะไม่มีผลต่อบริการการรักษาที่บุตรของ  
ข้าพเจ้าพึงจะได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากบุตรของข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติใด ๆ  
เกิดขึ้นเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าและบุตรจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น จนมีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้าและบุตรยินดีให้  
ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ  
เต็มใจ

.....

วันที่ / เดือน / ปี

.....

ผู้ปกครอง

.....

วันที่ / เดือน / ปี

(นางสาวสารทิ กาญจนารัตน์พันธ์)

ผู้วิจัยหลัก

.....

.....

(.....)

วันที่ / เดือน / ปี

พยาน

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ                    ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษา  
    ในโรงพยาบาล
2. ชื่อผู้วิจัย                    นางสาวสารทิ กัญญาโรจน์พันธ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
    จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน            หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2                    โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัด  
สุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-273231 ต่อ 2306 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-3282762  
E-mail : tinploy@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่  
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ข้อมูลที่เด็กมี  
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความสามารถในตนเอง บุคลิกภาพวิตก  
กังวลของเด็กและความวิตกกังวลของมารดากับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล
  - 4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับ  
ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ปกครองที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลซึ่ง  
ระบุถึงผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง จะถูกถอดออกเป็นรหัสผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยเด็ก  
และผู้ปกครอง
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจาก  
ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุ 8-12 ปี และมารดาของเด็ก ดังนี้
  - 5.1 ผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกินหนึ่งชั่วโมง  
โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลที่เด็กมี แบบสอบถามประสบการณ์  
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง แบบสอบถาม  
บุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก แบบสอบถามความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาลและแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา
6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด  
24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวสารทิ กัญญาโรจน์พันธ์ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-328-2762

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
8. ข้าพเจ้าผู้ปกครองของ ค.ช./ค.ญ.....ได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
9. ข้าพเจ้าผู้ปกครองของ ค.ช./ค.ญ.....มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ประการใด
10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์
12. จำนวนของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมารดาของเด็ก โดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 130 คู่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถาม

เรื่อง **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล**

**คำชี้แจง** โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามให้ตรงกับความ  
เป็นจริงตามความคิดเห็นของหนู แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 109 ข้อ  
แบ่งเป็น 6 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของเด็กมี จำนวน 21 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 23 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง จำนวน 18 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 19 ข้อ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง

1. ชื่อ.....สกุล.....ชื่อเล่น.....
2. เพศ.....
3. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
4. เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาที่.....
5. การวินิจฉัยโรค.....
6. เข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่..... (ภายในระยะเวลา 1 ปี)
7. โรงพยาบาล..... ตึกผู้ป่วย .....
8. ภูมิลำเนา.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลที่ได้กมี

คำชี้แจง ก่อนที่หนูจะเข้าโรงพยาบาล หนูคิดว่าเด็ก ๆ วัยเดียวกันกับหนูที่ไม่สบายต้องเข้าโรงพยาบาล จะต้องเจอสิ่งเหล่านี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าคำตอบที่ตรงกับความเห็นของหนู

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เมื่อเข้าไปนอนในโรงพยาบาลเด็ก ๆ ต้องใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล		
2. ที่ตึกคนไข้พยาบาลเป็นคนเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็ก ๆ		
3. ที่ตึกคนไข้ เด็ก ๆ จะถูกวัดไข้วันละหลายครั้ง		
4. เมื่อเด็ก ๆ เข้าไปในตึกคนไข้ เด็ก ๆ จะถูกวัดความดันโลหิต		
5. การตรวจด้วยอุปกรณ์ทุกอย่างทำให้เด็ก ๆ เจ็บ		
6. การให้น้ำเกลือทำให้เด็ก ๆ เจ็บตลอดเวลา		
7. การให้น้ำเกลือทำให้ไม่สามารถขยับแขนไปมาได้		
8. เด็ก ๆ ที่นอนในโรงพยาบาลทุกคนต้องถูกเจาะเลือด		
9. การเจาะเลือดทำให้เสียเลือดจนอาจตายได้		
10. การฉีดยาทำให้เด็ก ๆ เจ็บ		
11. การที่พยาบาลเช็ดน้ำยาเย็น ๆ ให้ก่อนทำให้เด็กเจ็บน้อยลงเวลาถูกฉีดยา		
12. เด็ก ๆ ในตึกคนไข้ต้องถูกฉีดยาทุกวัน		
13. เด็กทุกคนที่นอนในโรงพยาบาลต้องถูกผ่าตัด		
14. เด็ก ๆ ที่เข้ารับการรักษาในตึกคนไข้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานมาก		
15. ยาทุกอย่างในโรงพยาบาลมีรสขม		
16. รสชาติอาหารที่โรงพยาบาลไม่เหมือนที่บ้าน		
17. เด็ก ๆ ที่นอนในโรงพยาบาลจะไม่ได้เจอเพื่อน ๆ ที่โรงเรียน		
18. ที่โรงพยาบาลเด็ก ๆ ต้องนอนคนเดียว		
19. ที่โรงพยาบาลอนุญาตให้คนที่บ้านอยู่เป็นเพื่อนเด็ก ๆ ได้		
20. พยาบาลอนุญาตให้เด็ก ๆ ที่อยู่ในโรงพยาบาลเล่นของเล่นได้		
21. ที่โรงพยาบาลมีหนังสืออ่านเล่นให้อ่าน		

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง ก่อนที่หนูจะเข้าโรงพยาบาล หนูคิดว่าหนู ชอบ เฉยๆ หรือไม่ชอบ สิ่งต่อไปนี้ที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าคำตอบที่ตรงกับความเห็นของหนู

ข้อความ	ไม่ชอบ	เฉย ๆ	ชอบ
1. การถูกชั่งน้ำหนัก			
2. การใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล			
3. กลิ่นเสื้อผ้าของโรงพยาบาล			
4. การถูกซักถามอาการป่วยโดยหมอกับพยาบาลหลาย ๆ ครั้ง			
5. การต้องตอบคำถามคนที่ไม่รู้จัก			
6. การถูกเจาะเลือด			
7. การอมปรอทวัดไข้			
8. การถูกวัดความดันโลหิต			
9. การตรวจร่างกาย			
10. การตรวจด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ			
11. การถูกฉีดยา			
12. กลิ่นน้ำยาในโรงพยาบาล			
13. รสชาติของอาหารในโรงพยาบาล			
14. รสชาติของยาในโรงพยาบาล			
15. การได้ยินเสียงร้องไห้ของคนไข้คนอื่น ๆ			
16. การต้องแยกจากเพื่อนมาอยู่โรงพยาบาล			
17. การมีเพื่อนใหม่ในโรงพยาบาล			
18. การได้เล่นของเล่นในโรงพยาบาล			
19. การได้อ่านหนังสืออ่านเล่นในโรงพยาบาล			
20. การได้ดูทีวี			
21. การที่หมอและพยาบาลช่วยให้หายจากโรค			
22. การมีพยาบาลคอยดูแล			
23. การได้พูดคุยกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่			



## ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองเมื่อเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล

คำชี้แจง ก่อนที่หนูจะเข้าโรงพยาบาล หนูคิดว่าหนูมีความรู้สึกมั่นใจมากน้อยเพียงใดว่าจะทำ  
สิ่งต่อไปนี้ได้ โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของหนู

ข้อความ	ไม่มั่นใจ	มั่นใจ	มั่นใจมาก
1. ฉันสามารถยื่นให้พยาบาลชั่งน้ำหนักได้			
2. ฉันสามารถใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาลได้			
3. ฉันสามารถบอกอาการป่วยกับพยาบาลได้			
4. ฉันทนให้พยาบาลเจาะเลือดได้			
5. ฉันทนให้พยาบาลฉีดยาได้			
6. ฉันสามารถอมปรอทได้			
7. ฉันสามารถให้พยาบาลวัดความดันโลหิตได้			
8. ฉันสามารถให้คุณหมอตรวจร่างกายฉันด้วยเครื่องมือ ต่างๆ ได้			
9. ฉันสามารถพูดคุยเล่นกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นได้			
10. ฉันสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ที่ไม่รู้จักในโรงพยาบาล ได้			
11. ฉันสามารถเล่นกับเพื่อนใหม่ในโรงพยาบาลได้			
12. ฉันสามารถนอนเตียงนอนของโรงพยาบาลได้			
13. ฉันสามารถนอนหลับในห้องที่เปิดไฟไว้ตลอดคืนได้			
14. ฉันสามารถอยู่โรงพยาบาลคนเดียวได้			
15. ฉันสามารถอยู่โรงพยาบาลโดยไม่ได้พบกับเพื่อน ๆ ที่ โรงเรียนได้			
16. ฉันสามารถรับประทานยาที่พยาบาลจัดให้ได้			
17. ฉันสามารถรับประทานอาหารที่พยาบาลจัดให้ได้			
18. ฉันสามารถอยู่ที่โรงพยาบาลได้ แม้ว่าได้ยินเสียงร้อง ของคนไข้เตียงข้าง ๆ			

### ชุดที่ 5 แบบสอบถามบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่หนูใช้บอกความรู้สึกของตัวเอง จงตอบให้ตรงกับความรู้สึกของหนูมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของหนู

ข้อความ	ไม่เคยเกิด	เกิดบางครั้ง	เกิดบ่อย
1. ฉันกังวลว่าฉันจะทำอะไรผิดพลาด			
2. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้			
3. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข			
4. ฉันรู้สึกว่าตัดสินใจอะไรยาก			
5. สำหรับฉันการสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องยาก			
6. ฉันกังวลมากเกินไป			
7. ฉันอารมณ์เสียที่บ้าน			
8. ฉันรู้สึกอาย			
9. ฉันลำบากใจ			
10. มีเรื่องไม่สำคัญมากวนใจฉัน			
11. ฉันกังวลเรื่องที่โรงเรียน			
12. ฉันเลือกได้ยากว่าจะทำอะไรดี			
13. ฉันสังเกตว่าหัวใจฉันเต้นเร็ว			
14. ฉันมีเรื่องที่แอบกลัวอยู่			
15. ฉันกังวลเกี่ยวกับเรื่องพ่อแม่ของฉัน			
16. ฉันมีเหงื่อออกที่มือ			
17. ฉันกังวลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าจะเกิดขึ้น			
18. ฉันนอนหลับยากในตอนกลางคืน			
19. ฉันรู้สึกแปลกๆ ในท้อง			
20. ฉันกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับฉัน			

## ชุดที่ 6 แบบสอบถามความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่หนูใช้บอกความรู้สึกของตัวเองว่ารู้สึกอย่างไร ในขณะที่  
 จงตอบให้ตรงกับความรู้สึกของหนู ในขณะที่ มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าคำตอบที่  
 ตรงกับความรู้สึกของหนู

- |                           |   |  |   |
|---------------------------|---|--|---|
| 1. ขณะนี้ฉันรู้สึก        | <input type="checkbox"/> สงบมาก             | <input type="checkbox"/> สงบ             | <input type="checkbox"/> ไม่สงบ             |
| 2. ขณะนี้ฉัน              | <input type="checkbox"/> อารมณ์เสียมาก      | <input type="checkbox"/> อารมณ์เสีย      | <input type="checkbox"/> ไม่อารมณ์เสีย      |
| 3. ขณะนี้ฉันรู้สึก        | <input type="checkbox"/> ตัวสั่นมาก         | <input type="checkbox"/> ตัวสั่น         | <input type="checkbox"/> ตัวไม่สั่น         |
| 4. ขณะนี้ฉันรู้สึก        | <input type="checkbox"/> กระปรี้กระเปร่ามาก | <input type="checkbox"/> กระปรี้กระเปร่า | <input type="checkbox"/> ไม่กระปรี้กระเปร่า |
| 5. ขณะนี้ฉัน              | <input type="checkbox"/> กลัวมาก            | <input type="checkbox"/> กลัว            | <input type="checkbox"/> ไม่กลัว            |
| 6. ขณะนี้ฉันรู้สึก        | <input type="checkbox"/> ผ่อนคลายมาก        | <input type="checkbox"/> ผ่อนคลาย        | <input type="checkbox"/> ไม่ผ่อนคลาย        |
| 7. ขณะนี้ฉัน              | <input type="checkbox"/> กังวลมาก           | <input type="checkbox"/> กังวล           | <input type="checkbox"/> ไม่กังวล           |
| 8. ขณะนี้ฉันรู้สึก        | <input type="checkbox"/> พอใจมาก            | <input type="checkbox"/> พอใจ            | <input type="checkbox"/> ไม่พอใจ            |
| 9. ขณะนี้ฉัน              | <input type="checkbox"/> ตกใจกลัวมาก        | <input type="checkbox"/> ตกใจกลัว        | <input type="checkbox"/> ไม่ตกใจกลัว        |
| 10. ขณะนี้ฉัน             | <input type="checkbox"/> มีความสุขมาก       | <input type="checkbox"/> มีความสุข       | <input type="checkbox"/> ไม่มีความสุข       |
| 11. ขณะนี้ฉันรู้สึก       | <input type="checkbox"/> เหงื่อออกมาก       | <input type="checkbox"/> เหงื่อออก       | <input type="checkbox"/> เหงื่อไม่ออก       |
| 12. ขณะนี้ฉัน             | <input type="checkbox"/> มั่นใจมาก          | <input type="checkbox"/> มั่นใจ          | <input type="checkbox"/> ไม่มั่นใจ          |
| 13. ขณะนี้ฉันรู้สึก       | <input type="checkbox"/> สบายใจมาก          | <input type="checkbox"/> สบายใจ          | <input type="checkbox"/> ไม่สบายใจ          |
| 14. ขณะนี้ฉันรู้สึก       | <input type="checkbox"/> ลำบากใจมาก         | <input type="checkbox"/> ลำบากใจ         | <input type="checkbox"/> ไม่ลำบากใจ         |
| 15. ขณะนี้ฉัน             | <input type="checkbox"/> ถูกกวนใจมาก        | <input type="checkbox"/> ถูกกวนใจ        | <input type="checkbox"/> ไม่ถูกกวนใจ        |
| 16. ขณะนี้ฉันรู้สึกที่ว่า | <input type="checkbox"/> เดินเร็วมาก        | <input type="checkbox"/> เดินเร็ว        | <input type="checkbox"/> เดินปกติ           |
| หัวใจฉัน                  |   |  |   |
| 17. ขณะนี้ฉัน             | <input type="checkbox"/> หวาดกลัวมาก        | <input type="checkbox"/> หวาดกลัว        | <input type="checkbox"/> ไม่หวาดกลัว        |
| 18. ขณะนี้ฉันรู้สึก       | <input type="checkbox"/> สับสนมาก           | <input type="checkbox"/> สับสน           | <input type="checkbox"/> ไม่สับสน           |
| 19. ขณะนี้ฉันรู้สึก       | <input type="checkbox"/> ร่าเริงมาก         | <input type="checkbox"/> ร่าเริง         | <input type="checkbox"/> ไม่ร่าเริง         |

## แบบสอบถามสำหรับมารดา

**คำชี้แจง** โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม และตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นของมารดา แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำอธิบาย** กรุณาเติมคำในช่องว่าง

1. อายุของท่าน..... ปี
2. มีบุตรจำนวน..... คน
3. บุตรที่ป่วยเป็นบุตรคนที่.....
4. รายได้ครอบครัว.....บาทต่อเดือน
5. สถานภาพการสมรส
 

.....โสด	.....คู่
.....หย่าร้าง	.....หม้าย
6. ระดับการศึกษา
 

.....ประถมศึกษา	.....มัธยมศึกษา
.....ปริญญาตรี	.....สูงกว่าปริญญาตรี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล

**คำอธิบาย** ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเอง เมื่อนึกถึง การที่ลูกต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ในช่องซึ่งอยู่ด้านขวาของข้อความซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ ความรู้สึก ของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้น โปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อหนึ่งข้อใดนานเกินควร แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ได้ชัดเจนที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ฉันรู้สึกดีถึงชีวิต				
4. ฉันรู้สึกเสียใจ				
5. ฉันรู้สึกสบายใจ				
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
7. ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น				
8. ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
10. ฉันรู้สึกสะดวกสบาย				
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ฉันรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ฉันรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
17. ฉันกำลังกังวลใจ				
18. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ฉันรู้สึกไร้เรี่ยวแรง				
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส				

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสารภี กาญจนโรจน์พันธ์ เกิดวันที่ 18 มกราคม 2518 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2541

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย