

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ของเด็กวัยเรียน



นางสาว ชนิษฐา ผลพฤษ์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-14-2984-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS, AND SCHOOL – AGE CHILDREN'S
FEAR OF HOSPITALIZATION



Miss Khanittha Phonpruk

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

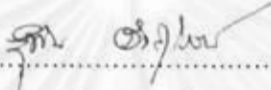
Academic Year 2006

ISBN 974-14-2984- 3

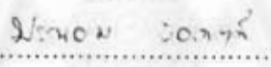
Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
โดย	นางสาวนิษฐา ผลพฤษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

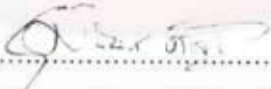
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้ให้นักศึกษานี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)


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


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชนิษฐา ผลฤกษ์: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน. (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS, AND
SCHOOL – AGE CHILDREN'S FEAR OF HOSPITALIZATION) อ. ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์,
121 หน้า. ISBN 974-14-2984-3.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา
กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วม
ในการดูแลเด็กของมารดา กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน รวมถึงศึกษาความสามารถ
ในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรรข้างต้น กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่าง
คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน และมารดา จำนวน 116 คู่ สุ่มตัวอย่างโดยการ
สุ่มแบบมีหลักเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
แบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการ
พยาบาลที่คุกคามการรับรู้ของเด็ก แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา
ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
เครื่องมือทุกชุดมีความเที่ยงและความตรงในระดับที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
แบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1.ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัย
เรียน
2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามการรับรู้ของเด็กและกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของ
เด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ.05
- 3.การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 4.กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามการรับรู้ของเด็ก และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา สามารถ
ร่วมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน ได้ร้อยละ 22.0อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 สร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐานได้ดังนี้

ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน = .337(กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามการรับรู้ของเด็ก) -.235

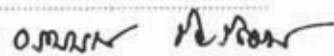
(การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2549.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

#4577637136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FEAR/ SCHOOL AGE CHILDREN/ HOSPITALIZATION

KHANITTHA PHONPRUK: RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS, AND
SCHOOL - AGE CHILDREN'S FEAR OF HOSPITALIZATION. THESIS ADVISOR :
ASST.PROF.WARAPORN CHAIYAWAT,D.N.S. 121 pp. ISBN 974-14-2984-3.

The purposes of this study were to examine the relationships between maternal anxiety, perceived threatening nursing intervention, perceived supportive nursing intervention, maternal participation and school- age children's fear of hospitalization and to examine the predictive ability of those factors on school- age children's fear of hospitalization. Subject were 116 hospitalized school age childrens and their mothers, recruited by criteria sampling. Instruments consisted of Thai Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS - R), perceived threatening nursing intervention questionnaire, perceived supportive nursing intervention questionnaire, State Anxiety subscale (SAI) of the State-Trait Anxiety Inventory. Content validity and reliability of these instruments were acceptable. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and Stepwise multiple regression.

The major results of this study were as follow:

1. Maternal anxiety was not correlated with school-age children's fear of hospitalization.
2. Perceived threatening nursing intervention and perceived support nursing Intervention were positively correlated with school- age children's fear of hospitalization at the level of statistical significance of .05.
3. Maternal participation negatively correlated with school-age children's fear of hospitalization at the level of statistical significance of .05.
4. Perceived threatening nursing intervention and maternal participation could predict 22.0%of the variance school-age children's fear of hospitalization at the level of statistical significance of .05.

Equation derived from the standardized score was:

$$\text{School- age children's fear of hospitalization} = .337_{(\text{perceived threatening nursing intervention})} - .235_{(\text{maternal participation})}$$

Field of Study:.....Nursing Science.....Student's Signature: *Khanittha Phonpruk*.....

Academic Year:.....2006.....Advisor's Signature: *Waraporn Chaiyawat*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและรำลึกถึงความกรุณาของท่านที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คอยแนะนำเสนอข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ ทุกขั้นตอนรวมทั้งคอยติดตามและให้กำลังใจเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลงได้ ศิษย์ขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ช่วยอบรมสั่งสอนถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ น.ต.หญิง นาทยา พึ่งสว่าง คุณสมปรารถนา ทนายสมุทรรคุณนิชกานต์ ไชยชนะ คุณจิรัญญา พานิชย์ และคุณกรรณิกา ลวณะสกล ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทำให้ได้ผลการวิจัยที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่าง ขอขอบใจเด็ก ๆ ทุกคนและขอบคุณมารดาของเด็กทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสุวิทย์ จันทร์เจษฎา คุณวรรณดี จันทร์คง คุณภัสมา สว่างพันธุ์ คุณกรองทอง ออมสิน และ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ ร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคนที่คอยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
พัฒนาการของเด็กวัยเรียน.....	12
การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน.....	17
ความกลั้วการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน.....	19
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลั้วการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เด็กวัยเรียน.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66

	หน้า
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 72
	สรุปผลการวิจัย..... 73
	การอภิปรายผลการวิจัย..... 74
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 82
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 82
	รายการอ้างอิง..... 83
	ภาคผนวก
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 97
	ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย 99
	ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent From)..... 109
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือ..... 113
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 121

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n = 116 คน)....	52
2	ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n=116)	54
3	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจำแนกตามชุดของแบบสอบถาม	63
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ความวิตกกังวลของมารดา ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	67
5	ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ความวิตกกังวลของมารดา กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	68
6	วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา และความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	69
7	วิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรได้แก่ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาในการพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	70

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	48



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่ทุกคนต้องประสบไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งความคิดและสัมพันธภาพทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเด็กวัยเรียน (ทิพย์ภา เศษฐไชยวณิช, 2541; สุธิศา ล่ามช้างและ จุฑามาศ ไชติบาง, 2545) ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการจิตใจ สังคม อย่างรวดเร็ว (คณาลักษณ์ ดลเสมอ, 2541) ดังนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือมาก จนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นภาวะวิกฤต (Crisis) และเป็นประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ของเด็ก เป็นอย่างมาก (Manion, 1990)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านความคิด ความเข้าใจหรือสติปัญญาอยู่ในขั้นของพัฒนาการ เกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผลที่เป็นรูปธรรม (Concrete operation) เด็กวัยเรียนจึงยังไม่สามารถเข้าใจการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างผู้ใหญ่ แต่มักเข้าใจเพียงบางส่วนเท่านั้น นอกจากนี้ความคิดเห็นและความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางส่วนยังอาจไม่ถูกต้อง เนื่องจากเด็กวัยเรียนมักนำข้อมูลบางส่วนที่ได้รับมาเชื่อมโยงกับความนึกคิด และจินตนาการของตน (Wong et al., 2001) เกิดเป็นการเรียนรู้และความคิดเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่น่ากลัวเกินจริง

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความกลัว ทั้งความกลัวตามพัฒนาการ ความกลัวจากประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล (Broome et al., 1988) จากการศึกษาของ Visintainer and Wolfer (1975) พบว่า สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ สิ่งที่เป็นอันตรายหรือทำให้ร่างกายบาดเจ็บ (Physical harm or body injury) เช่น จากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดจากการได้รับหัตถการ การถูกตัดอวัยวะ การแยกจาก (Separations) เช่น แยกจากสิ่งที่เป็นประจำ หรือกิจวัตรประจำวัน การแยกจากพ่อแม่ แม้ว่าเด็กวัยเรียนสามารถทนต่อการแยกจากพ่อแม่ได้ดีขึ้น แต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กเหมือนถูก

ทอดทิ้ง และขาดความรักจากพ่อแม่ นอกจากนี้การแยกจากเพื่อน ซึ่งในเด็กวัยเรียนจะกังวลเกี่ยวกับการขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน กลัวการเสียตำแหน่งในกลุ่มเพื่อน กลัวสิ่งที่ไม่รู้ (The unknown) เช่น สิ่งแปลกใหม่ต่าง ๆ ที่อยู่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล นอกจากนี้เด็กยังกลัว ขอบเขตจำกัดที่ไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (Uncertainty about limits) เช่น ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล กลัวการสูญเสียการควบคุมตนเอง (Loss of control) เช่น ถูกลดทอนอำนาจในการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาคนอื่นๆในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความกลัวดังกล่าวเป็นการกล่าวถึงความกลัวของเด็กเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นความกลัวในช่วงระยะเวลาใดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อเด็กมีความกลัว เด็กจะแสดงออกโดยการถอยหนีจากสถานการณ์ที่น่ากลัวนั้น และถ้าครั้งหนึ่งเด็กกลัวต่อสถานการณ์ใด ๆ แล้ว ในสถานการณ์เหมือนกันหรือคล้ายๆกัน ในครั้งใหม่เด็กก็จะเกิดความกลัวขึ้นเช่นกัน (รพีพร ธรรมสาโรชต์, 2542) ดังนั้นเมื่อเด็กกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะต่อต้านการรักษาและการพยาบาลอื่นที่เกิดขึ้นภายหลัง และเมื่อเด็กวัยเรียนเกิดความกลัวจะแสดงออกโดยการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พยายามหลบหนี ขัดขืนหรือต่อต้านการรักษาพยาบาล เช่น การกรีดร้อง การร้องไห้ช่วย (อัญชลี ชนะกุล, 2528) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาพยาบาลแก่เด็ก

ความกลัวจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายระบบ ซึ่งอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวร้ายลง เช่น เกิดอาการแสดงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (Josselyn, 1978) หรืออาจทำให้การวินิจฉัยประเมินอาการผิดพลาด จึงไม่สามารถให้การรักษาได้ถูกต้อง ส่งผลให้หายจากการเจ็บป่วยช้าลง (Azanoff, 1985) และเกิดผลกระทบระยะยาวทำให้เด็กวัยเรียนมีทัศนคติไม่ดีต่อการรักษาในโรงพยาบาลและหลีกเลี่ยงการรักษาในโรงพยาบาล (Moor, 1987) ถ้าเด็กมีความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง จะทำให้เด็กเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ คือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นลม หงุดหงิด โกรธ สับสน ไม่มีสมาธิ ฝันกลางวัน ส่งผลให้เด็กมีผลการเรียนไม่ดี และเมื่อเด็กมีการเจ็บป่วย แม้เพียงเล็กน้อย เด็กก็จะพยายามปิดบังอาการเจ็บป่วยของตน ทำให้อาการเล็กน้อยอาจกลายเป็นอาการรุนแรงมากขึ้น และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (Wong, 1999) อันมีผลเสียต่อสุขภาพและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ Ngim – Kee Yap (1988) ยังพบว่า เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย ร้อยละ 20 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์เกิดขึ้น ซึ่งกว่าจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ อาจใช้เวลาถึง 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ เพื่อลดความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การที่พยาบาลจะให้การพยาบาลเพื่อลดความกลัวของเด็กวัยเรียน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจำเป็นที่จะต้องทราบว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนสามารถ จำแนกได้ 3 ปัจจัย (Lambert, 1984) คือ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ พัฒนาการด้านสติปัญญา ปัจจัยด้านบิดามารดา เช่น ความรู้สึกของบิดามารดา โดยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วยของบุตร และสถานะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านโรงพยาบาล เช่น ระดับความรุนแรง ของโรค และชนิดหัตถการที่ได้รับ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังไม่มี การศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัย เรียน การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดปัจจัยที่จะศึกษาจากวรรณกรรมต่างประเทศ และเป็นการศึกษา ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัย เรียนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย เนื่องจากปัจจัยด้านตัวเด็กซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคล เป็นสิ่ง ที่ยากที่พยาบาลจะเปลี่ยนแปลงเมื่อเด็กป่วย งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ด้านมารดา และด้านโรงพยาบาลกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน ในภาคใต้ตอนบน ซึ่งประชากรในจังหวัดต่างๆในภาคนี้มีแบบแผนการดำรงชีวิต พฤติกรรม สุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีคล้ายคลึงกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นสำหรับการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในภาคใต้ตอนบนได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนหรือไม่อย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสามารถในการพยากรณ์ความกลัวการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับ ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับ ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความกลัวเป็นอารมณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้นเสมอในเด็กทุกคนเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Nicastro and Whetsell, 1999) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยเด็กมาก และอาจส่งผลให้เด็กเกิดการปรับตัวไม่เหมาะสม และมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบของความกลัวอย่างรุนแรงได้ (Ziegler and Prior, 1994) นอกจากนี้จะทำให้เด็กมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาในโรงพยาบาลได้จาก วงจรของความกลัว (Fear cycle) พบว่าเด็กกลัวเนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดของพัฒนาการด้านการรับรู้ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการประเมินการคุกคามต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว ถ้าเด็กสามารถประเมินการคุกคามได้เหมาะสม จะทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสถานการณ์ที่ดี มีความมั่นใจ แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จเด็กจะมีความอ่อนแอ และความกลัวเพิ่มขึ้นมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อความกลัว (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999) จากการศึกษาของ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการรักษาพยาบาล สามารถจัดหมวดหมู่ได้ 3 ประเภท คือ ความกลัวเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ (Interpersonal fear) ความกลัวการได้รับบาดเจ็บด้านร่างกาย (Fear of physical injury) และความกลัวการสูญเสียการควบคุมตนเองและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (Fear of loss of control)

ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยต่างๆ Lambert (1984) ได้จัดแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยด้านตัวเด็ก เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา และกลไกการเผชิญความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุและประสบการณ์ในอดีตของเด็ก 2) ปัจจัยด้านมารดา เช่น

ความวิตกกังวลของมารดา และสถานะเศรษฐกิจและสังคม 3) ปัจจัยด้านโรงพยาบาล เช่น ระดับความรุนแรง และชนิดหัตถการที่ได้รับในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดปัจจัยที่จะศึกษาจากวรรณกรรมต่างประเทศ และเป็นการศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน โดยศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา และปัจจัยด้านโรงพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็กซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก และกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก กับความกลัวการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ความวิตกกังวลของมารดา เมื่อเด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลไม่ว่าจะจากการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน หรือจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มารดาซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทใกล้ชิดมากที่สุด (อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2530) จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็ก หากมารดามีวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้เด็กเกิดความวิตกกังวลสูงด้วย เพราะมารดาที่มีความวิตกกังวลสูง จะขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็ก ให้เผชิญความเครียด ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้แก่เด็กทราบได้ และไม่สามารถช่วยประคับประคองจิตใจของเด็กได้ ทำให้เด็กเกิดความกลัวไปด้วย (Melnyk and Feinstein, 2001) แต่ถ้ามารดาสามารถยังคงบทบาทของการ ดูแลบุตรและตอบสนองของความต้องการของบุตรได้ก็จะทำให้บุตรไม่เกิดความวิตกกังวลต่อการรักษาพยาบาล (Lewin et al., 2005) นอกจากนี้มารดาและผู้ป่วยเด็กยังสื่อสารด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นหากมารดามีความวิตกกังวลสูงก็จะส่งต่อความวิตกกังวลไปยังผู้ป่วยเด็ก (LaMontagne, Hepworth, Johnson and Cohen, 1996) ซึ่งจากการศึกษาของ Robinson (Robinson 1985 cited in Stacacy, 1990) พบว่า มารดาที่มีความกลัวและความวิตกกังวล จะสื่อความรู้สึกนี้ถึงเด็กด้วย โดยเด็กจะคิดว่าสิ่งที่มารดากลัวและวิตกกังวลน่าจะเป็นสิ่งที่น่ากลัว นั่นคือ ถ้ามารดามีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก เด็กก็จะเกิดความวิตกกังวล/ความกลัวสูงไปด้วย (Eberly et al., 1985) แต่ถ้ามารดาสามารถยังคงบทบาทของการ ดูแลบุตรและตอบสนองของความต้องการของบุตรได้ก็จะทำให้บุตรไม่เกิดความวิตกกังวลต่อการรักษาพยาบาล (Lewin et al., 2005) ดังนั้นความวิตกกังวลของมารดาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของเด็กวัยเรียน

กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก เมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อช่วยให้เด็กเกิดการฟื้นฟู กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ของเด็กสามารถจัดได้เป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก และ กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก

กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก

เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กเพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการด้วยวิธีการที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและความเจ็บปวด (Sarafino,1998) เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่ท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะ การเจาะปอด การเจาะหลัง เจาะไขกระดูก การทำแผล เป็นต้น (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532; ยูพยงค์ ว่องศรี, 2529; สุตารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; Broome et al.,1990; Hart and Bossert,1994) แม้ว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เด็กมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กต้องได้เผชิญกับความเจ็บปวด เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กลัวการได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บปวด กลัวการเปิดเผยของร่างกาย กลัวการสูญเสียการควบคุมตนเอง กลัวความตาย (Jersid et al., 1979; Timmerman,1983) เด็กวัยนี้อาจไม่เข้าใจเหตุผลที่พยาบาลทำกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว และไม่กล้าที่จะถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Mark,1998) การที่พยาบาลทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บ ทำให้เด็กรู้ว่าตนไม่มีอำนาจ ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณคุกคาม (Ziegler and Prior, 1994) ส่งผลให้เด็กรู้สึกกลัวมากขึ้น หากเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ตนต้องเผชิญกับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามความปลอดภัยของตนมาก เด็กก็จะเกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก

เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็ก โดยให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ของเด็กจากการหัตถการที่เด็กต้องเผชิญ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยการให้เด็กสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ (Deep breathing) การให้การสัมผัส (Touch) และการให้กำลังใจ เป็นต้น การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เช่นการที่พยาบาลจัดหา ของเล่น หนังสือการ์ตูน การให้ดูวิดีโอ เล่นหุ่นมือกับเด็กเล่าเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลที่เด็กต้องได้รับ (Zahr, 1998) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การที่พยาบาลจะบอกผู้ป่วยเด็กว่ามีใครมาเยี่ยมบ้างเมื่อผู้ป่วยเด็กหลับ การที่พยาบาลแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล พาเยี่ยมชมสถานที่ในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ อรรถารส, 2538) และการสนับสนุนด้านการประเมิน เช่นการที่พยาบาลให้ข้อมูลต่างๆแก่เด็ก ทำให้เด็กสามารถประเมินเหตุการณ์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถูกต้องตรงตามความเป็นจริง กิจกรรมในลักษณะดังกล่าวช่วยให้เด็กคาดได้ว่าต้องเผชิญกับสิ่งใด โดยไม่ต้องจินตนาการเอาเอง เด็กจึงรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จึงส่งผลให้เด็กมีความกลัวน้อยลง (Brennan,1994; Wen and Wu, 2004; วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล, 2545)

นอกจากนี้การที่พยาบาลช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กไปจากสิ่งที่ทำให้เด็กกลัว และช่วยให้เด็กฝึกการผ่อนคลาย การที่พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนกับเด็กขณะที่แม่ไม่อยู่จะทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณเองมีความสำคัญไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ไม่เพียงแต่ช่วยให้เด็กคลายความกลัวได้ แต่ยังทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจบุคลากรทีมสุขภาพมากขึ้น การได้รับการยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีกำลังใจ และลดความกลัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Wilson, 1994) ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา เมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากเป็นผู้อบรมเลี้ยงดูและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็กป่วย อีกทั้งเป็นผู้รู้ เข้าใจ และไวต่ออาการตอบสนองของความต้องการต่าง ๆ ของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี (Morlow and Redding, 1988) การที่มารดาเป็นผู้ตอบสนองสลับให้กับเด็กเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จะทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Ball and Bindler, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neill (1996) ซึ่งพบว่าเด็กจะรู้สึกอบอุ่นใจ เวลาที่มารดาทำกิจกรรมร่วมกัน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่นอ่านหนังสือให้ฟัง ซึ่งทำให้เด็กเกิดความรู้สึกปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และความกลัวจากการแยกจาก ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลคนเดียว การที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในขณะที่อยู่ใน โรงพยาบาลจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล โดยสามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนทางด้านจิตใจ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และความวิตกกังวลจากการแยกจาก เนื่องจากเด็กไม่ต้องการอยู่คนเดียวในโรงพยาบาล (Neill, 1996; Pass and Pass, 1987) อีกทั้งช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากความบอบช้ำ หรือความเจ็บปวด จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางด้านสังคม จะทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน ระหว่างที่เด็กอยู่ในโรงพยาบาล และปัญหาในการปรับตัวเข้ากับสังคมน้อยลง หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Brunner and Suddarth, 1986) ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

3. กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

4. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

5. ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน รวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 8 – 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา และจังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง มารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 8 – 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดภูเก็ต จังหวัดพังงา จำนวน 116 คู่ ในระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2549 ถึง 5 กันยายน 2549

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น

1. ความวิตกกังวลของมารดา
2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก

3. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก
4. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

ตัวแปรตาม

ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นต่ออันตรายที่ผู้ป่วยเด็กคาดว่าจะเกิด จากสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความกลัวการได้รับความเจ็บปวดทางด้านร่างกายหมายถึง ความกลัวการเจ็บปวดจากการฉีดยาหรือเจาะเลือด กลัวการได้รับบาดเจ็บกลัวว่าแพทย์หรือพยาบาลจะบอกสิ่งที่ไม่ดีปกติในร่างกายตน รวมถึงกลัวความตาย 2) ความกลัวที่จะสูญเสียการควบคุม ได้แก่ ความกลัวที่จะสูญเสียการควบคุมตนเอง และสิ่งต่างๆ รอบตัว 3) ความกลัวเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ ความกลัวที่ต้องแยกจากบ้านและบุคคลอันเป็นที่รัก และความกลัวเกี่ยวกับการขาดเรียน ซึ่งสามารถประเมินได้จาก แบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของเด็กวัยเรียน Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS - R) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Chaiyawat (2000)

ความวิตกกังวลของมารดา หมายถึง ความรู้สึก ไม่สบายใจ หวาดหวั่นของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ขณะที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วัดได้โดยแบบสอบถามความรู้สึกวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ State – Trait Anxiety Inventory เฉพาะ State Subscale ของ Spielberg (1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยบุญเพ็ญ จันทวัฒนา

กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก คือ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกิจกรรมเหล่านั้นทำให้ตนได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ ต้องแยกจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก หรือสูญเสียการควบคุมตนเอง ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

9. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก คือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกิจกรรมเหล่านั้นเป็นการตอบสนองของความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่

1) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นกิจกรรมที่พยาบาลแสดงถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การเห็นถึงคุณค่าของผู้ป่วยเด็ก สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล โดยพยาบาลได้จัดหาสิ่งของ วัสดุ ให้แก่ผู้ป่วยเด็ก สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญได้อย่าง ถูกต้องและมั่นใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้รับรู้ว่าได้รับจากมารดาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเด็ก และในการที่มารดาได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาล ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
2. เป็นแนวทางให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถดูแล เพื่อป้องกันและลดความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
3. เป็นข้อมูลในการทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่เด็กวัยเรียน
4. เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนและเป็นแนวทางปฏิบัติให้แก่นักศึกษาพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความกลัว การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าตำรา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
3. การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน
3. ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึงเด็กที่อยู่ในวัยตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษา เรื่อยไปจนถึงเข้าช่วงวัยรุ่น เป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 6 – 12 ปี แบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยเรียนตอนต้น ช่วงอายุ 6 – 8 ปี วัยเรียนตอนกลาง ช่วงอายุ 8 – 10 ปี และวัยเรียนตอนปลายช่วงอายุ 10 – 12 ปี (Marlow and Redding, 1988) เด็กในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่มีอิสระในการใช้พลังงานเพื่อการเรียนรู้ การสำรวจนอกบ้าน เด็กมีความพร้อมที่จะพัฒนาด้านต่างๆ ถ้าประสบผลสำเร็จเบื้องต้นในการพัฒนาด้านจิตใจและสังคม จะทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะไว้วางใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกปลอดภัย เรียนรู้ ในการเป็นตัวของตัวเอง ทำอะไรได้เอง เชื่อในความสามารถของตนเอง (สุวดี ศรีเลณวิติ, 2536)

การเปลี่ยนแปลงของเด็กวัยเรียนเพื่อเข้าสู่วัยรุ่น จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพซึ่งเป็นไปตามลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือมีพัฒนาการซึ่งเป็นสิ่งบอกความสามารถในการใช้ทักษะด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสามารถทางสติปัญญา ทักษะการเรียนรู้ และความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม นอกจากนี้พัฒนาการยังเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจของเด็ก ซึ่งพัฒนาการของเด็กแบ่งเป็น 4 ด้านคือ พัฒนาการด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคม

1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีอัตราการเจริญเติบโตช้าทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก โดยทั่วไป โดยน้ำหนักจะขึ้นปีประมาณปีละ 2 กิโลกรัม และส่วนสูงเพิ่มปีละ 5 เซนติเมตร (อมรรัตน์ ลีมจิตสมบุญ, 2542) โดยที่ร่างกายของเด็กจะขยายออกทางทางส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง กระดูกแขนขาจะยาวขึ้น ร่างกายและสัดส่วนของใบหน้าจะเปลี่ยนแปลงไปสู่ลักษณะของผู้ใหญ่มากขึ้น (พนิดา พาลี, 2546) ด้านการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการประสานที่ดีขึ้น มีความคล่องแคล่วในการใช้มือและเท้า ชอบกิจกรรมที่ต้องออกกำลัง และกระทำอย่างรวดเร็ว ไม่ค่อยใช้ความระมัดระวังมากนัก ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อย ๆ (ยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์, 2540; สุชา จันทรเอม, 2541)

1.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการพัฒนาความคิดและสติปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนขึ้น (กรรณิกา ลวณสกล, 2547) มีความพร้อมต่อการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งรับรู้เกี่ยวกับสภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งตามทฤษฎีความคิด ความเข้าใจของ Piaget เด็กวัยนี้มีพัฒนาการทางสติปัญญาในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม เป็นระยะที่เด็กเริ่มต้นคิดและมีเหตุผลตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้ (Inductive logic) โดยทั่วไปเมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะมีความรู้ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ในช่วงท้ายของระยะพัฒนาการนี้เด็กจะคิด พิจารณาหาเหตุผล กล่าวอีกนัยหนึ่งคือเด็กเปลี่ยนความคิดจากผู้วิเศษและอภินิหารอันประหลาดต่าง ๆ มาเป็นความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น วัตถุต่าง ๆ รอบตัวเริ่มมีความหมายและอธิบายได้ทั้งนั้น เริ่มใช้ความสามารถทางสมอง เปลี่ยนสภาพสิ่งต่าง ๆ โดยแยกออกเป็นตัวแปรต่าง ๆ และประยุกต์ให้ตัวแปรสัมพันธ์กัน และรู้จักจัดลำดับชั้น แต่ยังไม่เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2536)

Piaget ได้กล่าวถึง ลักษณะเด่นชัดของพัฒนาการทางสติปัญญาขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (Concrete operation period) ไว้ดังนี้ (พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุญ, 2547)

1) การเกิดภาพในใจ (Mental representations) ในขั้นนี้เกิดความคิดรวบยอดอย่างใช้เหตุผลที่เป็นรูปธรรม เด็กสามารถวาดภาพความคิดในใจ สามารถออกไปโรงเรียนและสามารถอธิบายและเขียนแผนที่ไปโรงเรียนได้

2) การคงที่ของสสาร (Conservation) เด็กสามารถบอกได้ว่าของเหลว หรือของแข็งจะคงที่แม้จะเปลี่ยนรูปร่างหรือสถานที่

3) ความสัมพันธ์ (Relation term) เด็กสามารถเปรียบเทียบและสามารถเข้าใจว่า สิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะใหญ่กว่า มากกว่า น้อยกว่า ขึ้นอยู่กับว่าเปรียบเทียบกับอะไร เช่น ความมืดและแสงสว่างขึ้นอยู่กับอะไร นอกจากนี้จะเข้าใจความหมายของส่วนย่อยและส่วนรวมได้

4) การแบ่งกลุ่มหรือหมู่ (Class inclusion) เด็กสามารถที่จะตั้งเกณฑ์ในการแบ่งหรือจัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเขาเป็นหมวดหมู่ได้ เช่น เข้าใจที่จะแบ่ง สุนัข แมว ม้า รวมกัน เพราะเป็นสัตว์เลี้ยงเหมือนกัน

5) การจัดลำดับก่อนหลัง (Serialization and Hierarchical arrangements) เด็กสามารถที่จะจัดของตามลำดับความหนักหรือความยาวได้ เช่นสามารถเรียงไม้ขนาดต่าง ๆ กันตามระดับความยาวได้ และมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวเลขได้ หรือความคิดรวบยอดที่ซับซ้อนอื่น ๆ

พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนจะพัฒนาไปตามความสามารถแต่ละขั้นตอน การรับรู้จะรับรู้ทีละอย่างเริ่มจากง่ายไปสู่ยากขึ้น จนถึงประสบการณ์ที่ซับซ้อน และการเรียนรู้ของเด็กจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กพร้อมที่จะเรียน ซึ่งเป็นไปตามการสะสมการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์กับสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (อมรรตน์ ลิ้มจิตสมบุญ, 2542) นอกจากนี้พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (Wood, 1983) จึงทำให้มีความแตกต่างกันในเรื่องของความกลัว การรับรู้ ความเข้าใจ ความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากกว่าจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสมบูรณ์เด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่า (Clatworthy, Simon and Tiedman, 1999)

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน เด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษจากการที่ตนไม่เชื่อฟังพ่อแม่ หรือเกิดจากการกระทำผิดของตน ส่วนเด็กวัยเรียนที่มีอายุมากกว่าจะเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย โดยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากการที่ร่างกายสัมผัสกับเชื้อโรคโดยตรง จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วย (Rushforth, 1996) การรับรู้ของเด็กวัยนี้มักเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากการเข้าใกล้ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547) ถึงแม้ว่าเด็กวัยนี้จะรับรู้ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย แต่เด็กวัยนี้ยังอธิบายลักษณะอาการเจ็บป่วยอย่างคลุมเครือ รวมทั้งไม่สามารถระบุความรู้สึกของตนต่อความเจ็บป่วยได้ (สุธิตา ล่ามช้าง และจุฑามาศ โชติบาง, 2545) นอกจากนี้เด็กวัยนี้คิดว่าการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทำให้ไม่ได้เล่นกับเพื่อน และกลัวเพื่อนไม่ยอมรับ และมีผลต่อการเรียน ทำให้ไม่สามารถไปโรงเรียนได้ตามปกติ กลัวว่าจะเรียนไม่ทันเพื่อน เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่สามารถพึ่งตนเองและควบคุมตนเองได้ (Timmerman, 1983) นอกจากนี้การที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กวัยเรียนมักถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องทำตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ทำให้เด็กรู้สึกถูกลดทอนอำนาจการตัดสินใจ และไม่สามารถปกป้องตนเองจากกิจกรรมการพยาบาลได้ ทำให้เด็กจึงรู้สึกที่ตนเองถูกคุกคาม จึงส่งผลให้เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความกลัว (Fox, 1997)

1.3 พัฒนาการด้านอารมณ์

การเกิดอารมณ์ และการแสดงอารมณ์นั้น มีพื้นฐานมาจากลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ซึ่งมีประจำตัวมาตั้งแต่เกิด (อมรรัตน์ ลิ้มจิตระสมบุรณ์, 2542) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพื้นฐานลักษณะนิสัยทางอารมณ์มาจากการเลียนแบบ และการเรียนรู้โดย ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเด็กยังต้องการความรัก ความอบอุ่นมั่นคง ปลอดภัย ความเอาใจใส่จากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ตามทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพของ Erickson เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นของพัฒนาการการเกิดความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จหรือรู้สึกด้อย (Sense of Industry VS. Sense of Inferiority) ในวัยนี้เด็กได้สำรวจสิ่งแวดล้อม ก็จะทำให้เด็กมีประสบการณ์ใหม่ ๆ มากขึ้น และเขาก็จะพบว่าเขาไม่สามารถหรือมีส่วนร่วมได้เท่าเทียมผู้ใหญ่ กล่าวคือ เด็กวัยนี้สามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้ใหญ่ทำได้ แต่ไม่ดีเท่าเขาจึงท้อแท้อำนาจให้กับการทำงานเพื่อให้ดีเท่าผู้ใหญ่ให้ได้ โดยทำราวกับเครื่องจักร ในโรงงาน ซึ่งถ้าเขาทำสำเร็จก็จะเกิดกำลังใจทำต่อไปไม่หยุดยั้ง แต่ความจริงก็คือ เขาอาจทำไม่ได้เนื่องจากเขาเป็นเด็กก็จะทำให้เขา รู้สึกด้อย (Feeling of inferiority) เด็กวัยนี้จึงมีความกลัวด้อยกว่าคนอื่น ๆ ดังนั้นจะพยายามลบความกลัวนี้ โดยเด็กจะใช้โอกาสที่มีอยู่เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ การกระทำหรือทดลองโดยใช้ทักษะเบื้องต้นของตนเองซึ่งจะพบว่าการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้จะทำให้ตัวเด็กเป็นคนที่มีความสามารถมากขึ้น เด็กวัยนี้ชอบการแข่งขันแต่ในการแข่งขันไม่ได้แข่งเพื่อให้ตนเองชนะเสมอแต่แข่งเพื่อวัดความสามารถของตนเอง (พรรรถนทีพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2547) เด็กวัยเรียนให้ความสำคัญและคุณค่าที่ความสามารถในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งที่บ้านและโรงเรียน ท่ามกลางกลุ่มเพื่อนและในที่ชุมชน Erickson จึงเน้นว่าเด็กวัยเรียนนี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางอารมณ์เมื่อรู้สึกว่าจะตนเองทำไม่ได้หรือทำได้ดีไม่เท่าเพื่อน โดยการมองผลงานของตนเองเปรียบเทียบกับเพื่อนและเรียนรู้ผ่านปฏิกริยาของคนรอบข้าง เด็กจะปรับตัวได้ไม่ดีนักในช่วงแรกแต่ถ้าเติบโตขึ้นก็จะปรับตัวได้ดีขึ้นจากความสามารถที่มองตนเองแบบองค์รวม (จันทิชาติตา พกฤษานานนท์ และคณะ, 2546)

ลักษณะและการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน (สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; จันทิชาติตา พกฤษานานนท์ และคณะ, 2546; กรรณิกา ลวณสกล, 2547)

อารมณ์สนุกสนานร่าเริงเข้ากับเพื่อนและผู้อื่นได้ดี วัยนี้ควรเป็นวัยที่มีความสุขที่สุดในชีวิต ทำไม แม้ว่ามีการกีดกันที่โรงเรียน ที่บ้านและส่วนตัว

อารมณ์รักและพึงพอใจ เด็กจะไม่ค่อยแสดงออกโดยเปิดเผย เพราะอายแต่จะแสดงออกทางอ้อม คือต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ตนรักและช่วยเหลือทำสิ่งต่าง ๆ ความรัก หรือชอบนี้ขึ้นอยู่กับหัวใจ และศรัทธาเชื่อมั่นมากกว่าที่จะลุ่มหลงไร้เหตุผล

อารมณ์โกรธ เป็นปฏิกริยาหนึ่งต่อความคับข้องใจอยู่เสมอ แต่เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การปฏิบัติ และก้าวไปสู่ภาวะของพัฒนาการด้านอารมณ์ภายหลัง โดยทั่วไปวัยนี้เริ่มรู้จักควบคุมการแสดงอารมณ์โกรธได้เหมาะสมขึ้น

ความอยากรู้ อยากเห็น เด็กวัยนี้มีความอยากรู้ อยากเห็นน้อยกว่าเด็กเล็ก แต่ก็ยังมีอยู่ เช่นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ที่ตนยังไม่เคยประสบมา หรือสิ่งเก่าที่เคยประสบมาแล้ว แต่ไม่เคยได้รับคำอธิบายให้ชัดเจน ซึ่งเด็กมักจะแสดงโดยการถาม ซึ่งเด็กมักจะแสดงโดยการถาม ซึ่งถ้าได้รับคำตอบในทางที่ถูกต้องจะเป็นการช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์

ความกลัวของเด็กวัยนี้ ส่วนมากกลัวสิ่งที่ตนสร้างจากจินตนาการโดยนำสิ่งที่เป็นรูปธรรม ซึ่งตนพบเห็นมาประกอบ เช่น กลัวไฟ กลัวความมืด กลัวตาย กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวแพทย์ กลัวพยาบาล กลัวการผ่าตัด กลัวถูกเจาะเลือด กลัวถูกฉีดยา กลัวการแยกจากพ่อแม่ และกลัวคนที่ไม่คุ้นเคย แต่เด็กจะไม่อยากให้ผู้อื่นรู้ว่าตนกลัว เพราะจะถูกหัวเราะเยาะ หรือถูกล้อ นอกจากนี้ความกลัวของเด็กวัยนี้จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสังคม การเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรง ทั้งนี้เกิดจาก ความเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เข้าใจและรู้ถึงผลที่ตามมาที่หลังเหตุการณ์เพิ่มขึ้น เช่นความพิการ ความตาย ความฝันของเด็กวัยนี้จึงสะท้อนถึงความพยายามที่จะเอาชนะต่อความกลัวโดยอยากเป็นคนเก่งที่สามารถช่วยเหลือคนอื่น ปกป้องอันตรายของคนอื่นจากคนไม่ดีหรือช่วยเหลือคนจากอุบัติเหตุตามธรรมชาติ แต่ในทางตรงข้ามเด็กที่เห็นว่าตนเองไม่มีความสามารถมักจะฝันถึงการถูกทำร้ายหรือการตกอยู่ในสถานการณ์ที่ช่วยตนเองไม่ได้

1.4 พัฒนาการด้านสังคม

พัฒนาการทางสังคมในเด็กวัยนี้ เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กมีการออกสู่สังคมนอกบ้าน เด็กส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ เกี่ยวกับความคิดเห็นของเพื่อนมากกว่าความคิดเห็นของผู้ใหญ่ หรือครู เด็กวัยนี้ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มกับเพื่อนเพิ่มขึ้น มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ในเด็กที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน และมักจะเป็นเพศเดียวกัน มีการตั้งเกณฑ์ของกลุ่ม เพื่อสร้างสังคมที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่ม (พนิดา พาลี, 2546) เด็กวัยเรียนมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วม และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลกับเด็กวัยนี้มาก (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2536; ยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์, 2540) ถ้าเด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์อย่างสมบูรณ์ เด็กก็จะสนุกกับการมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เช่นการรับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่งกลุ่มจะช่วยให้เด็กได้ประเมินตนเอง เด็กวัยนี้จะมีความเป็นเอกลักษณ์ มีความรู้สึกมีคุณค่าจากการที่กลุ่มยอมรับ มีโอกาสได้แสดงบทบาททางเพศที่ถูกต้อง (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2536) นอกจากนี้เด็กวัยเรียนมีความต้องการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ เด็กมีความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี เด็กวัยเรียนชอบที่จะเล่นเป็นกิจกรรมกีฬาเป็นทีม ซึ่งการที่เด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ นี้ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทักษะพื้นฐาน กฎระเบียบข้อบังคับ และการทำงานเป็นทีมและความมีระเบียบวินัย นอกจากนี้จะทำให้เด็กรู้สึกสนุกสนานแล้ว เด็กยังได้พัฒนาความเป็นเพื่อนและมีเหตุผลมากขึ้น (พนิดา พาลี, 2546)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากบ้านไปสู่โรงเรียน ได้เรียนรู้ชีวิตและทักษะใหม่ๆ ต้องการจัดการกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง และถ้าเกิดความภูมิใจ (Industry) แต่ถ้าไม่สำเร็จเด็กวัยนี้ก็จะรู้สึกที่ตนเองล้มเหลวหรือด้อยกว่าผู้อื่น (Inferiority) มีความกลัวในสิ่งที่ตนสร้างจากจินตนาการในเรื่องการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ต้องการแยกจากคนที่ตนรักหรือเพื่อนวัยเดียวกัน อยากทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มมากกว่าการอยู่คนเดียวหรือทำอะไรตามลำพัง ยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง และต้องการให้ตนเป็นที่ยอมรับ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของเด็ก

2. การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน

การเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตสำหรับเด็ก เด็กที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย หรืออาการที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุ ไข้ตั้งอักษะ มะเร็งในเม็ดเลือด ก็ทำให้เด็กเกิดภาวะเครียดได้ (Pillitteri, 1999) การที่เด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ รวมทั้งความคิดและสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งมีผล ทำให้พฤติกรรมและการปรับตัวของเด็กเปลี่ยนไปจากเดิม อาจจะมีมากหรือน้อยแล้วแต่ลักษณะของเด็กแต่ละคน (อัมพล สุอำพัน, 2530) ซึ่งการเจ็บป่วยนั้นมีทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเฉียบพลัน

เป็นการเจ็บป่วยโดยที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน โดยทั่วไป พบว่าปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลันนั้นขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการของเด็กและปฏิกิริยาของพ่อแม่ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสามารถปรับตัวได้ดีหรือมีปัญหา เด็กส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมถดถอยกว่าอายุ เช่น บั๊สสาวะรด ออกอ้อนแม่ กลัวการถูกทอดทิ้ง ความวิตกกังวลและความกลัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายได้มาก เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลเด็กคิดว่าอาการของโรคเลวลง เด็กมักกลัวการทำหัตถการ กลัวถูกฉีดยา กลัวการผ่าตัด เด็กจะหงุดหงิดแสดงความโกรธได้บ่อยๆ บางคนปฏิเสธไม่ยอมร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยเด็กวัยเรียนอาจจินตนาการว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ (อัมพล สุอำพัน, 2530)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือนใน 1 ปี หรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีระยะเวลามากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี (Hobb and Perrin, 1985) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และได้รับการรักษาตลอดชีวิต (Neff and Spray, 1996) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กในด้านร่างกายทำให้อัตราการเจริญเติบโตลดลง ด้านจิตใจอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความเครียดสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โอกาสในการเรียนรู้ การปรับตัวกับบุคคลอื่น ๆ น้อย รวมทั้งส่งผลให้พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กล่าช้าลงได้ด้วย (Bowden et al., 1998; Harkins, 1994) การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กมีข้อจำกัดมากมาย เช่น อาหาร การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการเรียน ซึ่งขัดขวางต่อพัฒนาการของเด็ก โรคบางชนิดทำให้การทำงานของสมองลดลง มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง โรคบางชนิดทำให้เกิดความผิดปกติของรูปร่างหน้าตา ท่าทางการเดิน การรักษาอาจทำให้เกิดผลแทรกซ้อนตามมา เช่น ยาแก้ชัก ทำให้ง่วงซึม มีผลต่อการเรียน ยากลุ่มสเตียรอยด์ทำให้ใบหน้ากลม ตัวเตี้ย การฉายแสงทำให้ความจำ และสติปัญญาลดลง ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่นอาจจะพยายามปกปิดความเจ็บป่วยของตนเอง เด็กที่ต้องขาดเรียนบ่อยๆ เนื่องจากการเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ผลการเรียนลดลง

จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กกลุ่มอายุ 5 – 14 ปี พบว่าโรคที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคปอดบวม โรคอุจจาระร่วง ไข้ตั้ง อักเสบ กระดูกหัก และโรคมะเร็ง (กรมการแพทย์, 2547) ซึ่งเห็นได้ว่ามีทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง

เมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่เด็กต้องเผชิญและเด็กรับรู้ ว่าไม่น่าพึงพอใจ ได้แก่ ความเจ็บปวดจากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การฉีดยา (รพีพร ธรรมสาโรรัชต์, 2542) การเจาะเลือด (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532) การถูกตัดอวัยวะและการตาย (Kleinkhecht et al., 1996) นอกจากนี้เด็กต้องมีการแยกจากสิ่งที่เป็นประจำหรือกิจวัตรประจำวัน แยกจากบิดามารดา เพื่อน (Muller et al., 1992) การที่เด็กต้องเจอกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาล รวมทั้งบุคคลแปลกหน้า เช่น แพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยคนอื่นๆ (Wilson and Yorker, 1997) กลิ่นน้ำยาต่างๆ ในโรงพยาบาลก็เป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลทำให้เด็กนำมาจินตนาการทำให้เด็กรู้สึกกลัว เช่น กลิ่นแอลกอฮอล์ เมื่อเด็กได้กลิ่นทำให้เด็กหวาดเสียว และหวาดกลัวว่าจะต้องได้รับการฉีดยา นอกจากนี้เด็กยังถูกจำกัดอิสระ จากกฎระเบียบของโรงพยาบาล กิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542) การต้องนอนบนเตียง (Schulte et al., 1997) เป็นต้น

ดังนั้นการที่เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยแบบใด ใช้เวลานานเท่าใด ก็จะทำให้เด็กเกิดความกลัวได้ทั้งนั้น (สุวดี ศรีเลณวดี, 2536)

3. ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองจะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ โดยแสดงความกลัวและความวิตกกังวลออกมา เนื่องจากความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งที่ตนกำลังเผชิญว่าเป็นความเครียดที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง (Lazarus, 1991: 235)

ความกลัว (Fear) และความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ เพื่อให้ร่างกายต่อสู้หรือหลบหนี (Street and Barlow, 1994) และอารมณ์ทั้งสองนี้ยังมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้โดยแสดงออกมาทางความรู้สึกและทางสรีรวิทยาคล้ายคลึงกัน Chaiyawat, 2000)

นักวิชาการบางกลุ่มจะแยกความกลัวกับความวิตกกังวลออกจากกัน โดยกล่าวว่าความกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่ระบุสาเหตุได้ ส่วนความวิตกกังวลจะมีความคลุมเครือไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจนเป็นการกังวลถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Hurlock, 1978) ในขณะที่นักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งมองว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีลักษณะเช่นเดียวกัน เพราะอารมณ์ทั้งสองเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเข้ามาว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง จึงรู้สึกไม่สบายใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมเช่นเดียวกัน (Carson and Hatfield, 1992: 133-135) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลก็เป็นปัจจัยที่เหมือนกัน สิ่งกระตุ้นเดียวกันสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลซึ่งไม่จำเป็นว่าความกลัวต้องเกิดจากการกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก แต่ความกลัวอาจถูกกระตุ้นได้จากสิ่งเร้าภายใน เช่น ความคิดและจินตนาการของตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่คลุมเครือ จึงทำให้ไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวได้เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวล และในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลอาจจะสามารถระบุวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมที่ต้องหลบหลีกได้ (Weiner, 1985; Vaughan and Litt, 1990; Chaiyawat, 2000) จะเห็นได้ว่าความกลัวและความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นเดียวกันจึงทำให้ไม่สามารถแยกความกลัวและความวิตกกังวลออกจากกันได้ ดังนั้นนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับเด็กจึงมักจะใช้สองคำนี้ สลับกันไปมาโดยถือว่ามี ความหมายใกล้เคียงกัน (Carlson and Hatfield, 1992) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงความกลัวและความวิตกกังวลในเด็กซึ่งพัฒนาการทางด้านสติปัญญาังพัฒนาไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถระบุหรือจำแนกสิ่งที่กลัวได้เฉพาะเจาะจงอย่างชัดเจน ทำให้ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างความกลัวและความ

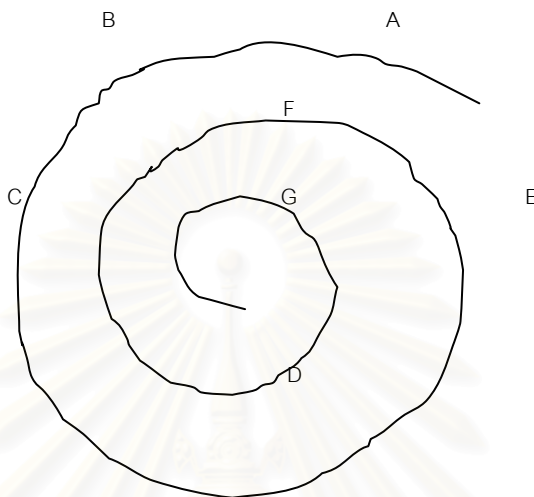
วิตกกังวลได้ (Vaughan and Litt, 1990; Nicastro and Whetsell, 1999) ซึ่งจากการศึกษาของ Chaiyawat (2000) ได้ประเมินประสบการณ์ความกลัวและความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน พบว่าเด็กไม่สามารถแยกความแตกต่างของทั้งสองอารมณ์นี้ได้

ความกลัว คือ อารมณ์ที่ แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่บุคคลประเมินว่าเป็น ความเครียดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน (Lazarus, 1991; Robinson, 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999) โดยอันตรายที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดว่าจะ เกิดขึ้นในอนาคตก็ได้ โดยสิ่งกระตุ้นนี้อาจจะมาจากภายนอกที่บุคคลรับรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส หรือความกลัวอาจเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น จากประสบการณ์ หรือจินตนาการที่ตนเอง สร้างขึ้นมา (Josselyn, 1978 ;Carl and Hatfield ,1992; Hart and Bossert, 1994; Gullone, 2000) ความกลัวที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดการแสดงออกในลักษณะของการต่อสู้ หรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้กลัว (Behrman and Vaughan, 1983;สุชา จันท์ธอม, 2541) เพราะ เมื่อบุคคลเกิดความกลัวจะทำให้รู้สึกว่าคุณไม่ปลอดภัย ขาดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นหรือถูกคุกคามต่อชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัว (Houck, 2000) ดังนั้นความกลัวที่เกิดขึ้นจึงเป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัยของร่างกายที่ส่งสัญญาณในการเตรียม ตนให้พร้อมที่จะหลบหนีจากอันตรายที่ เข้ามา (Wong, 1999; Nicastro and Whetsell, 1999)

วงจรความกลัว(The Fear cycle)

Robinson et al. (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999) ได้นำเสนอวงจรความกลัว (The fear cycle) โดยกล่าวว่า ความกลัวเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการ ปกติของเด็ก เป็นการตอบสนองของเด็กต่อเหตุการณ์และสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวโดยเด็กจะรับรู้ และสัมพันธ์กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวกับตนเองและสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวนั้นเป็นสิ่งที่เด็ก ตระหนักรู้ล่วงหน้าว่าจะได้รับอันตราย สร้างความเจ็บปวด หรือการสูญเสียให้กับตนเอง และได้ อธิบายการตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวโดยวงจรความกลัวดังนี้ เริ่มตั้งแต่(A) สิ่งที ก่อให้เกิดความกลัวเข้ามาในสิ่งแวดล้อมของเด็ก (B) เด็กรับรู้ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว โดยเด็ก จะเปรียบเทียบความรู้สึกกับแหล่งประโยชน์ของตนเอง (C) การประเมินการคุกคามของสิ่งที่ ก่อให้เกิดความกลัวโดยเด็กจะพิจารณาเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ของตนเองกับการคุกคามนั้น ตามระดับความรู้ความเข้าใจของตนเอง()เด็กเกิดการตอบสนองทางสรีรวิทยา (D) การตอบสนอง ทางพฤติกรรมของเด็กเพื่อหลบหนีสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว หนีหรือสู้ โดยเด็กจะกระทำบางอย่าง เพื่อให้หลุดพ้นจากการคุกคามของสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว (E) หลังจากนั้นเด็กจะประเมินการ คุกคามของสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวอีกครั้งว่าสำเร็จหรือล้มเหลว ถ้าเด็กประสบความสำเร็จใน การควบคุมสถานการณ์ เด็กก็จะได้รับประสบการณ์ที่ดี มีความมั่นใจและไม่อ่อนแอ แต่ถ้า

ไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญความกลัวเด็กจะมีความอ่อนแอ และเพิ่มความกลัวมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อสิ่งทีก่อให้เกิดความกลัวเด็กจะมีความอ่อนแอ และเพิ่มความกลัวมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อสิ่งทีก่อให้เกิดความกลัว



แหล่งที่มา : “ Conceptualization of fear cycle “by Robinson et al. In Nicastro,E.A & Whetsell,M.V.(1999).Children's fear. *Journal of Pediatric Nursing* 14:379.

แหล่งกำเนิดความกลัว

1. การพบกับสถานการณ์แปลกใหม่ หรือเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน เช่นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพบเรื่องเศร้า หรือการสูญเสีย (Nicastro and Whetsell, 1999)
2. ประสบการณ์ในอดีต บุคคลที่มีประสบการณ์หรือเคยพบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวมาก่อนเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากสถานการณ์โดยตรงซึ่งสถานการณ์นั้นมักเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเจ็บปวด (Muris, Harald and Collaris,1997)
3. การเลียนแบบ (Modeling) เด็กจะเกิดความกลัวโดนการเลียนแบบจะ เป็นความกลัวจากสิ่งเร้าที่ไม่ชัดเจน (Muris, Boden, Merckelbach, Ollendick and King, 2003) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Rachman (1977 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) ในเรื่องความกลัวของเด็กโดยยกตัวอย่างเหตุการณ์ในสงคราม ในการที่พ่อแม่แสดงความกลัวจากการที่ถูกโจมตีทางอากาศ โดยแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เห็น ทำให้เด็กเกิดความกลัวตามแบบพ่อแม่ ทั้งที่ไม่เข้าใจว่าการถูกโจมตีทางอากาศคืออะไร

4. การสอนหรือการได้รับข้อมูล (Information/Instruction) เป็นความกลัวที่เกิดจากการที่เด็กได้รับการสอนหรือการบอกเล่าแล้วทำให้เด็กเกิดความกลัว เป็นความกลัวที่เกิดจากสิ่งเร้าที่ไม่ชัดเจน เช่น การที่พ่อแม่ขู่เด็กว่า ถ้าไม่ยอมนอน ฝึจะมาหลอกทำให้เด็กกลัวผีทั้งที่เด็กไม่เคยเห็นมาก่อน (Rachman, 1977 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999; Ollendick, Yule and Ollier, 1991)

ปฏิริยาตอบสนองต่อความกลัวและอาการแสดงต่อความกลัวของเด็ก

Rosenhan and Seligman (1989 อ้างถึงใน สมปอง วงษาสุข, 2544) ได้อธิบายว่าเมื่อมีความกลัวเกิดขึ้นร่างกายจะมีปฏิริยาตอบสนองต่อความกลัว ซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นมีหลายรูปแบบแต่ละรูปแบบอาจมีองค์ประกอบหลักที่แตกต่างกัน ซึ่งทุกองค์ประกอบหลักอาจไม่ได้เกิดพร้อมกัน บางองค์ประกอบหลักอาจเกิดหรือไม่ได้เกิด ในแต่ละรูปแบบของความกลัวนั้น ความกลัวที่รุนแรงมากมักเกิดจากหลายองค์ประกอบ โดยในแต่ละองค์ประกอบหลักมีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบหลักด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive elements) เป็นการคาดว่าจะเป็นอันตรายในเวลาอันใกล้ สัญญานนี้ส่งจากจิตใจสู่ร่างกายให้มีปฏิริยาต่อความกลัว
2. องค์ประกอบหลักด้านร่างกาย (Somatic elements) เป็นปฏิริยาทางกาย เมื่อบุคคลเกิดความกลัวมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 2 ระดับ คือการเปลี่ยนแปลงภายนอกและการเปลี่ยนแปลงภายใน
 - การเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายนอก ได้แก่ ผิวหนังซีด เหงื่อออก มือเย็นซีด ปากสั่น กล้ามเนื้อหดเกร็ง มีการเปลี่ยนแปลงที่ใบหน้า และปฏิริยาที่ส่วนอื่นๆ ของร่างกายในขณะเดียวกันก็เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายด้วย
 - การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกิดในระยะเวลาสั้น หลังจากบุคคลรับรู้ถึงอันตรายและมีปฏิริยาตอบสนองเฉียบพลัน โดยการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากรับรู้สิ่งที่เป็นอันตรายจากระบบความรู้สึก แล้วบันทึกไปที่ไฮโปทาลามัส และส่งผลโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกผ่านอดรีนัล เมดัลลา (Adrenal medulla) ที่อยู่ในต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายโดยการหลั่งอดรีนาลิน (Adrenaline) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น การสูบฉีดโลหิตเพิ่มขึ้น หลอดเลือดฝอยขยาย ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น การหายใจหอบลึก ตับจะปล่อยน้ำตาลทำให้กล้ามเนื้อใช้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเลือด (วรารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2544; Vauhan and Litt, 1990; Robinson et al., cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

3. องค์ประกอบหลักทางด้านอารมณ์ (Emotional elements) ประกอบด้วยความรู้สึกกลัว ตกใจ เสียขวัญ สิ้น ฐึ่สึกควบคุมสติไม่ได้ ร้องไห้ ไรต่อการกระตุ้น ติดอ่าง โม่โง่ง่าย ตกใจง่าย หงุดหงิด โม่สบาย (วรภกรณ ฐึ่ย์วัฒน์, 2544; Robinson et al., cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

4. องค์ประกอบหลักทางด้านพฤติกรรม (Behavioral elements) มีสองชนิด คือการตอบสนองตามเงื่อนไข ได้แก่ ปฏิกริยาที่เกิดโดยโม่ตั้งใจต่อความกลัว และปฏิกริยาที่จ่ะกระทำต่อสิ่งที่กลัวโดยตรง ได้แก่ ปฏิกริยาการหนีและการหลบเลีย่่ง เช่นการร้องไห้ โม่ตอบคำถาม คอยเฝ้าระวัง โม่ยอมอยู่ตาม องค์ประกอบของความกลัวเหล่านี้ ให้เกิดปฏิกริยาตอบสนองในรูปแบบต่าง ๆ ที่แสดงออกมาทางร่างกายและพฤติกรรมเมื่อบุคคลรู้สึกหวาดกลัว จากการศึกษาของ Muris, Merckelbach and Collaris (1997) พบว่าเมื่อเด็กมีความกลัวจะมีการตอบสนองในลักษณะดังนี้คือ เด็กจะเกิดความคิดทางด้านลบ (80.5%) เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (70.5%) และมีอาการแสดงทางด้านร่างกาย (66.4%)

เมื่อเกิดความกลัวเด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆเพื่อหลีกเลี่ยงหรือต่อสู้ให้รอดพ้นสถานการณ์ที่น่ากลัว ซึ่งสามารถสังเกตอาการแสดงใน 7 ลักษณะ (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

1. อาการทางสรีระ (Physical sign) ได้แก่ อาการเจ็บป่วย (ทั้งที่เกิดขึ้นจริง หรือจินตนาการของตนเอง) ปวดศีรษะ ปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เจ็บปวดเหงื่อออกมาก

2. ปฏิกริยาทางอารมณ์ (Emotional reaction) ได้แก่ ร้องไห้ เจ้าอารมณ์ โม่โง่ง่าย พุดติดอ่าง ตกใจง่าย กระสับกระส่าย เปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางหน้า

3. นิสัยการทำงาน (Work habit) ได้แก่ ผลการเรียนโม่ดี โม่รับผิดชอบ ผันกลางวัน โม่เข้าร่วมกิจกรรม ก่อความวุ่นวาย โม่อยู่เฉย โม่สนใจสิ่งแวดล่อ้ม

4. อาการทางระบบประสาท (Nervous habits) ได้แก่ ก้ามเนื้อโม่หน้ากระตุก กัดเล็บ ดูดนิ้ว กระพริบตา ขนลุก

5. ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมโม่เหมาะสม (Aggression and misbehavior) ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เสีย ขวนทะเลาะวิวาท ทำลายสิ่งของ ลักขโม่ย อารมณ์รุนแรง และโม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้

6. พฤติกรรมเรียกร้อ่งความสนใจ (Attention - seeking behavior) ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมโม่สมวัยต้องการให้คนอื่นยอมทำตาม เรียกร้อ่ง สร้างเรื่อ่โกหก ถ้ามคำถามมาก ยึดติดครู ชอบแสดงออก แก่ล้งบาดเจ็บ

7. การทำร้ายตนเอง (Self - destructiveness) ได้แก่ การฆ่าตัวตาย โม่สนใจตัวเอง ติดยา

ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์วิกฤติของเด็กทุกคน เพราะเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว เพราะเด็กจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่เป็นอยู่ทั้งภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมซึ่งเด็กไม่คุ้นเคย (Nicastro and Whetsell, 1999) นอกจากนี้เด็กยังมีวิธีในการเผชิญปัญหาและลดสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นอย่างจำกัด เด็กจึงมักใช้จินตนาการของตนในการคาดการณ์หรือคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเด็กจะคิดว่าสิ่งไม่ดีจะเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจจัดเป็นหมวดหมู่ใหญ่ ๆ ได้ 3 ประการ (Chaiyawat, 2000)

1. ความกลัวเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal fear) ได้แก่ความกลัวที่ต้องแยกจากบ้านและบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง และแยกจากเพื่อน (Broome, Bates, Lillis and McGahee, 1990; Pillitteri, 1999; Hart and Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson and Yorker, 1997) ทำให้เด็กรู้สึกว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลที่เขารัก เช่น เดิมและจะกังวลเกี่ยวกับการขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน กลัวว่าเพื่อนจะลืมตน หรือกลัวเสียตำแหน่งในกลุ่มเพื่อนไป (Jin, 1997; Wilson and Yorker, 1997)

2. ความกลัวการได้รับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย (Fear of physical hurt) เมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กมักได้รับกิจกรรมการรักษายาบาลต่าง ๆ มากมาย เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การตรวจ และหัตถการต่างๆ (Kleinkhecht, 1996; Bowden, Dickey and Greenberg, 1988; Wollin et al., 2004; Pillitteri, 1999) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้ เด็กจะสามารถเชื่อมโยงความเจ็บปวดเข้ากับการบาดเจ็บหรือความพิการ (Ebmerire et al., 1991) และความตายได้ (Jin, 1997) เด็กจึงมักกลัวว่าแพทย์หรือพยาบาลจะบอกสิ่งที่ผิดปกติในร่างกายตน (Hart and Bossert, 1994) กลัวเกี่ยวกับความปลอดภัย กลัวการได้รับบาดเจ็บ กลัวความพิการ กลัวความตาย (Wong, 1999; Lau, 2002)

3. ความกลัวที่จะสูญเสียการควบคุมตนเอง และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (Fear of loss of control) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Wong, 1995; Elbedour, Shulman and Kenem, 1997; McKinney, 2000) เช่น สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากบ้านและโรงเรียน การต้องสวมเสื้อผ้าของทางโรงพยาบาล (Prugh, 1983; Robinson, 1979) อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลที่เด็กไม่รู้จัก ไม่เคยเห็น และได้รับการดูแลจากบุคคลที่แปลกหน้า ทั้งแพทย์และพยาบาล (Wollin et al., 2004) นอกจากนี้เด็กยังไม่แน่ใจเกี่ยวกับความคาดหวังของแพทย์และพยาบาลต่อพฤติกรรมของตน

รวมไปถึงไม่ทราบว่าตนจะต้องอยู่โรงพยาบาลนานเพียงใด สิ่งที่มีรู้เหล่านี้ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวได้จึงเกิดความกลัว

การเจ็บป่วยทำให้เด็กถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาจต้องนอนเฉยๆช่วยตนเองไม่ค่อยได้จากที่เคยช่วยตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ ก็อาจให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเหล่านั้น นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เด็กต้องปฏิบัติตาม เช่น เวลาในการรับประทานอาหาร เวลานอน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ ทำให้เด็กไม่สามารถที่จะรับผิดชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เด็กจึงรู้สึกไม่เป็นอิสระ และคิดว่าตนเองไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงทำให้เด็กกลัวการสูญเสียการควบคุม (Wong, 1990; Johnson, 1997; Robinson, 1979; Pillitteri, 1999)

การประเมินความกลัวของเด็ก

ความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น สามารถประเมินได้โดยผู้ใหญ่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พ่อแม่ จากการสังเกตพฤติกรรม และการประเมินโดยเด็กเป็นผู้บอกเอง จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความกลัวของเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีวิธีการประเมินความกลัวที่นิยมใช้กันทั่วไปมี 4 แบบ คือ

1. การประเมินจากพฤติกรรม (Direct rating of behavior) ความกลัวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถสังเกตได้จากการศึกษาของ Weinstien, Getz, Ratener and Domoto (1982) พบว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรม การพูด และความสุขสบาย ใน 3 ลักษณะ คือ การเคลื่อนไหวและลักษณะท่าทาง การพูด และ ความสุขสบาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเคลื่อนไหวและลักษณะท่าทาง ได้แก่

- การที่เด็กอยู่ในท่าที่เหมาะสม
- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อยแต่อยู่ในท่าที่เหมาะสม
- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อยแต่อยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม
- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อยแต่อยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม

2) การพูด ได้แก่

- การพูดคุยกถามคำถาม ในลักษณะที่อาจแปลความไม่ได้ หรือไม่เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ หรือเกี่ยวกับการรักษา
- การพูดคุยกขอร้องให้หยุดหรือปฏิเสธการกระทำ
- การพูดที่แสดงออกถึงความกลัวหรือความเจ็บปวด
- การร้องไห้ เช่น ร้องครวญคราง ร้องเบาๆ ร้องกรี๊ดเสียงดัง

3) ความสุขสบาย ได้แก่

- การที่เด็กแสดงพฤติกรรมพึงพอใจการรักษา เช่น ยิ้มหัวเราะ กระพริบตาปกติ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย
- นิ่งเฉยเป็นปกติ
- การแสดงความสุขสบายหรือความไม่พอใจทางสีหน้า เช่น หน้าตาบูดบึ้ง แสดงความเจ็บปวด แสดงความเครียดทางสีหน้า หายใจขัด หายใจไม่ออก อาเจียน กล้ามเนื้อตึง

ต่อมา Weinstien, Domoto and Barb (1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กขณะทำฟันและการเผชิญความเครียดของเด็ก พบว่าพฤติกรรมของเด็กทั้ง 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด และความสุขสบายที่แสดงออกทางสีหน้าจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็ก นั่นคือ พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะจะแสดงออกถึงความกลัวของเด็ก

2. การประเมินทางสรีรวิทยา (Physiological measure) เป็นการประเมินจากการวัดหรือการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อเกิดความกลัว เนื่องจากเด็กเกิดความรู้สึกกลัวจะมีผลต่อร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร อ่อนเปลี้ยหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ใบหน้าเป็นต้น (Moore, 1987; Rosenhan and Seligman, 1989)

3. การประเมินโดยการทดสอบด้วยภาพ (Projective test) เป็นการประเมินโดยใช้การวาดภาพของเด็กในการวัดสภาวะทางอารมณ์ ซึ่งการประเมินนี้มีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนและมีการอธิบายตามหลักการทางวิทยาศาสตร์จากการถ่ายทอดความรู้สึกออกมาที่ภาพที่วาด (Clatworthy, Simon and Tiedman, 1999) เป็นวิธีที่เหมาะสมวิธีหนึ่ง เนื่องจากวิธีนี้ไม่คุกคามภาวะจิตใจของเด็ก ง่ายต่อการปฏิบัติและผู้ป่วยเด็กมีความเพลิดเพลิน การประเมินทำโดยการให้เด็กวาดรูปเกี่ยวกับคนหรือวัตถุต่าง ๆ โดยประเมินสภาวะด้านอารมณ์ของภาพที่ผู้ป่วยเด็กวาดจากขนาด การแรเงา การกดน้ำหนักเส้น การใช้สี เป็นต้น เมื่อเด็กเกิดความกลัวมักพบว่าภาพที่วาดจะมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของรูป สัดส่วนและเงาของภาพออกไป เช่นการวาดภาพที่เล็กมากหมายถึงความไม่มั่นคงปลอดภัย การเพิ่มหรือขยายสัดส่วน หมายถึง ความกังวลเกี่ยวกับอวัยวะบริเวณนั้น เป็นต้น (Carroll and Ryan – Wenger, 1999) แต่การประเมินด้วยวิธีนี้ควรมีการพูดคุยให้เด็กอธิบายเกี่ยวกับภาพที่วาดร่วมด้วยเพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน และผู้ประเมินจำเป็นต้องผ่านการอบรมมีความรู้ ประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะเพื่อความเที่ยงตรงถูกต้องในการประเมิน การประเมินโดยวิธีนี้เหมาะสมสำหรับใช้ในเด็กวัยเรียนขึ้นไปที่สามารถวาดภาพและพูดคุยอธิบายเกี่ยวกับภาพได้

4. การประเมินโดยให้ประเมินตนเอง (Self report measure) เมื่อเด็กเกิดความกลัว ทำให้ระบบความคิดและสติปัญญาเกิดความรู้สึกความเข้าใจด้านลบและไม่ดี ช่วยตัวเองไม่ได้ นำไปสู่การคิดและการกระทำซ้ำ ๆ และประเมินเหตุการณ์ในทางที่ผิด (Moore, 1987) แต่เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญามากขึ้น เด็กสามารถบอกความรู้สึกตนเอง และเข้าใจในวิธีการสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น การประเมินแบบนี้จึงทำได้โดยให้เด็ก กำหนดระดับความกลัวหรือแสดงความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นด้วยตนเองแบบประเมินเหล่านี้ เช่น แบบประเมินแสดงภาพใบหน้า ที่แสดงออกถึงความกลัวโดยให้เด็กเป็นผู้เลือกสร้างโดย Katz (1979) ซึ่ง อัญชลี ชนะกุล (2538) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับการผ่าตัดทอลซิล โดยกำหนดมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 5 ระดับจากไม่กลัวถึงกลัวมากที่สุด และสุภารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

นอกจากนี้ยังมี แบบประเมินความกลัวกิจกรรมการรักษา (Child Medical Fear Scale: CMFS) สร้างโดย Broome and Hellier (Broome and Hellier, 1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือความกลัวต่อสภาพแวดล้อม ความกลัวภายในตัวเอง ความกลัวการรักษา และความกลัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแต่ละข้อจะแบ่งระดับความกลัวออกเป็น 3 ระดับคือ ไม่กลัว กลัวเล็กน้อย และกลัวมาก หรือ การใช้แบบสอบถามที่มีข้อคำถามให้ตอบ เช่น แบบประเมินความกลัวโดยทั่วไปของเด็ก (Fear Survey Schedule for Children: FSSC-R) แบบสอบถามความกลัวต่อโรงพยาบาล (The Hospital Fear Questionnaire: HFQ) และแบบประเมินความกลัวต่อโรงพยาบาล (The Hospital Fear Scale: HFS) เป็นคำถามปลายเปิดให้เด็กตอบ เช่น อะไรคือสิ่งที่เขากลัวที่สุด เขารู้สึกอย่างไรเมื่อต้องมาโรงพยาบาล เป็นต้น การประเมินความกลัวด้วยตนเองด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น เหมาะสำหรับใช้ประเมินเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญามากขึ้น สามารถเข้าใจความหมายและสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนเองได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของเด็กวัยเรียน Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS - R) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Chaiyawat (2000) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Chaiyawat, 2000) ได้นำแบบประเมินความกลัวจากการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (CMFS) ของ Broome et al., (1988) มาดัดแปลงเป็นภาษาไทย เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินความกลัวการรักษาพยาบาลของเด็กไทยวัยเรียน ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการวิจัยนี้

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนสามารถจำแนกได้ 3 ปัจจัย (Lambert, 1984) คือ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ พัฒนาการด้านสติปัญญา และกลไกการเผชิญความเครียด ปัจจัยด้านบิดามารดา เช่น ความรู้สึกของบิดามารดา โดยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร และสถานะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านโรงพยาบาล เช่น ระดับความรุนแรง และชนิดหัตถการที่ได้รับ เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยด้านตัวเด็ก ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่ยากที่พยาบาลจะเปลี่ยนแปลงเมื่อเด็กป่วย งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรด้านมารดา และด้านโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

4.1 ความวิตกกังวลของมารดา

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ที่นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต (Robert, 1978) เป็นอารมณ์ที่มีความสลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่คุกคามตามการรับรู้และแปลผลตามทัศนะของตนเอง แล้วเกิดความไม่สุขสบาย ไม่เป็นสุข มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้ ดังนั้นความวิตกกังวลจึงมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด จิตใจ (สมปราชญา ทราชมุข, 2545) และเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญในการดำรงชีวิตอยู่ตลอดเวลา (Tayler, 1994)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจในสิ่งที่คลุมเครือ ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ตนรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคามหรือเกิดจากความนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตรายที่ไม่อาจจะนับได้แน่ชัด (Spielberger, 1972: 24; Graham and Conley, 1971: 114; Ladars and marks, 1971; Carter, 1976; Vacarolis, 1998: 343)

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวลแบ่งตามสิ่งที่คุกคามร่างกายได้ 2 สาเหตุ ดังนี้ (Carpenito, 1992 cited in Shives, 1994: 227; Stuart and Sundeen, 1995)

- 1) สิ่งที่คุณความทางชีวภาพ เป็นการคุกคามที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและขัดขวางต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ ความอบอุ่น ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น
- 2) สิ่งที่คุณความความปลอดภัยของตนเอง เช่น คุกคามต่อความมั่นคง ความหวัง ศักดิ์ศรีของตน การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น การขาดทรัพย์สินเงินทอง หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตน

ประเภทความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ภาวะวุ่นวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ลักษณะอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่ได้ตอบสนองความวิตกกังวลขณะเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลของมารดาขณะบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝงหรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวบุคคล (Trait anxiety or T-Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไปเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ เช่นเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำกว่า

จากแนวคิดของ Spielberger แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน คือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงขึ้น

ระดับของความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลมีผลต่อการเรียนรู้ การมีสติรู้ตัว และความนึกคิดซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้น แม้จะเกิดขึ้นจากสาเหตุเดียวกัน แต่ความรุนแรงอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมารยาทและการปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่ง Peplau (cited in Stuart and Laraia, 2001) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้พบได้ในบุคคลทั่วไป มีผลทำให้บุคคลเกิดการตื่นตัว การรับรู้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกิดการทำงานและความคิดสร้างสรรค์

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ มีผลทำให้บุคคลเกิดการรับรู้แคบลง สนใจเฉพาะปัญหาที่ทำให้ตนไม่สบายใจ แต่ยังคงมีความพยายามที่จะควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีสนามการรับรู้ที่แคบลง ไม่มีสมาธิ มีความตึงเครียด และครุ่นคิดหมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องได้ ทำให้เกิดความสับสน ความคิดฟุ้งซ่าน เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ไม่สามารถดำเนินกิจการให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงที่สุด มีผลทำให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สูญเสียความมีบุคลิกภาพ การรับรู้ ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถทำภารกิจ เช่น คนปกติได้

การตอบสนองต่อความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นนั้น บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (Stuart and Sundeen, 1995; Peplau, 1952 cited in Sheila, 2001)

1. การแสดงออกด้านร่างกาย (Physical response) เป็นลักษณะที่สังเกตได้ง่าย เป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายต่อการที่จะต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม ผู้ที่มีความวิตกกังวลอาจมีอาการเช่น หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น หรืออาจเต้นช้าลง ลักษณะการหายใจลึกและเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย ม่านตาขยาย เหงื่อออกมากกว่าปกติ มีอาการอ่อนแรงแน่นหน้าอกได้

2. การแสดงออกทางด้านความคิด (Cognitive response) ภาวะความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลาง มีผลทำให้สมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูง และรุนแรงจะมีสมาธิ และความจำลดลง ความคิดไม่กว้าง หมกมุ่นความคิดอยู่กับเรื่องของตน

3. การแสดงออกทางด้านอารมณ์ (Emotion response) เป็นผลของความรู้สึก ขัดแย้ง และรู้สึกไม่แน่ใจ เป็นภาวะที่บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม การแสดงออก โดยความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียว มีความโกรธ บางคนอาจรู้สึกเศร้าเพราะรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้

การประเมินระดับความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล จะแสดงออกได้ทั้งร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม มีนักวิชาการหลายท่านทำการศึกษเกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งมีหลายวิธีที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่

Grimm (1997) และ Barry (2002) ได้รวบรวมงานศึกษาที่เกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวล สรุปว่ามี 3 วิธี คือ

1. ประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดความดันโลหิตด้วยบน (Chasves and Faber, 1987) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure, MAP) (Leske, 1996) อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร (Chasves and Faber, 1987) ปริมาณเหงื่อที่ออกมาที่มือ (Palmar sweat) ระดับแคทีโคลามีนในพลาสมาและปัสสาวะ ระดับคอริติซอลในพลาสมา การตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า และการตอบสนองโดยการสั่นของเส้นเสียง (Vocal vibrations) (Frederickson, 1989) การวัดทางสรีรวิทยานี้อาจทำได้ลำบาก เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรืออารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ด้วยบุคคลนั่นเองซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) หรือเป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันเป็นจำนวนมาก เช่น Minnesota Multiphase Personality Inventory (MMPI), The Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS) และ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

แบบสอบถามที่ใช้กันแพร่หลายได้แก่ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form-X ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งแบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

2.1. แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-State) ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

2.2. แบบวัดความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) ใช้วัดความรู้สึกทั่วๆไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

โดยแต่ละชนิดของความวิตกกังวลจะประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้จาก 4 คำตอบ นับจากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม

3. การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรม หรือการที่แสดงออก ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ เช่นการกัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกลอน พุดเร็วขึ้น พุดตะกุกตะกัก พุดเสียงดังหรือแหลม การกอดอก ร้องให้ถอนหายใจและ ผื่นร่าย เป็นต้น

Wilson-Barnet (1992) ได้แบ่งวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวลไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1. การประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 วิธีคือ

1.1 การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยให้ตอบแบบสอบถามจากความรู้สึกตนเอง เครื่องมือที่นิยมในการประเมินแบบนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger (1983) แยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-State) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

1.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002)

2. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) ได้แก่การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002)

สรุปได้ว่าการศึกษาของ Wilson-Barnet (1992) และการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002) มีมุมมองการประเมินระดับความวิตกกังวล คล้ายคลึงกัน ต่างกันที่จากของ Wilson-Barnet (1992) มีมุมมองตามการแสดงออกของความวิตกกังวลที่ออกมา 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และ ด้านจิตใจ ส่วน Grimm (1997) และ Barry (2002) มองว่า การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ด้วยบุคคลนั่นเอง และการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมไม่เกี่ยวกับการประเมินด้านจิตใจ จึงแบ่งประเภทการประเมิน เป็น 3 วิธี แตกต่างกันไป

ความวิตกกังวลของมารดา

เด็กเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว เมื่อเด็กเจ็บป่วยมารดาซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญใกล้ชิดที่สุด ในการดูแลเด็กป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ไม่ว่าจะจากการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันและจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อบุตรเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มารดาไม่ได้คาดคิดมาก่อนมารดาต้องเผชิญกับความกลัว ความสับสนที่ไม่สามารถปกป้องดูแลบุตรได้ (Kenner, 1990; Roman et al.,1995) มารดาจะเกิดความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิดที่ทำให้บุตรป่วย กลัวและวิตกกังวล โดยกลัวบุตรจะได้รับความเจ็บปวด กลัวการแยกจากบุตร กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสังคมมองโทษว่าตนเองเป็นผู้ที่ทำให้บุตรเจ็บป่วย กลัวสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ของโรงพยาบาล กลัวว่าไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ กลัวความไม่แน่นอนในการตรวจวินิจฉัยรักษา เพราะไม่ทราบเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค กลัวบุตรจะเป็นอันตรายหรือเป็นโรคที่ร้ายแรง (ปราณี ศักดิ์นิภารัตน์, 2541) กลัวบุตรได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอกลัวบุตรจะตายหรือพิการ กลัวบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและแผนการรักษา กลัวบุตรได้รับอาหารที่ไม่มีคุณค่า และรู้สึกอึดอัดที่ไม่มีห้องเป็นสัดส่วนของตนเอง ทำให้กิจกรรมบางอย่างขาดหายไป และกลัวบทบาทของตนจะเปลี่ยนแปลงไป (ศิริพร สิงหจินดาวงศ์, 2537) จึงทำให้มารดาเกิดความเครียด วิตกกังวล นอกจากนี้ความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อพบท่าทางที่ไม่เป็นมิตรจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รู้สึกคับข้องใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุตรมากขึ้น (วิไลพรพรรณ สวัสดิ์พิธานิชย์, 2540)

Mc Cubbin (1988) เชื่อว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับเด็กไม่เพียงแต่เด็กเท่านั้นที่จะมีความวิตกกังวลและเครียด แต่บิดามารดา จะเครียดและความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ Eberly et al. (1985) ได้ศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นบิดามารดา จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก และทำให้เด็กกลับเป็นปกติได้ช้า ในบิดามารดาของเด็กที่สามารถแก้ได้อย่างเหมาะสม โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่บุตรกำลังอยู่ มีความรู้และคุ้นเคยกับวิธีที่จะใช้รักษาบุตรที่เจ็บป่วย จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง (Gibbons and Boren, 1985) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับเด็ก เด็กจะมีความกลัววิตกกังวล แต่มารดาจะเกิดความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยนั้นมากกว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับมารดานี้ จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก และทำให้เด็กหายเป็นปกติช้า (พนมพร เภกะนั้นนทร์, 2538; Eberly et al.,1995) นอกจากนี้พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็ก ซึ่งหากมารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลสูงไปด้วย เพราะมารดาที่มีความวิตกกังวลสูง จะขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็กให้เผชิญความเครียด ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้แก่เด็กได้ และไม่สามารถ

ระดับประคองจิตใจของเด็กได้ ทำให้เด็กเกิดความกลัวไปด้วย (Melnyk and Feinstien, 2001; Bogels and Melick, 2004; Bernstein et al., 2004) แต่ถ้ามารดาสามารถยังคงบทบาทของการดูแลบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรได้ก็จะทำให้บุตรไม่เกิดความวิตกกังวลต่อการรักษาพยาบาล (Lewin et al., 2005)

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น มีอาการกลัว ไม่แน่ใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุตร ไม่เข้าใจวิธีในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ กลัววิธีการรักษา กลัวว่าจะดูแลบุตรไม่ได้ดี กลัวว่าบุตรจะสูญเสียชีวิตหรือมีอาการหนักในขณะรอคอย รู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นแก่บุตร ทำให้มีพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด เครียด พักไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พูดจาไม่สุภาพกับแพทย์พยาบาล (พนมพร เภกะนั้นันท์, 2538) พฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงการมีความวิตกกังวลของมารดา เกิดในเวลาเฉพาะ เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล ซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวของมารดา เรียกว่า ความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (Spielberger, et al., 1983) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเฉยใจของมารดาเมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลทำให้มารดาเกิดความกลัวและความวิตกกังวลต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทำให้เด็กมีความกลัวได้ ดังนั้นความวิตกกังวลของมารดาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

เนื่องจากความวิตกกังวลของมารดาขณะบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเฉยใจ เครื่องมือที่เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ คือ แบบวัดความวิตกกังวลความวิตกกังวลขณะเฉยใจ State -Trait Anxiety Inventory เฉพาะ State Subscale ของ Spielberger (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-report measure of anxiety) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ค่อนข้างมาก มีบ้าง และไม่มีเลย

3.2 กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก

กิจกรรมการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ (Luckman and Sorensen, 1980: 5) เป็นกลยุทธ์หรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาล (สาตี เฉลิมวรรณพงศ์, 2544) โดยสามารถให้เหตุผลในทางวิทยาศาสตร์ ยึดหลักและทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่กำหนด

โดยกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลจะปฏิบัติเองหรือจะให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองก็ตาม มุ่งแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่บ่งบอกเป้าหมายการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยในขั้นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลซึ่งมีสภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างจากที่บ้าน มีเจ้าหน้าที่ผลัดเปลี่ยนกันทำหน้าที่ดูแล จนทำให้สถานการณ์แปลกใหม่และไม่คุ้นเคยตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ และกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างความเจ็บปวดน่ากลัว รวมทั้งสภาวะที่ร่างกายจำกัดขณะที่เจ็บป่วยจะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่ต้องการความช่วยเหลือ สิทธิ เสรีภาพอย่างสมบูรณ์ แต่ต้องถูกจำกัดให้ทำตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล

ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยยึดหลักความต้องการพื้นฐานของมนุษย์โดยถือเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ดีนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความทรมานกาย เนื่องมาจากความเจ็บป่วย รวมทั้งเกิดความอบอุ่นใจ รู้สึกมีที่พึ่ง และมีผู้คอยดูแล ทำให้ไม่รู้สึกกลัวและวิตกกังวลใจ ส่งผลทำให้สภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจดีขึ้นเป็นลำดับ กิจกรรมการพยาบาลที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปในร่างกายของตนเองในการเจ็บป่วยนั้น และช่วยในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมตามขั้นตอน เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยเร็วขึ้น ซึ่งผู้ป่วยทุกคนย่อมมีความปรารถนาที่จะหายจากโรคภัยไข้เจ็บหรืออาการเจ็บปวดโดยเร็วที่สุด ไม่ต้องการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจนเกินไป ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดีและเหมาะสมจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี (นินทรา มโนน้อม, 2542)

ประเภทของกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลควรกำหนดให้ครอบคลุมเป้าหมายของการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ลักษณะกิจกรรมการพยาบาล แบ่งเป็นหลาย ๆ ประเภท ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541)

1. การดูแล (Caring) เช่น การดูแลความสะอาดปาก ฟัน ผม เล็บ และหลังการดูแลผิวหนัง การดูแลบาดแผล และการหายของบาดแผล
2. การช่วยเหลือ (Helping) เช่น การช่วยเหลือให้อาหารทางสายยาง การช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย ช่วยพยุงไปห้องน้ำ ช่วยป้อนอาหาร ช่วยบริหารข้อต่าง ๆ ช่วยบริหารข้อต่าง ๆ ช่วยพลิกตัว จัดท่า ช่วยใส่เสื้อผ้า

3. การให้บริการ (Giving) เช่น ให้คำปรึกษา การจัดสิ่งแวดล้อม การนวดหลังและกล้ามเนื้อ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

4. การตรวจสอบ ติดตาม (Monitoring) เช่น สังเกตพฤติกรรม การรู้สึก การวัดสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจทางปฏิบัติการ

5. การสอน (Teaching) ได้แก่ การสอนสุขศึกษา การปฏิบัติตัวเฉพาะ เช่น การสอนสุขศึกษา การปฏิบัติตัวเฉพาะ

ซึ่งกิจกรรมใหญ่ 5 กิจกรรมนี้ ยังต้องประกอบด้วยกิจกรรม ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา หรือคำสั่ง การรักษา ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้ยา และการหลีกเลี่ยงยาบางอย่าง อาหารเฉพาะโรค จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับการติดตามสัญญาณชีพ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจและการรักษา และคำสั่งการรักษาอื่น ๆ เป็นต้น

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขวิทยาโดยทั่วไป เช่น การอาบน้ำ การดูแลผิวหนัง การช่วยด้านการขับถ่าย การดูแลปาก ฟัน ผิวหนัง หนอง เครา

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เช่น การจัดของเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจน สภาพแสง เสียง ความร้อน การระบายอากาศ

กิจกรรมเพื่อช่วยเหลือ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การช่วยอาบน้ำ และการติดต่อกับผู้ป่วยที่พูดไม่ได้และให้การช่วยเหลือ เป็นต้น

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยต่าง ๆ เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว และสภาพจิตของผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ การป้องกันอันตรายจากการประคบความร้อน หรือความเย็น การป้องกันโรคแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ เช่น การดูแลทางเดินหายใจโล่ง ด้วยการจัดท่า การดูดเสมหะ การหายใจลึก การไอเพื่อขับเสมหะออก หรือ การป้องกันการเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น

กิจกรรมเพื่อช่วยให้การขับถ่ายเป็นไปตามปกติ เช่น ความรู้และทักษะในการดูแลให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติ การสังเกตอาการอาการแสดงเกี่ยวกับการขับถ่ายผิดปกติ

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เช่น การจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในแนวที่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายที่กำลงกายที่เหมาะสม จัดการสันหนากการและทำกายภาพบำบัด และอาชีวบำบัด

การสอนผู้ป่วยและครอบครัว การจัดโปรแกรมการสอนโดยคำนึงถึงพื้นฐานทางสติปัญญา สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเนื้อหาที่สอนต้องเป็นเรื่องสุขวิทยา การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การให้ยาตนเองหรือญาติ การทำแผลหรือการรักษาพยาบาล

อื่น ๆ อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษ และการปฏิบัติรวมไปถึงวิธีการปฏิบัติด้วย

การประคับประคองจิตใจ ได้แก่ การบันทึก ปัญหาด้านจิตใจ ประเมินปฏิกิริยาของร่างกายต่อปัญหาทางจิตใจ รวมไปถึงคำพูด การหลีกเลี่ยง และการให้กำลังใจ ปลอดภัย สร้างความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ และเข้าใจอารมณ์ ความคิด จิตใจ และการบรรเทาหรือแก้ไข ปัญหาทางจิตใจ

การดูแลความเชื่อ ศาสนา และศรัทธา สิ่งเหล่านี้มีความลึกซึ้งและมีอิทธิพลต่อการยอมรับการรักษาพยาบาล และความสำเร็จในการบรรลุผลตามเป้าหมายการพยาบาล

กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลต้องทราบระบบการส่งต่อ แหล่งที่ปรึกษาหรือสนับสนุน หรือช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในหน่วยงานหรือในชุมชน และต้องทราบความต้องการการส่งต่อของผู้รับบริการ

เมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้าโรงพยาบาล โดยเด็กจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Hart and Bossert, 1994) กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.2.1 กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก

เมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้เด็กเกิดความกลัว เพราะเด็กมักจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามที่ทำให้เด็กเกิดความกลัวขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Visintainer and Wolfer, 1975) ได้แก่

1. กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เด็กได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ (Physical harm or body injury) เช่นความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวดจากหัตถการ การถูกตัดอวัยวะ โดยเด็กวัยเรียนจะคิดว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการลงโทษหรือเป็นการกระทำที่รุนแรงต่อเขา (Wong et al., 2001) เนื่องจากเด็กวัยเรียนจะเป็นวัยที่สนใจร่างกายของตนเองและไวต่อความรู้สึกในเรื่องความเจ็บปวดของร่างกาย (คณินนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิสมัย อุบลศรี, 2544) ประกอบกับความกลัวการทำหัตถการของเด็กจะกระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (McCaffery, 1972) จึงทำให้เด็กมีความเจ็บปวดมากเมื่อได้รับหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า หัตถการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทำให้เด็กกลัว ได้แก่ การฉีดยา การถูกเจาะเลือด การให้น้ำเกลือ การใส่ท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะ การเจาะปอด การเจาะหลัง การเจาะไขกระดูก การทำแผล การให้ยาฉีดเข้าทางเส้นเลือดหรือทางสายน้ำเกลือ การที่ต้องถูกเข็มแทงหลายครั้งใน

แต่ละครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ยุพยงค์ ว่องศรี, 2529; กลอยใจ มีเครือรอด, 2544; ชูติมา จินตวิเศษ, 2540; รพีพร ธรรมโสรัชนี, 2542; สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; นฤมล วีระรังสิกุล, 2532; ดวงรัตน์ คัดทะเล, 2532; กรรณิกา ลวณะสกล, 2547; จิรัญญา พานิชย์, 2547; Broome et.al., 1990; Ebmeier et al., 1991; Cavasoglu, 2001) เนื่องจากเด็กวัยเรียนจะสนใจร่างกายของตนเองและจะไวต่อความรู้สึกในเรื่องของความเจ็บปวดของร่างกาย (คณิงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิสมัย อุบลศรี, 2544) ประกอบกับความกลัวการทำหัตถการของเด็ก ดังนั้นการได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดทำให้เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความกลัว

2. กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้มีการแยกจาก การรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็ก ต้องแยกจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก เพราะเด็กอาจจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องทำในสถานที่ที่ไม่อนุญาตให้ครอบครัวของเด็กอยู่ด้วย ได้แก่ เอกซเรย์ การทำหัตถการ เช่น การเจาะหลัง เจาะปอด เจาะไขกระดูก ซึ่งไม่พยาบาลอนุญาตให้มารดาอยู่กับเด็กอาจจะทำให้เด็กรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกว่ตนถูกคุกคาม

3. กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เด็กสูญเสียการควบคุม (Loss of control) เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมักถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องทำตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ต้องสวมใส่เสื้อผ้าของโรงพยาบาล ต้องนอนพักในที่ไม่ใช่บ้านของตน ต้องตื่นและนอนตามเวลาของทางโรงพยาบาล ต้องรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ซึ่งเป็นอาหารที่ตนเองไม่ชอบ ต้องรับประทานยาตามเวลาที่พยาบาลจัดให้ อีกทั้งความสามารถรับผิดชอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้จำกัด ทำให้เด็กรู้สึกถูกลดทอนอำนาจการตัดสินใจหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และไม่สามารถปกป้องตนเองจากกิจกรรมการพยาบาลได้ ต้องพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ต้องมีคนช่วยในการเช็ดตัวหรืออาบน้ำให้ ต้องใช้หมอนนอนคนเดียว ซึ่งเด็กวัยนี้เป็นวัยที่กลัวการเปิดเผยร่างกายต่อคนแปลกหน้า ต้องใช้รถนั่งหรือเปลนอนในการเคลื่อนย้าย ไม่ได้ออกไปไหน ไม่ได้เล่นกับเพื่อน อีกทั้งการที่ต้องนอนคนเดียวเฉย ๆ ทั้งจากสาเหตุที่ติดเครื่องปรับอัตราการไหลของน้ำเกลือ หรือ จากการต้องนอนราบหลังจากได้รับการเจาะหลัง ทำให้ลงเดินไม่ได้ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะรู้สึกว่าเวลาให้น้ำเกลือทำให้เดินหรือทำอะไรลำบาก (จิรัญญา พานิชย์, 2547) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกิจกรรมที่จำกัดอิสระในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ทำให้ไม่มีโอกาสในการทำกิจกรรมตามที่เคยเป็นขณะอยู่บ้านหรือโรงเรียน (Schulte, et al., 1997) และเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ไม่ชอบอยู่กับที่ การที่ถูกบังคับให้นั่งนิ่งๆเป็นชั่วโมงนั้นเป็นการฝืนนิสัยของเด็กวัยนี้มาก (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2546) ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม จึงส่งผลให้เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความกลัว (Fox, 1997)

ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

3.2.2 กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก

กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็ก แล้วทำให้เด็กรู้สึกที่ตนเองได้รับ การเอาใจใส่จากพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุน สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของHouse (1981 cited in Murray, 2000) ว่าประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับความรักความเข้าใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การรับฟัง การยอมรับเห็นถึงคุณค่าจากพยาบาล ได้แก่

การให้กำลังใจ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของการดูแล (Brown and Peake, 1984) ที่มีอิทธิพลต่อการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เพิ่มพูนศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคล ซึ่งมีความสำคัญมากในช่วงที่อยู่ในภาวะเครียด การให้กำลังใจสนับสนุนให้จิตใจมีความเข้มแข็งเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลรักษาสมดุลของจิตใจในการเผชิญภาวะวิกฤต เมื่อมีกำลังใจดี จิตใจเข้มแข็ง ทำให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตไปได้ด้วยดี การให้กำลังใจเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้รางวัล ซึ่งจะช่วยลดความกดดันภายใน และเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้น เพิ่มพูนความมั่นใจในตัวเอง เพิ่มความเข้มแข็งอดทนต่อปัญหาได้ ซึ่งการให้กำลังใจแก่เด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะช่วยให้เด็กมีกำลังใจที่ดี รู้สึกสบายใจ ทำให้ลดความกลัวขณะได้รับการพยาบาลได้

การสัมผัส เป็นการปฏิบัติที่ผู้ให้การดูแล สามารถติดต่อและสามารถติดต่อสื่อสาร ความรู้สึกสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย (Morse, 1983 cited in McCann and McKenna, 1993: 838) เป็นการสื่อสารที่ไม่ต้องใช้คำพูด และเป็นเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แม้ว่าบ่อยครั้งจะใช้ร่วมกับการพูด แต่การสัมผัส เป็นภาษาที่แสดงความห่วงใยได้อย่างมีพลังกว่าคำพูด สามารถนำข่าวสารได้อย่างมีคุณภาพและตรงจุดมุ่งหมาย

การสัมผัสเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของการดูแล (Wolf, 1986: 91) ซึ่งเป็นการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (Tactile stimulation) ผ่านตัวรับได้ผิวหนังที่ใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์ ที่ทำให้ไม่มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งขึ้นสู่สมอง ซึ่งส่งผลให้บรรเทาความเจ็บปวดได้ พยาบาลเป็นบุคคลที่สัมผัสผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ (Barnett, 1977 cited in McCann and McKenna, 1993: 838) เช่น การจับชีพจร การเช็ดตัว เป็นต้น และรูปแบบการสัมผัสอย่างไม่เป็นทางการ (Nonprocedural touch) ซึ่งเป็นการสัมผัสที่เกิดขึ้นเองจากจิตใจ อารมณ์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขสบายได้มากกว่า เพราะการสัมผัสจะสื่อให้เด็กรับรู้ว่ามีพยาบาลอยู่ใกล้ ๆ เขาไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความสบาย (Mc Corkle, 1974: 125)

จากการศึกษาของ Mc Corkle (1974) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสอย่างนุ่มนวล บริเวณข้อมือ มีการตอบสนองทั้งทางพฤติกรรมและวาจา เป็นไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส ดังนั้นการที่เด็กได้รับการสัมผัสอย่างนุ่มนวล ขณะได้รับหัตถการเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่าจะช่วยลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

2. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการช่วยเหลือในรูปแบบ ของสิ่งของ วัสดุ เงิน เวลา เช่น การที่พยาบาลจัดหา ของเล่น หนังสือการ์ตูน การให้ดูวิดีโอ เล่นหุ่นมือกับเด็กเล่าเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลที่เด็กต้องได้รับ (Zahr, 1998) เปิดเพลงที่เด็กชอบเบา ๆ ขณะการทำหัตถการ ให้เด็กมองดูกลิ้งส่องกระจกสีที่มีลวดลายต่าง ๆ สวยงาม (Kaleidoscope) ขณะที่มีการเลือด (Judith et al., 1994) จะช่วยให้เด็กลดความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล สามารถเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น (Broome et al., 2000)

3. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูล คำแนะนำ การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่เขาต้องเผชิญขณะอยู่โรงพยาบาลจากพยาบาล เช่น พยาบาลจะบอกว่ามีใครมาเยี่ยมบ้างเมื่อตอนหลับ พยาบาลจะแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล พาเยี่ยมชมสถานที่ในโรงพยาบาล (ทัศนีย์ อรรถารส, 2538) ให้เด็กได้อ่านหนังสือการ์ตูนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (โสภิต เจนจิรวัดนา, 2538; สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542)

4. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การที่ ผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลจากพยาบาล ทำให้สามารถประเมินเหตุการณ์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้ความกลัวลดลงได้ การให้ข้อมูลเป็นวิธีที่ใช้ในการลดความกลัวของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนมาก (ประมาณ 40%) จะใช้วิธีการให้ข้อมูลหรืออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ทำให้เด็กกลัว และเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถทำได้ง่ายกว่าวิธีอื่น ๆ และใช้ได้ผลเป็นอย่างดีในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก (Brennan, 1994) การให้ข้อมูลจะช่วยทำให้เด็กเกิดประสบการณ์และคุ้นเคยกับสิ่งที่คุกคามจึงสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกกลัวลดน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าวิธีการต่างในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ช่วยลดความกลัวของเด็กได้ เช่นการเล่นตุ๊กตา การเล่นหุ่นมือ การใช้หนังสือ การดูวิดีโอ และการพาเยี่ยมโรงพยาบาล การจัดการเล่น (อัญชลี ชนะกุล, 2529; ยุพยงค์ ว่องศรี, 2529; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532; โสภิต เจนจิรวัดนา, 2537; รพีพร ธรรมสาโรจน์, 2542; กลอยใจ มีเครือรอด, 2544; วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล, 2546) ดังนั้นการที่เด็กได้รับข้อมูลหรือเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาต่าง ๆ ก็เป็นการช่วยจัดความคิดแบบ

จินตนาการของเด็กและช่วยลดความกลัวของเด็กได้ (Manion, 1990) รวมทั้งการที่เด็กได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม การรักษาโดยมีการอธิบายหรือบอกผลที่เกิดขึ้นภายหลังกิจกรรมนั้นก็ช่วยให้อุบัติการณ์ของความกลัวเกี่ยวกับการบาดเจ็บของร่างกาย (Body injury) ได้ และการอธิบายถึงเหตุผลที่ต้องแยกจากบิดามารดา พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าบิดามารดาจะกลับมาหา ก็จะช่วยให้เด็กลดความกลัว/วิตกกังวลเกี่ยวกับการแยกจากบิดามารดา (Separation anxiety)

กิจกรรมการพยาบาล เช่น การให้ความรู้ (Information) เกี่ยวกับการหัตถการได้รับ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ของเด็กจากการหัตถการที่เด็กต้องเผชิญและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ด้วยการสอดลมหายใจเข้าลึก ๆ (Deep breathing) ซึ่งทำให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย การให้การสัมผัส (Touch) และการให้กำลังใจ (Johnson, Kirchoff and Edress, 1975; ยูพยงค์ ว่องศรี, 2529; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532; นาดยา พึ่งสว่าง, 2545; สมปรารถนา ทราชมุข, 2545; วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล, 2546) แก่เด็กขณะที่ได้รับหัตถการจะสามารถลดความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กได้ การที่พยาบาลได้ให้การพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการที่เด็กต้องเผชิญ จะช่วยให้เด็กมีความกลัวลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเจ็บปวดลงได้

ความกลัวเป็นอารมณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้นเสมอในเด็กทุกคนที่ต้องเผชิญสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไมคุ้นเคยโดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Nicastro and Whetsell, 1999) ดังนั้นเมื่อแรกรับเข้าโรงพยาบาลการที่เด็กได้รับสัมผัสสภาพที่ดีจากพยาบาล โดยที่พยาบาลมีการแนะนำตัวเอง มีการแสดงความเป็นมิตรกับเด็กโดยส่งยิ้มและการสบตาพูดคุยกับเด็ก ก็จะช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลงได้

การที่เด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกปลอดภัย และสุขสบายสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนับเป็นหลักการที่สำคัญต่อการพยาบาลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Evans, 1994; Newton, 2000) เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดและบิดามารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการตอบสนองของความต้องการของเด็กในด้านต่าง ๆ จึงควรส่งเสริมให้บิดามารดา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้บิดามารดาสามารถรักษาบทบาทในการดูแลบุตรได้เหมาะสมตามแผนการรักษา และลด

การบาดเจ็บทางจิตใจจากการอยู่โรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้ มีการยอมรับการมีส่วนร่วมของ บิดามารดาไปใช้ในการดูแล ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยในหลายประเทศด้วยกัน เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย (Lima, Rocha, Scochi and Callery, 2001)

การมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือการที่บิดามารดาได้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเป็นประจำ (Callery and Smith, 1991) หรือได้รับอนุญาตในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือในการดูแลเด็กป่วย หรือประเมินผลการดูแลเด็กป่วย หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย (Neill, 1996)

Schepp (1995 อ้างถึงใน นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในสถานการณ์การรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมใน 4 ด้านดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก (Participation in routine care) หมายถึง การที่บิดามารดาเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กป่วยในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วย หรือช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลแก่เด็ก (Participation in technical care) หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต หรือการตรวจร่างกาย การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่เด็กป่วย ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของเด็กป่วย เช่น เอกซเรย์ การให้ยาทางปากแก่เด็กป่วยและการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่เด็กป่วยได้รับ เช่นการเปลี่ยนผ้าพันแผล

3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาล (Participation in information care) หมายถึง การที่มารดาได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาลในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย (Participation in decision care) หมายถึง การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ในเรื่องความเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่บุตรได้รับ การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่เด็กป่วยก่อนที่เด็กจะได้รับกิจกรรมนั้น การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วย และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตมารดาก่อนที่จะปลุกให้เด็กป่วยตื่น

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย นับเป็นหลักการสำคัญในการดูแลเด็ก ที่มีความเจ็บป่วย (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) ในสังคมไทยผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเด็ก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นมารดา โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากเป็นผู้อบรมเลี้ยงดู และการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็กป่วย อีกทั้งเป็นผู้รู้เข้าใจ และไวต่อการตอบสนองของความต้องการต่าง ๆ ของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี (Morlow and Redding, 1988; พรรณรัตน์ ไชยชาญ และคณะ, 2540) ดังนั้น การที่เด็กมีมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยให้เด็กมีความกลัวลดลงเนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเด็กในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (พนมพร เกกะนันท์, 2538)

เนื่องจากงานวิจัยนี้มุ่งศึกษา การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กตามการรับรู้ของเด็ก ดังนั้นการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็ก จึงมีเพียง 2 ด้าน คือ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก (Participation in routine care) หมายถึง การที่เด็กรับรู้ว่ามีมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เช่น มารดาจะอยู่กับเด็กขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ดูแลให้อาหารหรือช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้ หรือช่วยเหลือในการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้หรือช่วยเหลือในเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ (Kristenson-Hallstrom, 2000; Pongjaturawit, 2001; นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545)

2. การมีส่วนร่วมของมารดาในการให้การพยาบาลแก่เด็ก (Participation in technical care) หมายถึง การที่เด็กรับรู้ว่ามีมารดาได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การอยู่กับเขาและช่วยเหลือเขาในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต หรือ การตรวจร่างกาย และอยู่กับเขาในระหว่างที่เขาได้รับการตรวจรักษาพยาบาล เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด โดยมารดาจะมีการปลอบโยนในระหว่างที่เขาได้รับการ

ตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพัก เช่น เอกซเรย์ และจะดูแลให้เขารับประทานยา นอกจากนี้มารดายังเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล (Neil,1996; Pongjaturawit, 2001; ณิชกานต์ ไชยชนะ, 2545; สมปรารภนา ทรายสมุท, 2545)

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

1. ประโยชน์ต่อเด็กป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดามีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกาย ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล เนื่องจาก มารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กจะให้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ ครอบคลุม เช่นการสังเกตอาการไข้ การบันทึกจำนวนปัสสาวะเป็นต้น (Neill,1966) ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพในด้านจิตใจทำให้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และความวิตกกังวลจากการแยกจากเนื่องจากไม่ต้องอยู่คนเดียวที่โรงพยาบาล (Pass and Pass, 1987; Neil, 1966) อีกทั้งช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความบอบซ้ำหรือความเจ็บปวดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลต่อด้านสังคมทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนระหว่างที่เด็กอยู่ในโรงพยาบาล และแก้ปัญหการปรับตัวเข้ากับสังคมน้อยลงหลังออกจากโรงพยาบาล (Brunner and Suddarth, 1986) ซึ่งเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดามีประโยชน์อย่างยิ่งต่อเด็กป่วย

2. ประโยชน์ต่อมารดา การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดามีประโยชน์ต่อมารดามาก เห็นได้จากการที่มารดาเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ เนื่องจากมารดาารู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง (Palmer, 1993; Neil, 1966) อีกทั้งช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของมารดาขณะที่อยู่โรงพยาบาลกับเด็กดลลง เพราะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (Hirris, 1981) ตลอดจนความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการพยาบาลของบุตร ซึ่งเป็นข้อมูลที่ดีสำหรับมารดาในการนำไปใช้ในการดูแลบุตรได้

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดามีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล ทำให้บุคลากรพยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ สามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ทันเวลา และครอบคลุมมากขึ้น (Gill, 1987; Coyne, 1995) อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติการกรมพยาบาลต่าง ๆ จากเด็กป่วยและมารดาเป็นอย่างดี ส่งผลให้การดูแลเด็กป่วยมีประสิทธิภาพ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กป่วย มารดา และบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้น (Gill, 1987; Johnson and Lindschau, 1996)

จากการศึกษาของ Kristensson – Hallstrom (2000) ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กศัลยกรรม จำนวน 351 ราย พบว่าบิดามารดาที่ได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กก่อน – หลังผ่าตัด เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การดมยา และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กจะสามารถให้การดูแลเด็กได้ถูกต้องทำให้เด็กลดความกลัว รู้สึกเจ็บปวดน้อยลงฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยา และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 145 ราย พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการปฏิบัติด้านกิจกรรมการพยาบาลช่วยลดความกลัว บรรเทาความเจ็บปวดและลดปฏิกิริยาตอบสนองของอารมณ์ต่างๆของเด็กซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปรารถนา ทรายสมุทร (2545) ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการวิจัยนี้ ครอบครัวจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้อ่านหนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีลักษณะที่เป็นรูปธรรม – ปรนัย หรืออ่านให้เด็กฟัง พร้อมทั้งทำกิจกรรมร่วมกับตัวแบบลงในหนังสือ พบว่า ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น และทำให้เด็กเกิดความรู้สึกปลอดภัยลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และความวิตกกังวลจากการแยกจาก ช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลของเด็กได้

จะเห็นได้ว่าเมื่อมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอยู่กับเด็กและช่วยเหลือเด็กในระหว่างที่ได้รับกิจกรรมที่ทำประจำ และในระหว่างการตรวจรักษาโดยที่เด็กได้รับการปลอบโยนในระหว่างได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาแก่เด็ก ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ทำให้สามารถเสมือนเป็นผู้สอนในด้านการปรับตัวเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกว่ามีพลังอำนาจหรือแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ความกลัวของเด็กลดลง (LaMontagne, 2000) ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Clatworthy, Simon and Tiedeman (1999) ได้ศึกษาความกลัวของเด็กอายุ 5 – 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรม และไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรังก็มีความกลัวไม่แตกต่างกัน

Hart and Bossert (1999) ได้ศึกษาความกลัวในเด็กอายุ 8 – 11 ปี จำนวน 82 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก พบว่าเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วจะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์ เพราะประสบการณ์ จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนจะช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ของเด็กได้

Scavnicky – Mylant (1978) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ของเด็กวัยเรียนอายุ 6 – 11 ปี จำนวน 30 คน ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้เด็กดูรูปภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และเหตุการณ์ในโรงพยาบาล เช่น การตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล การขีดตัวบนเตียง แล้วสัมภาษณ์ความรู้สึกและสังเกตสีหน้าของเด็ก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เด็กจะแสดงความรู้สึกหวาดกลัวออกทางสีหน้า ท่าทาง ใช้คำพูดทางด้านลบเกี่ยวกับภาพเหล่านั้น

Visintainer and Wolfer (1975) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความกลัวขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด ของเด็กอายุ 3 – 12 ปี จำนวน 84 คน ที่ได้รับการผ่าตัดทอลซิล พบว่าเด็กกลัว

1. การรับใหม่ เป็นสถานการณ์ที่เด็กพบสิ่งแปลกใหม่ที่ไม่รู้จักมาก่อนและไม่คุ้นเคยกับสิ่งเหล่านั้น
2. การเจาะเลือด เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เจ็บปวดไม่สุขสบาย
3. ในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาลคนเดียวทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่
4. การฉีดยา ก่อนผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่เด็กได้รับความเจ็บปวด
5. ก่อนที่จะพาผู้ป่วยเด็กไปห้องผ่าตัด เป็นสถานการณ์ ที่เด็กจะต้องแยกจากมารดาไปสถานที่แปลกใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน
6. การกลับจากห้องพักฟื้น เป็นระยะที่เด็กเพิ่งฟื้นจากการดมยาสลบ เด็กต้องการให้มารดาอยู่ใกล้ซิด

สมปอง วงษาสุข (2544) ศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 160 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลพบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2544 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เด็กวัยเรียนที่มีอายุต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน และเด็กวัยเรียนที่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งของการได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัว ด้านความกลัวการบาดเจ็บของร่างกายไม่แตกต่างกัน

อัญชลี ชนะกุล (2528) ศึกษาผลการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดทอลซิลต่อความกลัว และทำให้ความร่วมมือในการรักษาจำนวน 16 คน พบว่าเด็กวัยเรียนที่ได้รับการเตรียมด้านจิตใจมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียม

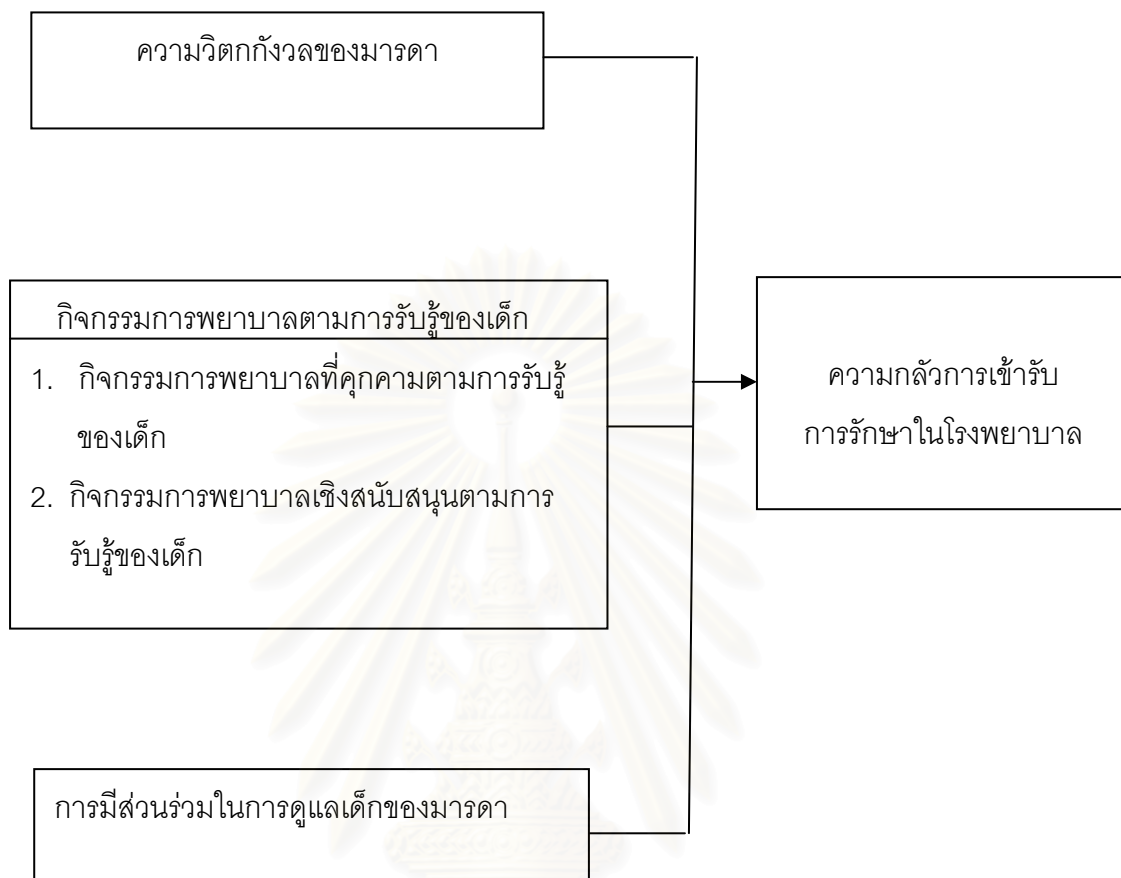
วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล (2546) ศึกษาผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3 – 6 ปี จำนวน 32 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Jin (1997) ได้ศึกษาปริมาณของความกลัวในการรักษาพยาบาลของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหาอำนาจทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความกลัวการเข้ารับการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียน จำนวน 100 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่ง ซึ่งอยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยแพทยสูหนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ผลการวิจัยพบว่าเด็กวัยเรียนชาวจีนมีความกลัวในการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง อายุเป็นตัวทำนายของความกลัวโดยรวม ความกลัวต่อสิ่งแวดล้อม และความกลัวที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เพศเป็นตัวทำนายของความกลัวต่อกิจกรรมการรักษา ชนิดของความเจ็บป่วยเป็นตัวทำนายความกลัวที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น และเขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวทำนายความกลัวต่อสิ่งแวดล้อม

ดุจฤดี ไชยมงคล (2545) ได้ศึกษาความกลัว ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการตอบสนองของเด็กวัยเรียนระหว่างรอการผ่าตัดส่วน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 6 – 12 ปี จำนวน 64 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา วัดความกลัวของเด็กโดยใช้แบบวัดความกลัวของ Broome et al. (1988) และแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger et al. (1973) ผลการวิจัยพบว่าเด็กวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ความกลัวมากที่สุดอันดับแรก คือกลัวว่าได้รับการผ่าตัดแล้วอาจจะตาย ร้อยละ 67.2 และส่วนใหญ่เป็นความกลัวระหว่างบุคคล (Intrapersonal fear) เช่น กลัวตาย กลัวเจ็บปวดร้อยละ 46.85

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน จะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและเนื่องจากความจำกัดของข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้เด็กเกิดความกลัวขึ้น ซึ่งความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาที่สำคัญที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็กในทุก ๆ ด้าน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และไม่เพียงแต่เด็กเท่านั้นที่เกิดความกลัว บิดามารดาต่างก็มีความกลัวและวิตกกังวลเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ต้องมีการศึกษาและเกี่ยวข้องกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน ได้แก่ปัจจัยด้านความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนรวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรรต่างๆกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 8 – 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา และจังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 8 – 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดภูเก็ต จังหวัดพังงา จำนวน 116 คู่ ในระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม ถึง 5 กันยายน 2549 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
 - 1.1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน
 - 1.2 สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย
 - 1.3 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน
 - 1.4 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือโรคจิต
 - 1.5 ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า หรือภาวะปัญญาอ่อน (Mental retard) โดยดูจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็ก
 - 1.6 ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้
2. มารดาของผู้ป่วยเด็ก
 - 2.1 มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 2.3 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือโรคจิต

- 2.4 สามารถอ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้
- 2.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนในการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978 cited in Prescott,1987: 130 -133) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N \geq 10K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$N \times \geq 10 (5)+50 = 100$ ในการศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 100 คู่ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจำนวน 100 คน และมารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 100 คน แต่เก็บกลุ่มตัวอย่างจริง 116 คู่

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เลือกจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ตอนบน ได้ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2.2 เลือกจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน ที่เหลืออีก 5 จังหวัด มา 2 จังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดพังงา

2.3 ในจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดพังงา เลือกโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีจังหวัดละ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และโรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

2.4 ในจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดนครศรีธรรมราช เลือกโรงพยาบาลชุมชน ได้ 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลพรหมคีรี และ โรงพยาบาลถลาง รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภทโรงพยาบาล	จังหวัด	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนตัวอย่าง(คู่)
โรงพยาบาลศูนย์	สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	40
		โรงพยาบาลมหาราช	5
โรงพยาบาลทั่วไป	ภูเก็ต พังงา	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	25
		โรงพยาบาลพังงา	10
โรงพยาบาลชุมชน	นครศรีธรรมราช	โรงพยาบาลชะอวด	15
		โรงพยาบาลเชียรใหญ่	10
		โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	4
		โรงพยาบาลพรหมคีรี	1
		โรงพยาบาลท่าศาลา	1
	ภูเก็ต	โรงพยาบาลถลาง	4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n = 116 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	67	57.8
หญิง	49	42.2
อายุ (max = 12, min = 8 \bar{x} = 9.6)		
8 ปี	36	31.1
9 ปี	29	25.0
10 ปี	16	13.8
11 ปี	15	12.9
12 ปี	20	17.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 2	33	28.4
ประถมศึกษาปีที่ 3	29	25.0
ประถมศึกษาปีที่ 4	18	15.5
ประถมศึกษาปีที่ 5	16	13.8
ประถมศึกษาปีที่ 6	20	17.2
ครั้งที่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 ครั้ง	63	54.3
2 ครั้ง	27	23.3
3 ครั้ง	12	10.3
4 ครั้ง	7	6.0
5 ครั้ง	2	1.7
6 ครั้ง	1	0.9
10 ครั้ง	3	2.6
25 ครั้ง	1	0.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา(max= 15 ,min=2, $\bar{x} = 3.81$)		
2 วัน	21	18.1
3 วัน	45	38.8
4 วัน	25	21.6
5 วัน	10	8.6
6 วัน	7	6.0
7 วัน	3	2.6
9 วัน	3	2.6
10 วัน	1	0.9
15 วัน	1	0.9
การวินิจฉัยโรค		
โรคระบบทางเดินหายใจ	46	39.7
โรคทางศัลยศาสตร์	23	19.8
ไข้เลือดออก	20	17.2
โรคระบบทางเดินอาหาร	15	13.0
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	7	6.1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.8 อายุสูงสุด 12 ปี ต่ำสุด 8 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 9.6 ปี อายุ 8 ปี มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.1 กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 28.4 ส่วนใหญ่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 54.3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน คิดเป็นร้อยละ 38.8 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบทางเดินหายใจสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 39.7

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n=116)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
อายุ (max=55, min = 27 \bar{X} = 36.15)		
30ปีลงมา	19	16.4
31-35 ปี	44	37.9
36-40 ปี	31	26.7
41-45 ปี	12	10.3
มากกว่า 45 ปี	10	8.6
สถานภาพสมรส		
คู่/อยู่ด้วยกัน	98	84.5
แยกกันอยู่	5	4.3
หย่า	9	7.8
หม้าย	4	3.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	30.2
มัธยมศึกษา	40	34.5
อนุปริญญา	19	16.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	18.9
จำนวนบุตร		
1 คน	18	15.5
2 คน	63	54.3
3 คน	29	25.0
4 คนขึ้นไป	6	5.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
บุตรที่ป่วยเป็นบุตรลำดับ		
ลำดับ 1	53	45.7
ลำดับ 2	46	39.7
ลำดับ 3	15	12.9
ลำดับ 4	1	.8
ลำดับ 5	1	.9
อาชีพหลักของมารดา		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	12.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19	16.4
เกษตรกรรม	29	25.0
รับจ้าง	40	34.5
แม่บ้าน	13	11.2
รายได้ของครอบครัว (max = 50,000 , min = 1,500, \bar{x} = 11,293.10)		
ต่ำกว่า5,000 บาท	15	12.9
5,001-10,000 บาท	64	55.2
10,001-15,000บาท	15	12.9
15,001-20,000บาท	12	10.3
20,001 บาทขึ้นไป	10	8.6
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ	16	13.8
จ่ายเงินเอง	2	1.7
ประกันสุขภาพ	96	82.8
ประกันสังคม	2	1.7

จากตารางที่ 2 พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีอายุต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 55 ปี อายุโดยเฉลี่ย 36.15 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง31-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 84.5 การศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.5 ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 โดยบุตรคนที่ป่วยเป็นบุตร

ลำดับที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.7 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.5 โดยมีรายได้สูงสุด 50,000 บาท/เดือน ต่ำสุด 1,500 บาท/เดือน รายได้โดยเฉลี่ย 11293.10 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 55.2 และ ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 82.8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ชุด ตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8 – 12 ปี ซึ่งกำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จึงทำให้มีความแตกต่างในด้านทักษะการอ่าน ถ้าให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเป็นผู้อ่านข้อความเอง อาจทำให้ผลการศึกษาคคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นจึงเลือกใช้วิธีนำแบบสอบถามมาอ่านให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เป็นผู้ตอบ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คือ และมีข้อมูลเพิ่มเติมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาเหตุของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกรายการและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ข้อมูลชุดนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติและจากการซักถามผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัวการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS - R) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Chaiyawat, 2000) เครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบกับเด็กวัยเรียน อายุ 8 – 13 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 – 6 จำนวน 545 คนโดยมีดัชนีความตรงของเนื้อหา = 94.4% ค่าความเที่ยงที่มีการทดสอบซ้ำ Test – retest = .73 ค่า Alpha coefficient >.80 แบบวัดความกลัวการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความกลัวการได้รับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย 2) ความกลัวที่จะสูญเสียการควบคุม 3) ความกลัวเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมิน 3 ระดับดังนี้ กลัวมาก กลัวเล็กน้อย ไม่กลัวเลย เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ กลัวมาก ให้ 3 คะแนน กลัวเล็กน้อยให้ 2 คะแนน ไม่กลัวเลยให้ 1 คะแนน คะแนนสูงแปลว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมาก คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อย

ข้อมูลชุดนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการซักถามผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการแบ่งระดับคะแนนความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดจำนวนกลุ่มของการแบ่งระดับความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 3 กลุ่ม และหาอันตรภาคชั้นเพื่อใช้แบ่งระดับคะแนนของความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{3-1}{3} \\ \text{อันตรภาคชั้น} &= 0.66 \end{aligned}$$

คะแนน	การแปลผลคะแนน
2.34 – 3.00	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก
1.67 – 2.33	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปานกลาง
1.00 – 1.66	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสอบถามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกิจกรรมเหล่านั้นทำให้ตนได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ ต้องแยกจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก หรือสูญเสียการควบคุมตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยข้อ มีลักษณะคำตอบ 2 รูปแบบ รูปแบบที่มี 3 ระดับ คือ ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน ทำบางวัน 2 คะแนน ทำทุกวัน 3 คะแนน และรูปแบบที่มีลักษณะคำตอบมี 3 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคย ทำเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน ทำบางครั้ง 2 คะแนน ทำทุกครั้ง 3 คะแนน ข้อมูลชุดนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการซักถามผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการแบ่งระดับคะแนนของกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก โดยกำหนดจำนวนกลุ่มของการแบ่งระดับของกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคาม

ตามการรับรู้ของเด็ก เป็น 3 กลุ่ม และหาอันตรภาคชั้นเพื่อใช้แบ่งระดับคะแนนของกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{3-1}{3}$$

$$\text{อันตรภาคชั้น} = 0.66$$

คะแนน	การแปลผลคะแนน
2.34 – 3.00	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณตนได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามจากพยาบาลสูง
1.67 – 2.33	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณตนได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามจากพยาบาลปานกลาง
1.00 – 1.66	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณตนได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามจากพยาบาลต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสอบถามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนคิดว่าพยาบาลปฏิบัติต่อตนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกิจกรรมเหล่านั้นเป็นการตอบสนองของความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ 1) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านอารมณ์ 2) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านทรัพยากร 3) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านการประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบ 2 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 มี 3 ระดับ คือ ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน ทำบางวัน 2 คะแนน ทำทุกวัน 3 คะแนน และรูปแบบที่ 2 มีลักษณะคำตอบมี 3 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคย ทำเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน ทำบางครั้ง 2 คะแนน ทำทุกครั้ง 3 คะแนน ข้อมูลชุดนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการซักถามผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการแบ่งระดับคะแนนของกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก โดยกำหนดจำนวนกลุ่มของการแบ่งระดับของกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก เป็น 3 กลุ่ม และหาอันตรภาคชั้นเพื่อใช้แบ่งระดับคะแนนของ

กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{3-1}{3} \\ \text{อันตรายภาคชั้น} &= 0.66 \end{aligned}$$

คะแนน	การแปลผลคะแนน
2.34 – 3.00	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณได้รับการพยาบาลที่สนับสนุนจากพยาบาลสูง
1.67 – 2.33	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณได้รับการพยาบาลที่สนับสนุนจากพยาบาลปานกลาง
1.00 – 1.66	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณได้รับการพยาบาลที่สนับสนุนจากพยาบาลต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเด็ก และในการที่มารดาได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบ 2 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 มี 3 ระดับ คือ ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน ทำบางวัน 2 คะแนน ทำทุกวัน 3 คะแนน และรูปแบบที่ 2 มีลักษณะคำตอบมี 3 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคย ทำเลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย 1 คะแนน ทำบางครั้ง 2 คะแนน ทำทุกครั้ง 3 คะแนน การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวมของทุกข้อ ซึ่งมีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 - 60 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลที่คุณได้รับการดูแลจำนวนมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลที่คุณได้รับการดูแลจำนวนน้อย ข้อมูลชุดนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการซักถามผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการแบ่งระดับคะแนนของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา โดยกำหนดจำนวนกลุ่มของการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาเป็น 3 กลุ่ม และหาอันตรายภาคชั้นเพื่อใช้แบ่งระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{3-1}{3} \\ \text{อันตรายภาคชั้น} &= 0.66 \end{aligned}$$

คะแนน	การแปลผลคะแนน
2.34 – 3.00	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง
1.67 – 2.33	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปานกลาง
1.00 – 1.66	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ลำดับของบุตรที่เจ็บป่วย อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาของบุตร โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ มารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเป็นผู้บันทึกแบบสอบถามเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะ

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล State – Trait Anxiety Inventory (STAI) เฉพาะ State Subscale ของ Spielberger (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ญ จันทวัฒนา เครื่องมือนี้สร้างมาใช้กับมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าความเที่ยงแบบวัด State Anxiety (S - State) = 0.89 โดยวัดความวิตกกังวลของมารดาขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 3,4,6,7,9,12,13,14,17 และ 18 โดยคะแนนเรียงจากน้อยไปหามากคือ 1, 2,3,4 ข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ คือ ข้อ 1,2,5,8,10,11,15,16,19 และ 20 โดยคะแนนเรียงจากมากไปหาน้อย คือ 4,3,2,1 การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน Spielberger (1983)

คะแนน	การแปลผลคะแนน
60 – 80	มารดามีความวิตกกังวลระดับสูง
40 - 59	มารดามีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
20 - 39	มารดามีความวิตกกังวลระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือโดยมีขั้นตอนดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม 3 ชุด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน และ แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งมีคุณสมบัติคือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความกลัวยุติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนจำนวน 2 ท่าน มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา จำนวน 1 ท่านพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ความรู้ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานกับเด็กวัยเรียนจำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ คำนิยามศัพท์ การใช้ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดโดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็นระดับ 4 ระดับ คือ 1,2,3 และ 4 ในแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | คำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ |
| 2 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์น้อย |
| 3 | หมายถึง | คำถามค่อนข้างมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์มาก |

นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI=0.8 ขึ้นไป (Davis,1992)

CVI= จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ(5 ท่าน)ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4
จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ค่า CVI = 0.85, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งรายละเอียดของการปรับปรุงแบบสอบถามมีดังนี้

แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน มีข้อคำถามเดิม จำนวน 16 ข้อ ปรับความชัดเจนของภาษาจำนวน 1 ข้อ ตัดข้อคำถามเดิม 2 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามใหม่ 1 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน มีข้อคำถามเดิม จำนวน 20 ข้อ ปรับความชัดเจนของภาษาจำนวน 6 ข้อ ตัดข้อคำถามเดิม 1 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามใหม่ 1 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 20 ข้อ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน มีข้อคำถามเดิม จำนวน 18 ข้อ ปรับความชัดเจนของภาษาจำนวน 3 ข้อ ตัดข้อคำถามเดิม 1 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามใหม่ 3 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 20 ข้อ

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน และมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คู่ ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คนระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม 2549 ถึง 9 สิงหาคม 2549 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ความเที่ยง.80 ขึ้นไป สำหรับแบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS - R) แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล State – Trait Anxiety Inventory (STAI) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีอยู่แล้ว และใช้เกณฑ์ค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป สำหรับแบบสอบถาม กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ สรุปได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจำแนกตามชุดของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	ทดลองใช้ (n=30)	เก็บจริง (n =116)
1. ความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน	.88	.89
2. ความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.88	.92
3. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน	.78	.77
4. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน	.65	.79
5. การมีส่วนร่วมในการดูแลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน	.74	.91

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามทุกชุด มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง วันที่ 15 สิงหาคม 2549 ถึง วันที่ 5 กันยายน 2549 ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัย ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการและขอความร่วมมือในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.

2. ขั้นตอนการ

2.1 สํารวจรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเวชระเบียน โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันก่อนที่เด็กจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนจำหน่าย ในเวลา 10.00 – 18.00 น ของทุกวัน เนื่องจากการเก็บข้อมูลในวันก่อนเด็กจำหน่ายจะทำให้เก็บข้อมูลได้ครอบคลุมทุกตัวแปรที่มีอยู่และไม่เป็นการรบกวนเวลาในวันจำหน่ายของผู้ป่วยเด็กและมารดาของผู้ป่วยเด็ก

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาอยู่ด้วยกันโดยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาของผู้ป่วยเด็ก แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิของผู้ป่วยเด็กและมารดาของผู้ป่วยเด็ก และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะนำผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ไปตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน

2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน โดยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและหลังจากนั้น ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ตามลำดับโดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะที่ตอบแบบสอบถามและในขณะที่ผู้วิจัยกำลังสอบถามผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอยู่นั้น ให้มารดาตอบแบบสอบถาม ส่วนมารดาให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาไปพร้อมๆกัน หลังจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ทั้งของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน และมารดาของผู้ป่วยเด็ก สอบถามเพิ่มเติมในกรณีที่พบข้อมูลไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลโดยประมาณ 30 นาที

2.5 ดำเนินการการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน จำนวน 116 คู่

2.6 หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วน จำนวน 116 คู่ แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการแนะนำตัวเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ ของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการ

เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลแท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลำดับบุตร ครั้งที่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และหาร้อยละ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับ ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

3. ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise multiple regression)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอายุ 8 – 12 ปีและมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในภาคใต้ตอนบนจำนวน 116 คู่ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา และความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติโดยใช้ความถี่ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product –Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของการนำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ความวิตกกังวลของมารดา ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ความวิตกกังวลของมารดา ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	ระดับ
1. ความวิตกกังวลของมารดา	80	43.01	5.76	ปานกลาง
2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก	3	2.28	0.34	ปานกลาง
3. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก	3	2.01	0.30	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา	3	2.21	0.29	ปานกลาง
5. ความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3	2.08	0.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่าความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา และความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ความวิตกกังวลของมารดา กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product –Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ความวิตกกังวลของมารดา กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์(r)	P-value
1. ความวิตกกังวลของมารดา	-.084	.367
2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก	.413*	.000
3. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก	.221*	.017
4. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา	-.344*	.000

จากตารางที่ 5 พบว่าความวิตกกังวลของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05.

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของการนำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา และความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄
1. ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Y)	1.00				
2. ความวิตกกังวลของมารดา(X ₁)	-.084	1.00			
3. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก (X ₂)	.413*	.084	1.00		
4. กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก (X ₃)	.221*	.084	.256*	1.00	
5. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา (X ₄)	-.344*	-.101	-.323*	-.348*	1.00

จากตารางที่ 6 พิจารณาตัวแปรพยากรณ์พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 7 วิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรได้แก่ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลเชิงสนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาในการพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลำดับที่ของตัวแปรที่ได้รับเลือก	R	R ²	Adjust R ²	R square change	b	Beta	t
1. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก (X ₂)	.413	.171	.164	.171	.720	.337	3.841*
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา(X ₄)	.469	.220	.206	.049	-.360	-.235	2.673*
Constant (a) = 34.919	S.E.= 5.094		F = 15.955*				

จากตารางที่ 7 พบว่าตัวแปรที่มีความสามารถในการพยากรณ์ความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Y) ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก (X₂) และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา (X₄) โดยที่กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก (X₂) ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับ 1 สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 17.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา (X₄)เป็นตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับ2และสามารถพยากรณ์ความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(Y) เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.9 โดยกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก (X₂) และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา (X₄) สามารถร่วมกันพยากรณ์ความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Y) ได้ร้อยละ 22.0

กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสามารถในการพยากรณ์ ความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถนำมาเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

ความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล = $34.919 + .720$ กิจกรรมการพยาบาลที่ดูความตามการรับรู้ของ

เด็ก $-.360$ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา

สมการการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน

ความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล = $.337$ กิจกรรมการพยาบาลที่ดูความตามการรับรู้ของเด็ก $-.235$ การ

มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน รวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
3. กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
4. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
5. ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถพยากรณ์ความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนประกอบด้วย แบบบันทึกจำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

วัยเรียน แบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS - R) แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล State Anxiety subscale (SAI)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลำดับบุตร ครั้งที่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และหาร้อยละ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับ ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

3. ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน ได้ร้อยละ 22.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับ ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.084$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ที่ระบุว่าความวิตกกังวลของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษานี้ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อเด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ไม่ว่าจะจากการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน หรือ จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มารดาซึ่งเป็น ผู้ที่มี บทบาทใกล้ชิดมากที่สุด (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2530) ยังคงบทบาทในการดูแลบุตร และตอบสนองความต้องการของบุตรได้และเนื่องจากในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ร้อยละ 39.7 ป่วยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ เช่น ทอลซิลอักเสบ หวัด หอบหืด ซึ่งไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นอุปสรรคในการดูแลบุตร และเนื่องจากในงานวิจัยนี้พบว่าความวิตกกังวลของ มารดากลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมารดา ยังคงบทบาทในการดูแลบุตรได้ เพราะถ้ามารดามี ความวิตกกังวลสูงจะทำให้มีการรับรู้ ที่แคบลง ไม่มีสมาธิ มีความตึงเครียด และครุ่นคิดหมกมุ่นใน รายละเอียดมากเกินไป ทำให้เกิดความสับสน ความคิดฟุ้งซ่าน เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และ ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทดูแลบุตรได้ (พนมพร เกษะนันท์, 2538) ดังนั้นแม้มารดาจะวิตกกังวล แต่เด็กอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ เพราะมารดา ยังทำหน้าที่มารดาได้ตามปกติ ส่งผลให้ ความ วิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ เด็กวัยเรียน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewin et al. (2005) ที่ศึกษา ในมารดาที่มีบุตรวัยเรียนเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พบว่า ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลก็ตาม แต่มารดาก็ยังคงพบบาทมารดาและตอบสนองของความต้องการของบุตรในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านการทำกิจกรรมพยาบาล และการการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพและบุคคลอื่น ๆ ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่เกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากผลการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สวารักิ กาญจนารัจน์พันธ์ (2549) เหตุผลที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เนื่องมาจาก สวารักิ กาญจนารัจน์พันธ์ ได้ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรกระบบทางเดินอาหารเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคที่พบตามฤดูกาลและมีการรณรงค์ ป้องกันให้ความรู้แก่ประชาชนอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้มารดาได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเหล่านี้เป็นอย่างดี จึงทำให้มารดาที่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของโรคและขั้นตอนการดูแลรักษามากขึ้นส่งผลให้มารดาสามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลบุตรได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้ความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของบุตร

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษา พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=.413$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

เมื่อเด็กวัยเรียนเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะได้รับกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กเพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการด้วยวิธีการที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและความเจ็บปวด (Sarafino,1998) เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532; ยูพยงค์ ว่องศรี, 2529; สูดาร์ตัน ประเสริฐสังข์, 2542; Broome et al.,1990; Hart and Bossert,1994) แม้ว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เด็กมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กต้องได้เผชิญกับความเจ็บปวด เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กลัวการได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บปวด กลัวการเปิดเผยของร่างกาย กลัวการสูญเสียการควบคุมตนเอง กลัวความตาย (Jersid et al., 1979; Timmerman,1983) เด็กวัยนี้อาจไม่เข้าใจเหตุผลที่พยาบาลทำกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว และไม่กล้าที่จะถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Mark,1998) การที่พยาบาลทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บ ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนไม่มีอำนาจ ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณคุกคาม (Ellerton, Ritchie and Caty,1994; Ziegler and Prior,

1994) ส่งผลให้เด็กรู้สึกกลัวมากขึ้น หากเด็กรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ตนต้องเผชิญกับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามความปลอดภัยของตนมาก เด็กก็จะเกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Broome et al. (1990) พบว่าเด็กที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากมีรายงานความกลัวการรักษาพยาบาลสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ธีระรังสิกุล (2532) และสุดาวรัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) กล่าวว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เจ็บปวด เช่น การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีผลต่อความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัญญา พานิชย์ (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้เด็กวัยเรียนรู้สึกว่าตนเองสูญเสียการควบคุม ต้องแยกจากคนที่ตนเองรัก ไม่ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ไม่ได้รับประทานอาหารที่ชอบ ไม่ได้เล่นกับเพื่อน รู้สึกว่าทำให้เดินหรือทำอะไรลำบากเวลาที่พยาบาลให้น้ำเกลือซึ่งเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ชอบทำกิจกรรมด้วยตนเองและไม่ชอบอยู่กับที่ การที่โดนบังคับให้เด็กนั่งนิ่ง ๆ เป็นชั่วโมง นั้นเป็นการฝืนนิสัยเด็กวัยนี้ (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2546) ดังนั้นการที่เด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนถูกคุกคาม ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้กิจกรรมการพยาบาลเด็กได้รับที่ทำให้เจ็บปวด เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น การที่เด็กต้องสูญเสียการควบคุม เช่น ต้องนั่งนิ่ง ๆ ในการวัดปรอท ต้องแยกจากคนที่ตนเองรัก จึงส่งผลให้เด็กกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .213$)ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ3 การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ 2 ประเด็น ประเด็นแรก คือ กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนที่เด็กได้รับตามที่ประเมินได้จากแบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนทางอารมณ์ คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร การเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากเหตุการณ์ที่เด็กต้องเผชิญ การให้การสัมผัส การให้กำลังใจ และการชมเชย แต่กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนที่สามารถช่วยลดความกลัวของเด็กได้ดี ต้องมีลักษณะที่ช่วยให้เด็กคาดได้ว่าตนต้องเผชิญกับสิ่งใดโดยไม่ต้องจินตนาการเอาเอง ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพราะการที่เด็กมีข้อมูลที่ถูกต้องมากจะทำให้เด็กรู้และเข้าใจสิ่งที่ตนต้องเผชิญเมื่อเด็กทราบว่าตนเองต้องเผชิญกับอะไรบ้างความไม่รู้อของเด็กก็จะลดลง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลลักษณะนี้ก็คือกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนการประเมิน

นั่นเอง ดังจะเห็นจากการวิจัยของ สุदारัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ที่ศึกษาผลการเตรียมผู้ป่วย 6 - 12 ปีก่อนได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้หนังสือการตูนประกอบการให้ข้อมูลพร้อมอุปกรณ์จริงพบว่าทำให้เด็กมีความกลัวลดลง กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนที่ช่วยลดความกลัวให้เด็กได้ควรเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบรูปธรรมปรนัย มีความชัด เป็นจริง ตรงไปตรงมา โดยไม่ใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยมองหาลักษณะที่เป็นรูปธรรม ปรนัย ในสถานการณ์ที่เผชิญแทนที่ความสนใจกับลักษณะที่เป็นอัตนัยโดยมีลักษณะที่ใช้อารมณ์ ความรู้สึกส่วนตัวเข้ามาเกี่ยวข้องของเหตุการณ์ (Johnson, 1999) ซึ่งจากการศึกษา Johnson, Kirchoff and Endress (1975) ได้นำข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยมาอธิบายเกี่ยวกับวิธีการถอดเฝือกให้กับเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 11 ปี จำนวน 84 คน โดยให้เด็กได้รับข้อมูลที่อธิบายลักษณะการรับรู้ทางประสาทสัมผัสเกี่ยวกับการถอดเฝือก คือ ให้ฟังเสียงเลื่อยจากเทป แล้วอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลในลักษณะรับรู้ทางประสาทสัมผัสสามารถลดความรู้สึกกลัวของเด็กได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาตยา พิงสว่าง (2545) ที่ศึกษาผลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยผ่านการตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยใช้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยผ่านการตูนตัวแบบมีความวิตกกังวลน้อยกว่าและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เหตุผลอีกประการที่อาจทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมุติฐานก็คือ การที่เด็กอาจไม่เข้าใจข้อคำถามในแบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก เพราะกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนมักเกิดควบคู่กับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคาม ดังจะเห็นจากผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .256$) โดยข้อคำถามในแบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กประกอบด้วยสองส่วนคือ ส่วนนำที่กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามด้วยการถามเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุน หากเด็กให้ความสนใจกับข้อคำถามส่วนแรก เด็กอาจจะไม่ได้ฟังข้อคำถามในส่วนท้ายจึงทำให้คำตอบที่ได้คลาดเคลื่อนไปได้

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดากับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.344$) สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยเด็กรับรู้ว่ามีมารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากเด็กจะมีความกลัวลดลง เป็นไปตามสมมติฐานการที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เพราะเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากเป็นผู้อบรมเลี้ยงดู และการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็กป่วย อีกทั้งเป็นผู้รู้เข้าใจ และไวต่อความต้องการต่าง ๆ ของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี (Morlow and Redding, 1988; พรพรรณรัตน์ ไชยชาญและคณะ, 2540) ดังนั้นการที่เด็กเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะรับรู้ได้ว่ามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยดูแลให้เรื่องอาหารหรือช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า คอยปลอบโยนในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้ผู้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียด จากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และความวิตกกังวลจากการแยกจากเนื่องจากไม่ต้องอยู่คนเดียวที่โรงพยาบาล (Pass and Pass, 1987; Neil, 1966) ซึ่งช่วยให้เด็กสามารถลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (พนมพร เกษะนันท์, 2538)

นอกจากนี้ความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากการที่เด็กคิดว่าตนกำลังเผชิญกับสิ่งที่คุกคาม เมื่อเด็กเผชิญกับสิ่งที่คุกคามเด็กจะประเมินทรัพยากรของตนในการเผชิญกับสาเหตุของความกลัวและลงมือจัดการกับสิ่งนั้น การที่เด็กมีผู้ดูแลที่เป็นผู้รู้ เข้าใจและไวต่อความต้องการของตนเองและตนคุ้นเคยใกล้ชิดสามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของตน ทำให้เด็กมีความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย เพราะเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะประเมินว่าตนกำลังเผชิญกับสิ่งที่คุกคาม เด็กก็จะเกิดความกลัว แต่หากเด็กประเมินว่าตนมีแหล่งทรัพยากรที่จะจัดการกับสาเหตุของการคุกคามนั้นได้ ซึ่งมารดาเป็นทรัพยากรที่สำคัญของเด็กจึงทำให้เด็กมีความกลัวน้อยลง (Nicastro and Whetsell, 1999)

จากการศึกษาของ Kristensson – Hallstrom (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กศัลยกรรม จำนวน 351 ราย พบว่าบิดามารดาที่ได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กก่อน – หลังผ่าตัด เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การดมยา และการมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็ก จะสามารถให้การดูแลเด็กได้ถูกต้อง ทำให้เด็กลดความกลัว รู้สึกเจ็บปวดน้อยลง ฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยา และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 145 ราย พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการปฏิบัติด้านกิจกรรมการ

พยาบาลช่วยลดความกลัว บรรเทาความเจ็บปวดและลดปฏิกิริยาตอบสนองอารมณ์ต่าง ๆ ของเด็กและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมปรารถนา ทนายสมุทร (2545) ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการวิจัยนี้ ครอบครัวจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้อ่านหนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีลักษณะที่เป็นรูปธรรม – ปรนัย หรืออ่านให้เด็กฟัง พร้อมทั้งทำกิจกรรมร่วมกับตัวแบบลงในหนังสือ พบว่า ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น และทำให้เด็กเกิดความรู้สึกปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และความวิตกกังวลจากการแยกจาก ช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลของเด็กได้

จะเห็นได้ว่าเมื่อมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอยู่กับเด็กและช่วยเหลือเด็กในระหว่างที่ได้รับความทุกข์ทรมานที่ทำประจำ และในระหว่างการตรวจรักษาโดยที่เด็กได้รับการปลอบโยนในระหว่างได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาแก่เด็ก ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ทำให้สามารถ เสมือนเป็นผู้สอนในด้านการปรับตัวเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกว่ามีพลังอำนาจหรือแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ความกลัวของเด็กลดลง (LaMontagne, 2000)

2. ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กับ ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

จากผลการวิจัย พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาสามารถร่วมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณการพยากรณ์ร้อยละ 22.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ตัวแปรกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .171 หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ ร้อยละ 17.1 ตัวแปรการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ได้รับคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สอง และเพิ่มความสามารถในการอธิบายความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 4.9 (R^2 change = .049) ทำให้ R^2 เพิ่มขึ้นเป็น .220 ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วม

ร่วมในการดูแลเด็กของมารดาาร่วมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนร้อยละ 22.0

กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (R^2) เท่ากับ .171 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ ร้อยละ 17.1 กล่าวได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้มากกว่าตัวอื่นผลการวิจัยนี้เป็นไปตามแนวคิดที่ระบุว่าเด็กวัยเรียนกลัว สิ่งที่ทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บมากกว่าสาเหตุอื่น (Wong, 2001) และนอกจากนี้เด็กวัยนี้ยังมีความกลัวการสูญเสียการควบคุม เช่น การที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทำให้เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน และนอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลที่ให้อาจทำให้เด็กต้องแยกจากบุคคลที่ตนรักและผูกพันซึ่งเด็กวัยนี้เป็นวัยที่กลัวการแยกจาก(Broome, Bates, Lillis and McGahee, 1990; Pilitteri, 1999; Hart and Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson and Yorker, 1997) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกคนต้องพบ และทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกิดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(Visintainer and Wolfer, 1975)

นอกจากกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ ร้อยละ 17.1 ตัวแปรส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา ได้รับคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สอง และเพิ่มความสามารถในการอธิบายความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 4.9 (R^2 change = .049) ทำให้ R^2 เพิ่มขึ้นเป็น.220 ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาาร่วมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนร้อยละ 22.0 เนื่องจากเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากเป็นผู้อบรมเลี้ยงดูและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็กป่วย อีกทั้งมารดาเป็นผู้รู้เข้าใจ และไวต่อการตอบสนองของความต้องการต่าง ๆ ของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี (Morlow and Redding, 1988) ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่นใจ เวลาที่มีมารดาอยู่ด้วยในขณะที่เด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาลแม้จะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคาม เพราะขณะที่เด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาลนั้น การที่มีมารดาอยู่ใกล้ซิด โอบกอด พุดปลอบโยน ลูบสัมผัสบริเวณที่เด็กเจ็บปวด จะช่วยบรรเทา

ความเจ็บปวดของเด็กแก่ผู้ป่วยเด็กได้ (Scott and Redford, 1984) ดังนั้นในขณะที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามจะช่วยลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนได้ นอกจากนี้การที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กจะทำให้เด็กลดความเครียด จากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เนื่องจากเด็กไม่ต้องการอยู่คนเดียวในโรงพยาบาล (Neill, 1996; Pass and Pass, 1987) การที่มารดาเป็นผู้ตอบสนองสงสัยให้กับเด็กเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จะทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการที่เด็กมีมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยให้เด็กมีความกลัวลดลง ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาพร้อมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนร้อยละ 22.0

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะสูงขึ้น 1 หน่วย เมื่อกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กเพิ่มขึ้น .720 และเมื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาลดลง .310

จะเห็นได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาสามารถร่วมกันพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ส่วนความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กไม่สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อาจเนื่องจาก ทั้งความวิตกกังวลของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน และกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กมีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในระดับต่ำ ซึ่งไม่สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง มิฉะนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์และสัมประสิทธิ์ถดถอย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ส่งผลให้ความวิตกกังวลของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็กไม่สามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก กิจกรรมที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็กและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาสามารถพยากรณ์ความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นควรมีการนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการประเมินวางแผน และหาแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันและลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โดยในการให้กิจกรรมการพยาบาลแก่เด็กไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคาม หรือกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุน พยาบาลควรมีให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้วยเพราะการที่มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยช่วยลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กขณะเด็กได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนที่สามารถลดความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. 2544. สถิติผู้ป่วยปี2547. [Online]. แหล่งที่มา.

www.dms.moph.go.th/stat report/ 2547/table 1147.html.

กรรณิกา ลวณะสกล. 2547. ผลการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผน
ต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนโรคไข้เลือดออกเดงกีในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กลอยใจ มีเครือรอด. 2544. ผลการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมกรมการเผชิญ

ความเครียดในเด็กก่อนวัยเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์

ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คนาลักษณ์ ดลเสมอ. 2541. การศึกษาความเครียดและพฤติกรรมกรมการเผชิญความเครียดของ

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณินันต์ย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิลสมัย อุบลศรี. 2544. หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว.

ใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (บรรณาธิการ). การพยาบาลเด็กเล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1.

นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

จิรัฐญา พานิชย์. 2547. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทิตตา พุกษานนท์ และคณะ. (บรรณาธิการ). 2546. การบริหารความเสี่ยงการดูแลสุขภาพ

เด็ก. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

ชุติมา จินตวิเศษ. 2540. ผลของการมีมารดาอยู่ด้วยต่อปฏิกิริยาตอบสนองของเด็กวัยก่อนเรียน

ต่อการเจาะหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

แม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เชิดชู อริยศรีวัฒนา. 2546. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน.[Online].แหล่งที่มา

www:http://chudchoo.com/index.php?id=257.

- ณิกานต์ ไชยชนะ. 2545. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ตุจฤดี ไชยมงคล. 2545. ความกลัว ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการตอบสนองของเด็กวัยเรียนระหว่างรอการผ่าตัดด่วน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ อรรถารส. 2538. ผลการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ภา เชษฐุ์ชาวลิต. 2541. การพยาบาลจิตสังคมตามขั้นพัฒนาการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตรา มโนน้อม. 2542. กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยประกันสังคมได้รับจากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล ธีระรังสิกุล. 2532. ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นความกลัวการฉีดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาคยา พึ่งสว่าง. 2545. ผลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการตีความแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี ศักดิ์นภารัตน์. 2540. การดูแลผู้ป่วยเด็กในคนาจารย์ วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข การพยาบาลเด็ก. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พนมพร เกกะนั้นท์. 2538. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถของบิดามารดา ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พนิดา พาลี. 2546. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2530. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฟ้าริดา อิบราฮิม. 2541. กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- มรรยาท รุจิวิทย์ และศิริพร ศรีวิชัย. 2547. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาธรรมศาสตร์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(1): 11-15.
- ยุพยงค์ ว่องศรี. 2529. ผลการให้ข้อมูล 2 ชนิด เกี่ยวกับการเจาะเลือดต่อปฏิกิริยาความกลัวของเด็กวัย 7 – 11 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์. 2540. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รพีพร ธรรมสาโรจน์. 2542. ผลของการใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ ชัยวัฒน์. 2544. ความกลัวของเด็กไทยวัยเรียน. วารสารพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1(3): 32-41.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์. 2540. ความต้องการของครอบครัวเมื่อบุตรเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาล. วารสารชมรมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย 1(2): 30 – 33.
- วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล. 2546. ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมปรารถนา ทรายสมุท. 2545. ผลของการเตรียมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมปอง วงษาสุข. 2544. ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์. 2542. ผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความกลัว
การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธิดา ล่ามช้าง และจุฑามาศ โชติบาง. 2545. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก
วัยเรียน. พยาบาลสาร 29(3): 37 – 52.
- สุวดี ศรีเลนวัตติ. 2536. จิตวิทยาการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซนเตอร์.
- สาลี เฉลิมวรรณพงศ์. 2544. กระบวนการพยาบาล:หลักการและการประยุกต์ใช้. สงขลา:
อัลลายด์เพรส.
- โสภิต เจนจิรวัดมณา. 2537. ผลการใช้หนังสือการ์ตูนต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลในเด็กวัย
เรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร สิงหนจินดาวงศ์. 2537. ผลการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ใน
โรงพยาบาลต่อความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุญ. 2542. ผลการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลตนเองของ
เด็กธาลัสซีเมียต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อัญชลี ชนะกุล. 2528. การศึกษาผลการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดทอนซิลต่อความกลัวและความร่วมมือในการรักษา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพล สุอำพัน. 2530. สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล.ในวันเพ็ญ
บุญประกอบ และอัมพล สุอำพัน. (บรรณาธิการ). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์.
หน้า 164-171. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2530. ภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.
วารสารพยาบาล 36(3): 238 – 249.

ภาษาอังกฤษ

- Azarnoff, P. 1985. Preparing Well children for possible Hospitalization. Pediatric Nursing 11: 53-56.
- Ball, J., and Bindler, R. 1995. Pediatric nursing ; Caring for children. Connecticut : Appleton & Lange.
- Barry, P. D. 2002. Mental Health and Mental Illness. 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Behrman, E. R., and Vanhan, V. C. 1983. NelsonTextbook of Pediatrics. 11th ed. Philadelphia: W.B. Saunder.
- 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.
- Brennan, A. 1994. Caring for children during procedures A review of the literature. Pediatric Nursing 20(5): 451 –458.
- Broome, M. E., Hellier, A., Wilson, T., Dale, S., & Glanville, C. 1988. Measuring children's Fear of medical experiences. In C.F. Waltz & L. O. Strickland (Eds.), Measurement for nursing outcomes : Vol 1. Measuring client outcomes. New York: Springer.
- Broome, M. E., Bate, T. A., Lillis, P. A., & McGahee, T. W. 1990. Children's medical fear, Coping behaviors and pain perceptions during a lumbar puncture. Oncology Nursing Forum 17, 361-367.
- Brown,D. and Peake,J.1984.Presurgical Education: Establishing a Programm. AORN Journal 39, 1163 –1172.
- Brunner, L. S. and Suddarth, D. S. 1986. The Lippincott Manual of Nursing practice. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott. Cited in palmer, S. J. 1993. Care of sick children by Parent:A meaningful role. Journal of Advance Nursing 18: 185 -191.
- Bowden,V. C., Dicky, S. B.,and Greenberg,C. S. 1988. Children and Their families. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Bogel, 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.

- Burn, N. and Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia:W.B.Saunders company.
- Callery ,P., and Smith, L. A .1993. Study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized child. Journal of Advance Nursing16:772-781.
- Carroll, M. K.,and Ryan-Wenger, N. A. 1999.School – age children 's fear, anxiety, and human figure drawing. Journal of Pediatric Health Care 13(1):24-31.
- Carlson, J. G., and Hatfield, E. 1992. Psychology of emotion. Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Cavusoglu,H.2001.Depression in children with cancer. Journal of Pediatric Nursing 16:380 – 385.
- Chaiyawat, W. 2000. Psychometric Properties of the Thai Versions of the State – Trait Anxiety Inventory for Children – Revised (STAIC-R) and the Child Medical Fear Scale – Revised (CMFS-R) in Thai School age Children. A dissertation for the degree of Doctor of Nursing Science. Faculty of the School of Nursing of University at Buffalo.
- Chaiyawat, W., & Brown, J. K. 2000. Psychometric properties of the Thai version of state-trait anxiety inventory for children and child medical fear scale. Research in Nursing & Health 23, 406-414.
- Chaves, C.W., and Faber, I. 1987. Effect of education-orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit. Heart & Lung 16 (1): 92-99.
- Clatworthy, S., Simon, K., and Tiedeman, M. E. 1999. Child drawing : Hospital an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. Journal of Pediatric Nursing 14 (1): 2-9.
- Eberly, T. W., et al. 1985. Parental Stress After the Unexpected Admission of a Child to the Intensive Care Unit. Critical Care Quarterly (June): 57-65.
- Ebmeier, C., Lough, M. A., Huth, M. M., & Autio, L. 1991. Hospitalized school-age children Express ideas, feelings, and Behaviors toward God. Journal of Pediatric Nursing 6, 337-349.
- Elbedour,S.,Shulman,Shulman,S.&Kedam,P.1997.Children's fear: Cultural and developmental perspective. Behavior Research and Therapy. 35:491- 496.

- Evan, M. A. 1994. An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children. Journal of Advance Nursing 20:477-482.
- Fredericson, K. 1989. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. Heart & Lung 18 (6): 617-622.
- Fox, J. A. 1997. Primary health care of children. St. Louis: Mosby.
- Gibbons, M. B., and Boren, H. 1985. Stress reduction : A spectrum of strategies in pediatric oncology nursing. Nursing Clinics of North America 20 (1): 83-103.
- Graham, L. and Conley, E. 1971. Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients. Nursing Research 20 (2): 113-122.
- Gill, K.M. 1987. Parent participation with family health dynamic. Pediatric Nursing 13, 94-96.
- Grimm, P. M. 1997. Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M., and Olsen, S. J. (Eds). Instruments for clinical health-care research. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Gullone, E. 2000. The development of normal fear : A century of research. Clinical Psychology Review 20 (4): 429-451.
- Harkin, A. 1994. Family – centered nursing care of children 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders .
- Harris, P. J. 1981. Children in hospital. Nursing Time 77, 1936 – 1937.
- Houck, G. M. 2000. Coping and stress tolerance. In burn ,C. E., Brandy, M. A., Dunn, A. M. & Starr, N. B. ed. Pediatric primary care: A handbook for nurse. Philadelphia: W.B.Saunders
- Hart, D., and Bossert, E. 1994. Self-reported fears of hospitalized school-age children. Journal of Pediatric Nursing 9 (2): 83-90.
- Hobb, N., and Perrin, J. M. Issues in the care of children with chronic with chronic illness. Sanfrancisco: Jossey -Bass.
- Hurlock, E. B. 1978. Child development. 6th ed. New York: McGraw-Hill.
- Jersid, A. T., Telford, C. W., and Sawrey, J. M. 1979. Children psychology 7th ed.. Englewood Cliffs: Prentice – Hall.

- Jin, Y. 1997. Selected Factors associated with medical fear among hospitalized Chinese school-age children. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Kleinkhecht, R. A., Thorndike, R. M., Wall, M. M. 1996 . Factor dimension and correlates of blood, Injury, Injection and Related Medical Fear. Behavior Research and therapy 34(4): 323-331.
- Timmerman, R. R. 1983. Preoperative fears of older children. Journal of Association of Operating Room Nurse 38: 827- 834.
- Johnson ,A., and Lindschau, A. 1996. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who hospitalized. Pediatric Nursing 22:99 -120.
- Johnson, B. S. 1997. Psychiatric-mental Health nursing : Adaptation and growth. New York: Lippincott.
- Josselyn, I. M. 1978. Psychosocial development of children. New York: Family Service Association of America.
- Judith, A. V., Carlson, K. L., & Mc Gill, J. 1994. Use of distraction with children during an acute pain experience. Nursing research 43(6): 369 –372.
- Kristensson-Hallstrom, I. 2000. Parental participation in pediatric surgical care. AORN Journal 71 (5): 1021-1029.
- Lader, M., et al. 1971. Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton.
- Lambert, S. A. 1984. Variables that affect the school – age child's reaction to hospitalization and surgery : A review of the literature. Maternal – Child Nursing Journal 13 (1): 1-18.
- LaMontgne, L. L., Johnson, J. E., Hepworth, J. T., and Johnson, B. D. 1997. Attention coping and activity in children undergoing orthopedic surgery. Research in Nursing & Health 20, 487-494.
- LaMontagne, L. L. 2000. Children's coping with surgery : A process-oriented perspective. Journal of Pediatric Nursing 15 (5): 307-312.
- Lazarus, R. S. 1991. Emotion and Adaptation. New York: Oxford University Press, Inc.
- Lau, B. W. K. 2002. Stress in children: Can nurse help?. Pediatric Nursing 28(1): 13 – 19.

- Lau, B. W. K. 2002. Stress in children: Can nurse help?. Pediatric Nursing 28(1): 13 – 19.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. AORN Journal 64 (3): 424-436.
- 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.
- Lima,R.A.G.Rocha,S.M.M.,Scochi,C.G.S.,&Callery,.P.2001.Involvement and Fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil. Pediatric Nursing 27, 559:564.
- Luckman,J.,& Sorensen,K.C.1980.Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: W.B Saunders.
- Manion, J. 1990. Preparing children for hospitalization, procedures, or surgery. In M. J. Craft., and J. A. Denehy. eds. Nursing interventions for infant and children. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mark, M. G. 1998. Introductory pediatric nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Marlow. D. R., & Redding, B. A. 1988. Textbook of pediatric nursing. Philadelphia: W. B. Saunders.
- McCann, K. and McKenna, H. P. 1993. An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. Journal of Advanced Nursing 18, 838-846.
- McCaffery, M. 1972. Nursing management of the patient with pain. Philadelphia: Lippincott.
- McCorkle, R. 1974. "Effects of Touch on Seriously ill Patients." Nursing Research 23 (2): 125-131.
- McCubbin, M. A., and McCubbin, H. I. 1988. Family Stress Theory and Assessment in Family Assessment Inventories for Research and practice. Wisconsin.
- Melnyk, B. M., and Feinstein, N. F. 2001. Mediating functions of maternal anxiety and participation in care on young children's post hospital adjustment. Research in Nursing and Health 24(1): 18 – 26.
- Moore, A. 1987. Frightened of fear. Nursing Times 1, 34-37.

- Muris, P., Boddon, D., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., and King, N. 2003. Fears of
beast a prospective study on the effects of information on childhood fear.
Behavior Research and Therapy.[Online].Available from: Science Direct [2003,
June23].
- Muris, P., Harald, M., & Collaris, R. 1997. Common childhood fears and their origin.
Behavior Research in Nursing and Health 5, 929 – 937.
- Murray, J. S. 2000. A Concept Analysis of Social Support as Experienced by Siblings of
Children With Cancer. Journal of Pediatric Nursing 15(5)313-322.
- Neff, O., and Spray, M. 1996. Introduction to maternal and child health nursing.
Philadelphia: W.B. Saunder
- Ngim – Kee Yap, J. 1988. The effects of hospital and surgery on children A critical review.
Journal of Developmental Psychology 9(3): 349 –358.
- Nicastro, E. A., and Whetsell, M. V. 1999. Children's fear. Journal of Pediatric Nursing 14
(6): 392-402.
- Neill, S. J. 1996. Parent participation 1: Literature review and methodology. British Journal
of Nursing 5, 34-40.
- Newton, M. S. 2000. Family-Centered Care: Current realities in parent participation.
Pediatric Nursing 26, 164-168.
- Ollendick, T. H., Yule, W., Ollier, K. 1991. Fear in British children and their relationship to
manifest anxiety and depression. Journal Child Psychology and Psychiatry 32(2):
321-331.
- Palmer, S. J. 1993. Care of sick children by parents: A meaningful role. Journal of Advance
Nursing 18, 185-191.
- Pass, M. D., and Pass, C. M. 1987. Anticipatory guidance for parents of hospitalization
children. Journal Pediatric Nursing 2, 250 – 258.
- Pillitteri, A. 1999. Child health nursing :care of child and family. Philadelphia: Lippincott
- Pongjaturawit, Y. 2001. Parental participation in the care of hospitalized children with
chronic illness. Unpublished manuscript, Chiang – Mai university.
- Prugh, D. G. 1983. The Psychosocial Aspects of Pediatrics. Philadelphia: Lea and
Febiger.

- Robinson, E. H., et al. 1986. Fear : A development perspective. Presentation at the Annual Meeting of the American Association for Counseling and Development. Los Angeles. Cited in Nicastro, E. A., and Whetsell, M. V. 1999. Children's fear. Journal of pediatric Nursing 14 (6): 392-402.
- Robinson,S.J.1979.Nurse 's role in preparing children for surgery. AORN Journal 30, 619-625.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. 1989. Abnormal psychology. New York: W. W. Norton and Company.
- Rushfort, H. 1996. Nurse 's knowledge of how children view health and illness. Pediatric Nursing 8 (9).
- Sarafino, E. P. 1998. Health psychology biopsychosocial intervention. New York: John Wiley & Sons.
- Schulte, E. B., Price, D. L., and James, S. R. 1997. Pediatric Nursing. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Spielberger, C. D. 1986. "Anxiety, Pain and Coping." Stress and Anxiety. Washington: Hemisphere publishing corporation.
- Spielberger, C. D., et al. 1973. Emotional Reaction to Surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology 40 (June) : 33-38.
- Spielberger, C. D. 1983. The measurement of state and Trait Anxiety: Conceptual and methodological issue in emotion. New York: Ravan press.
- Stacacy, M. 1990. Hospital, Children and their Families. London: Routledge and Kegan Paul.
- Stacacy, M.1990. Hospital, Children and their Families. London: Routledge and Kegan Paul.
- Street, L. L., and Barow, D. H. 1994. Anxiety disorder. In Craighead, Lw.; Craighead, W. E., Kazdin, A. E. and Mahoney, M. J. eds. Cognitive and behavioral intervention: An empirical approach to mental health problems. Massachusetts: Allyn & Bacon 71 – 85.
- Stuart, G. E., and Sundeen, S. J. 1995. Principles and practice of psychiatric nursing. 5th ed. St. Louis: Mosby.

- Stuart, G. W., and Laraia, T. M. 2001. Principle of Psychiatric Nursing. St.Louis: The C.V.Mosby Co.
- Timmerman, R. R. 1983. Preoperative fears of older children. Journal of Association of Operating Room Nurse 38, 827- 834.
- Vacarolis, E. M. 1998. Foundations of psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Vaughan, V. C. & Litt, I. F. 1990. Child and adolescent development : Clinical implication. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Visintainer, M. A., and Wolfer, J. A. 1975. Psychological preparation for surgical pediatric patients : The effect on children's and parent's stress response and adjustment. Pediatrics 56 (2): 187-202.
- Wen SH,Wu L. M. 2004. An experience in applying Watson theory in caring for an enter virus – infected child and his primary care giver. Hu Li Za Zhi 51(3): 100 – 105.
- Weiner, H. 1985. The Physiology and pathology of anxiety and fear. In A. H.Tuma and Maser(eds). Anxiety and the anxiety disorder. pp.333-354. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinstein, P., Domoto, P., and Baab, D. 1983. Developmental factors in coping of preschool children during restorative treatment. The Journal of Pedodontics 8(52): 52-56.
- Wilson-Barnett,. J. 1992. Anxiety. In Brooking, J I., Richer, S. A. H., and Thomas, BL.eds. A textbook of psychiatric and mental nursing. NewYork: Churchill Livingstone.
- Wilson, A. H., & Yorker, B. 1997. Fears of medical events among school-age children with emotional disorders, parents and health care providers. Issues in Mental Health Nursing.18:57-71.
- Wolf, Z. R. 1986 .The caring concept and nursing identified caring behaviors. Topics in Clinical Nursing 8 : 84-93.
- Wong, D. L. 1995. Whaley and Wong's nursing of infant and children. 5th ed. Missouri: Mosby – Year Book.
- Wong, D. L. 1999. Nursing care of infant and children. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Year Company.

- Wong, D. L., Hockenber-Eaton, M., Wilson, D., Winkelatein, M. L., & Schwartz, P. 2001. Wong's essentials of pediatric nursing . 6th ed. St Louis: Mosby.
- Wood, S. P. 1983. School age children's perceptions of the cause of illness. Pediatric Nursing 9, 101 –104.
- Wollin, S. R., et al. 2004. Anxiety in children having elective surgery. Journal of Pediatric Nursing.19(2):128-130.
- Zahr,L.K.1998.Therapeutic play for hospitalized preschool in Lebanon. Pediatric Nursing 23(5): 449 – 454.
- Ziegler, D. B., and Prior, M. M. 1994. Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. Nursing Clinics of North America 29(4): 655-669.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

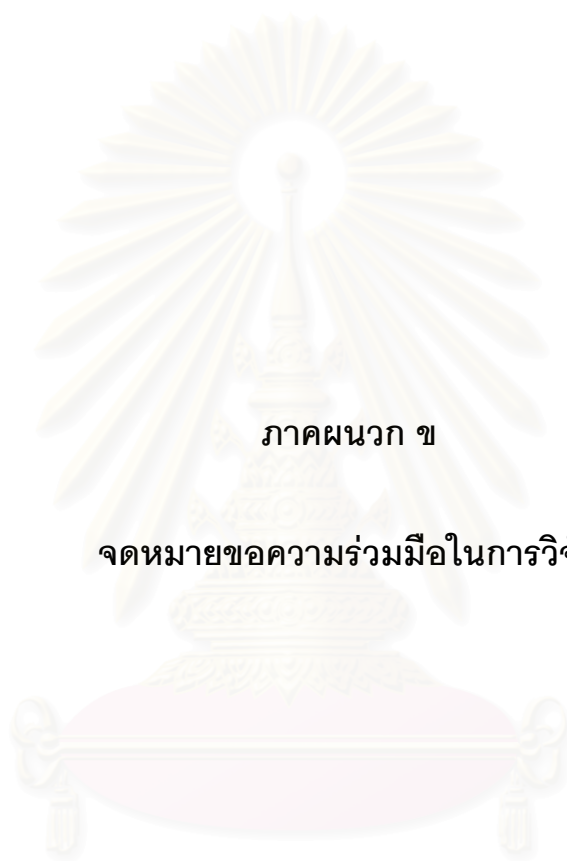
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้รังคุณวุฒิ

1. น.ต.หญิง นาดยา พึ่งสว่าง อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาล
กองทัพอากาศ
2. สมปราวรณา ทรายสมุทร อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี นครลำปาง
3. นิชกานต์ ไชยชนะ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สงขลา
4. คุณจิรัญญา พานิชย์ พยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วย สก 16
สามัญ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. คุณกรรณิกา ลวณะสกล พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.111 / ๒๕๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกคคี่ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓๑ สิงหาคม 2549

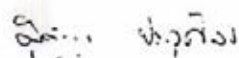
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวนันทา ผลพุกณ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8-12 ปี และมารดาของผู้ป่วยเด็ก จำนวน 55 คน ณ แผนกกุมารเวชกรรม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามความถี่การรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกถามคามการรับรู้ของเด็ก แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนคามการรับรู้ของเด็ก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทา ผลพุกณ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริหารการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804
ข้อนี้ติด	นางสาวนันทา ผลพุกณ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศธ 0512.11/ 1755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกคส์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒) สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

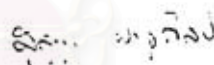
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิชา ผลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกรรณิกา ลวณะสกล พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกกุมารเวชกรรม 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางกรรณิกา ลวณะสกล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

นิสิต

นางสาวนันทิชา ผลพฤกษ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศธ 0512.11/

๖๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

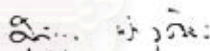
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิษฐา ผลฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทัศนคติกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ณิชกานต์ ไชยชนะ อาจารย์แผนกการพยาบาลเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อกำหนดแนวทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตติ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ณิชกานต์ ไชยชนะ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนิษฐา ผลฤทธิ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศธ 0512.11/

๑๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒3 สิงหาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวนิษฐา ผลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8-12 ปี และมารดาของผู้ป่วยเด็ก จำนวน 55 คน ณ แผนกกุมารเวชกรรม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามความถี่การรักษของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกคามคามการรับรู้ของเด็ก แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิษฐา ผลพฤกษ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุกัญญา ประจุศิลป์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

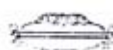
อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนิษฐา ผลพฤกษ์ โทร. 0-1970-0170

ท ศธ 0512.11/ 1986



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓๐ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรภูเก็ต

เนื่องด้วย นางสาวชนิษฐา ผลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8-12 ปี และมารดาของผู้ป่วยเด็ก จำนวน 50 คน ณ แผนกกุมารเวชกรรม โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามความถี่การรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ของเด็ก แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนคามการรับรู้ของเด็ก และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชนิษฐา ผลพฤกษ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวชนิษฐา ผลพฤกษ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศช 0512.11/ 2549

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

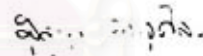
เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทา ผลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทัศนคติกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจิรัญญา พานิชย์ พยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วย สก 16 สามัญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวจิรัญญา พานิชย์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทา ผลพฤกษ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศธ 0512.11/ 1956

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙3 สิงหาคม 2549

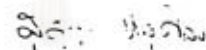
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอวด

เนื่องด้วย นางสาวนิษฐา ผลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทัศนคติกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8-12 ปี และมารดาของผู้ป่วยเด็ก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามความถี่การรับการรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามคามารับรู้ของเด็ก แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนคามารับรู้ของเด็ก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิษฐา ผลพฤกษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตฺป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

ผู้อนิสิค

นางสาวนิษฐา ผลพฤกษ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศธ 0512.11/ 1755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๘ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทรา ผลทฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง นาดยา ทุ่งสว่าง อาจารย์แผนกการพยาบาลแม่และเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น جهتประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกุลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ต้นนายเรียน	นาวาตรีหญิง นาดยา ทุ่งสว่าง
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804
ชื่อนิสิต	นางสาวนันทรา ผลทฤกษ์ โทร. 0-1970-0170

ที่ ศธ 0512.11/ 1755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗๖ สิงหาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชนิษฐา ผลฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทัศนคติกับความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ สมปรารถนา ทราชสมุทร อาจารย์แผนกผู้ประสานการพยาบาลเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ สมปรารถนา ทราชสมุทร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 02-218-9804

ชื่อนิสิต นางสาวชนิษฐา ผลฤกษ์ โทร. 0-1970-0170



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ของเด็กวัยเรียน

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของด.ช./ด.ญ.....ได้ทราบ
จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวณิชฐา ผลพฤษ์ ที่อยู่ 1/2 ม.4 ต.โพธิ์เสด็จ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
80000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึง วัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัย
รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงที่อาจเกิด ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษา
ดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าและบุตร
มีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยหากข้าพเจ้าไม่สะดวก โดยจะไม่มีผลต่อบริการการรักษาที่บุตรของ
ข้าพเจ้าพึงได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากบุตรของข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติใดๆ
เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น จนมีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้าและบุตรยินดีให้
ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้และได้ลงนามใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

.....

วันที่/เดือน/ปี
ผู้ปกครอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

วันที่/เดือน/ปี
(นางสาวณิชฐา ผลพฤษ์)
ผู้วิจัยหลัก

.....

วันที่/เดือน/ปี
พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง
8. ข้าพเจ้าผู้ปกครองของด.ช./ด.ญ.....ได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น
ตลอดจน ข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการ
ดังกล่าว
9. ข้าพเจ้าผู้ปกครองของด.ช./ด.ญ.....มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วม
หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผล
ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ประการใด
10. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อ
และที่อยู่ของประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอม
ไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่
ผลการวิจัยได้รับตีพิมพ์
12. จำนวนของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมารดาของเด็กโดยประมาณที่ใช้
ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 116 คู่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่1

ชุดที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

คำอธิบาย จงอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย (/) ในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. กำลังศึกษาชั้น

() ประถมศึกษาปีที่1	() ประถมศึกษาปีที่2	() ประถมศึกษาปีที่3
() ประถมศึกษาปีที่4	() ประถมศึกษาปีที่5	() ประถมศึกษาปีที่6
4. การวินิจฉัยโรค.....
5. เข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่.....
6. โรงพยาบาล..... ตึกผู้ป่วย.....
7. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามตามการรับรู้ของเด็ก

คำอธิบาย ข้อความที่หนูจะได้ยินต่อไปนี้เป็นสิ่งที่พยาบาลอาจจะทำกับเด็กขณะที่เด็กนอนอยู่ที่โรงพยาบาล จงฟังข้อความเหล่านี้ แล้วตอบว่าพยาบาลได้ทำสิ่งนั้นกับหนู มากน้อยเพียงใด

1. พยาบาลเจาะเลือดฉัน ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย
2. พยาบาลให้น้ำเกลือแก่ฉัน ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย
3. พยาบาลฉีดยาให้ฉัน ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย

.
.
.
.
.
.
.
.
.

- .15.พยาบาลไม่อนุญาตให้ฉันเล่นของเล่น ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ชุดที่5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดาผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**

คำอธิบาย ข้อความที่หนูได้ยื่นต่อไปนี้เป็นสิ่งที่แม่อาจจะทำกับเด็กขณะที่เด็กอยู่ที่โรงพยาบาล
จงฟังข้อความเหล่านี้ แล้วตอบว่าแม่ได้ทำสิ่งนั้นกับหนู มากน้อยเพียงใด

1. แม่อยู่ใกล้ๆชั้นเวลาที่พยาบาล ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคยทำเลย
ฉีดยาให้ฉัน

2. แม่คอยปลอบฉันเวลาที่พยาบาล ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคยทำเลย
ฉีดยาให้ฉัน

3. แม่อยู่ใกล้ๆชั้นเวลาที่พยาบาล ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง ไม่เคยทำเลย
เจาะเลือด

.

.

.

.

.

.

.

.

.

20.แม่หาอาหารที่ฉันชอบให้ฉันทาน ทำทุกวัน ทำบางวัน ไม่เคยทำเลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็ก

คำอธิบาย จงอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย (/) ในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
 - () คู่ () แยกกันอยู่
 - () หย่า () หม้าย
3. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 - () อนุปริญญา () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าระดับปริญญาตรี () อื่นๆระบุ.....
4. จำนวนบุตร.....คน
5. บุตรที่ป่วยเป็นบุตรลำดับที่.....
6. อาชีพหลักของมารดา.....
7. รายได้ครอบครัว.....บาทต่อเดือน
8. สิทธิการรักษาของบุตร
 - () เบิกตามสิทธิข้าราชการ () จ่ายเงิน
 - () บัตรประกันสุขภาพ () ประกันสังคม
 - () อื่นๆระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชนิษฐา ผลพฤษ์ เกิดวันที่ 10 พฤษภาคม 2516 ที่จังหวัดกรุงเทพฯ สำเร็จ การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และเข้ารับ การศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ตึกผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลชะอวด อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย