

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความกลัวขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ของเด็กวัยเรียนโดยรวมและรายด้าน เปรียบเทียบระดับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนที่มีอายุแตกต่างกัน และเปรียบเทียบระดับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้านความกลัวการบาดเจ็บของร่างกาย ของเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์การได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดแตกต่างกัน ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวในเด็ก
2. ความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวในเด็ก

ความกลัว (fear) เป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษโบราณว่า 'faer' ซึ่งแปลว่าอันตราย หรือ ความหายนะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (Goodwin, 1983; สเปญ อุ๋นอองค์, 2538) ใช้กับความกลัวที่เหมาะสมกับเหตุผลและสามารถระบุสิ่งที่กลัวได้ (กวี สุวรรณกิจ, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ให้ความหมายของ ความกลัวไว้อีกหลายท่านคือ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (2538) ให้ความหมายของความกลัวว่า หมายถึง ความรู้สึก ไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาด เพราะคาดว่าจะประสบภัย

พะยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ให้ความหมายของความกลัวทางด้านจิตเวชว่า ความกลัว หมายถึง อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขที่เกิดขึ้นพร้อมๆกับที่มีการเปลี่ยนแปลงในจิตสรีรวิทยาของร่างกาย ในขณะที่สนองตอบต่ออันตรายหรือภัยที่เกิดขึ้น

ความกลัว คือ อาการเตือนว่าสิ่งที่คุกคามหรืออันตรายเข้ามาใกล้ ความกลัวอาจถูกกระตุ้นโดยสิ่งภายนอกหรือภายในใจ จากสิ่งภายนอกที่สามารถมองเห็น ได้ยิน ได้รู้สึก สิ่งกระตุ้น

ภายใน เช่น ประสบการณ์ครั้งแรก หรือสิ่งที่แต่ละคนได้รับการบอกเล่า หรือจินตนาการเอาเอง (Davies & Janosik, 1991)

ความกลัว เป็นสถานการณ์พิเศษของสัญญาณเตือนในระบบของร่างกายเพื่อเตรียมตนให้รอดพ้นอันตราย (Silverman, Greca, & Wasserstein, 1995)

ความกลัว เป็นการตอบสนองตามปกติต่อการคุกคาม ทั้งที่เกิดขึ้นจริง และที่คาดว่าจะเกิดขึ้น อารมณ์ที่เกิดจะมีผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่ตนเองรู้สึก และผู้อื่นสังเกตเห็นได้ (สเปญ อุ๋นอองค์, 2538)

ชาตรี วิชาชาติ และอุมาพร ตรังคสมบัติ (2538) กล่าวว่า ความกลัวคือ สภาวะความวิตกกังวลเฉียบพลัน (acute anxiety) ซึ่งเกิดจากการเผชิญบางสิ่งบางอย่าง เช่น คน สัตว์ สิ่งของ หรือสถานการณ์และทำให้มีพฤติกรรมพยายามหลีกเลี่ยง (avoidance behavior) ดังนั้น ความกลัวเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดในคนทุกคน ส่วนหนึ่งของความกลัวเกิดจากสัญชาตญาณสิ่งมีชีวิต ซึ่งช่วยให้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย

ศิริเพิ่ม เขาวนศิลป์ (2543) กล่าวว่า ความกลัวเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจริงที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ ซึ่งสิ่งเร้านี้อยู่ในสภาพแวดล้อมภายนอก และความกลัวนี้ถือเป็นปกติที่ทุกคนอาจจะมีได้

สมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ให้ความหมายของความกลัวว่า หมายถึง ความรู้สึกน่ากลัวที่เหมาะสมกับเหตุผลและสามารถระบุสิ่งที่กลัวได้ (Anderson, 1994 cited in Chaiyawat, 2000)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความกลัว หมายถึง ความรู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัยที่เหมาะสมกับเหตุผลและสามารถระบุสิ่งที่กลัวได้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว ได้แก่ ทฤษฎีของอารมณ์ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีพัฒนาการ ดังรายละเอียดดังนี้คือ

1. ทฤษฎีของอารมณ์ มี 3 ทฤษฎีซึ่งนักจิตวิทยาผู้ตั้งทฤษฎีตั้งขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมและลักษณะของอารมณ์ รวมทั้งอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นพร้อมกับอารมณ์ ทฤษฎีเหล่านั้น ได้แก่ (มุกดา สุขสมาน, 2537)

1.1 ทฤษฎีเจมส์ - แลง (James - Lange theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีของอารมณ์ทฤษฎีแรกที่ตั้งโดยนักจิตวิทยาสองคนคือ คาร์ล แลง (Carl Lange) และ วิลเลียม เจมส์

(William James) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าความรู้สึกทางอารมณ์จะเกิดขึ้นจากการกระตุ้นของร่างกาย และการตอบโต้ของร่างกายนั้นจะทำให้เกิดการรับรู้ทางอารมณ์ ตัวอย่าง เช่น เมื่อเราพบผู้ร้ายถือปืนอยู่ตรงหน้าเรา เรากลัวจนตัวสั่นและวิ่งหนี การตอบโต้ภายในจะเป็นตัวเริ่มต้นของการรับรู้ความกลัว จิตสำนึกในการรับรู้ความกลัว จะเป็นผลให้เกิดการตอบโต้ของร่างกาย ทฤษฎีนี้เน้นถึงการรับรู้ของความกลัวของเราเอง

1.2 ทฤษฎีแคนนอน – บาร์ค (Cannon – Bard theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีอารมณ์ของเจมส์ – แลง โดยนักจิตวิทยา 2 คนคือ แคนนอน (Cannon) และบาร์ค (Bard) ทั้งสองคนพบว่าอารมณ์เกิดจากแรงกระตุ้น และเคยมีประสบการณ์ทางอารมณ์นั้นมาก่อน และสรุปว่าสมองทาลามัส และไฮโปทาลามัสเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ ประสบการณ์และการตอบโต้ของร่างกายจะทำงานร่วมกับทาลามัส และไฮโปทาลามัส แรงกระตุ้นอารมณ์เดินทางผ่านทาลามัสไปยังเปลือกสมองบางส่วนผ่านระบบประสาทอัตโนมัติไปยังกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเนื่องมาจากอารมณ์นั้น

ต่อจากการวิจัยค้นคว้าของ แคนนอน – บาร์ค แล้วจึงพบว่าสมองส่วนลิมบิกซิสเต็ม (Limbic systems) มีหน้าที่ควบคุมอารมณ์โดยตรงมากกว่าทาลามัส และไฮโปทาลามัส

1.3 ทฤษฎีแซคเคอร์ – ซิงเกอร์ (The Schachter – Singer theory) ทฤษฎีแซคเคอร์ - ซิงเกอร์ เรียกอีกอย่างว่าทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (cognitive theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ร่างกายมนุษย์แปลความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อมและร่างกายของคนได้ เมื่อมีประสบการณ์ตอบโต้ของร่างกายเกิดขึ้น โดยอธิบายกระบวนการแปลความรู้ความเข้าใจนี้ออกเป็นสองขั้นตอน คือ การแปลตัวกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ เนื่องจากคนส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการกระทบกระเทือนจากสภาพแวดล้อมโดยตรง แต่จะได้รับการแปลสิ่งต่างๆจากสภาพแวดล้อมนั้นทำให้เกิดอารมณ์ขึ้น ส่วนการแปลตัวกระตุ้นจากร่างกายและมีผลต่อการปลุกประสาทอัตโนมัติให้ตื่นตัว ตัวอย่างเช่น เมื่อเรารู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วขึ้น เราแปลออกมาว่าเรตกใจหรือมีความกลัว ทฤษฎีนี้ให้แง่คิดว่า อารมณ์ที่รายงานออกมามีผลจากการแปลสิ่งที่ทำให้เกิดการปลุกให้ตื่นตัว เช่น เมื่อเรามีความสุขจากสภาพแวดล้อมต่างๆ เป็นสิ่งชี้แสดงว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ของ ฟรอยด์ อธิบายว่า ความกลัวเกิดจากการใช้กลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanism) ที่ไม่ได้ผลในการจัดการกับแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากมีความขัดแย้งในใจเรืองอติปิลของเด็ก หรือความรักแบบคู่รักกับแม่ (oedipal libidinal striving) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกลักษณะแข่งขันแบบแย่งชิง ก้าวร้าวรุนแรง (rivalrous aggression) แต่เด็กก็ยอมรับสิ่งที่เกิดในใจนั้นไม่ได้จึงต้องกดเอาไว้ (repressed) ความขัดแย้งและแรงผลักดันเหล่านี้บางส่วนก็เปลี่ยนเป็นความวิตกกังวล บางส่วนก็ถูกปล่อยไปที่พอ ทำให้รู้สึก

ว่าพ่อเป็นบุคคลอันตราย น่ากลัว แต่เด็กต้องอยู่กับพ่อและหลีกเลี่ยงพ่อไม่ได้ เด็กจึงย้ายความกลัวไปสู่สิ่งที่เด็กหลบเลี่ยงได้ที่มีลักษณะ หรือสัญลักษณ์ของพ่อ เช่น ผู้ที่มีความเข้มแข็ง มีอำนาจ (กวี สุวรรณกิจ, 2541; Graham, 1991)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ของพาฟลอฟ และวัตสัน (Pavlov & Watson) ความกลัวเป็นปฏิกิริยาหลีกเลี่ยงที่ถูกล้างเงื่อนไข (conditional avoidance reaction) เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าในธรรมชาติ (natural stimuli) เด็กเรียนรู้พฤติกรรมที่จะหลบหนีเพื่อให้ออกห่างจากสถานการณ์ที่เป็นอันตราย การรอดพ้นนี้ทำให้ความรู้สึกไม่มีความสุขลดลง การหลบหนีจึงได้รับการเสริมแรงให้กลับมาเกิดขึ้นอีก (Graham, 1991)

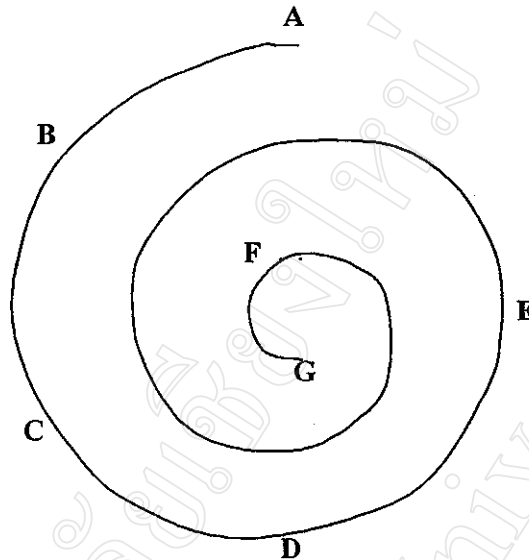
4. ทฤษฎีพัฒนาการทางชีวภาพ (Biological-developmental theory) ความกลัวเป็นการปรับตัวทาง ธรรมชาติ แสดงออกในรูปของการมีพฤติกรรมในการแสวงหาความปลอดภัย โดยเฉพาะ การได้รับการปกป้องของบุคคล การดำรงชีวิตของเด็กเป็นในรูปของบุคคลที่อ่อนแอและต้องการ การปกป้องคุ้มครอง โดยการแสดงออกในเรื่องความกลัว ซึ่งค่อยๆลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในเด็กบางคนปฏิกิริยาความกลัวอาจมีมากและอยู่นาน ทำให้รบกวนการเจริญทางพัฒนาการ (Graham, 1991)

สรุปจากทฤษฎีทั้ง 4 ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวในเด็กว่า เป็นอารมณ์ที่เกิดจากธรรมชาติในตัวเด็กเอง และการเรียนรู้ที่เกิดตามพัฒนาการ ความกลัวเกิดจากการกระตุ้นของร่างกายจากสภาพแวดล้อม และมีประสบการณ์ทางอารมณ์กลัวนั้นมาก่อน แล้วมีการรับรู้ทางความคิดสติปัญญากระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความกลัวของร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทางอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎีทางอารมณ์ทั้งสามทฤษฎี ให้แนวคิดในการประเมินความกลัวของเด็กจากการเปลี่ยนแปลงของสรีระในร่างกาย ส่วนทฤษฎีจิตวิเคราะห์ให้ความรู้ในเรื่องกลไกการเกิดความกลัวของเด็กว่าเกิดจากการใช้กลไกการป้องกันทางจิต ทฤษฎีการเรียนรู้กล่าวถึงความกลัวว่าเป็นปฏิกิริยาหลีกเลี่ยงที่ถูกล้างเงื่อนไข และทฤษฎีพัฒนาการทางชีวภาพ บอกถึงความกลัวว่าเป็นการปรับตัวทางธรรมชาติ แสดงออกในรูปของพฤติกรรมแสวงหาความปลอดภัย

วงจรความกลัว (The Fear Cycle)

โรบินสัน, ร็อทเตอร์, ไวลด์, และเฟย์ (Robinson, Rotter, Vogel, & Fey, 1986 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้เสนอวงจรความกลัวเพื่ออธิบายความกลัวในเด็ก และปฏิกิริยาที่เด็กตอบสนองต่อสิ่งที่กลัว ซึ่งสิ่งที่เด็กกลัวเหล่านี้ เด็กมองว่าจะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ความเจ็บปวด

หรือความสูญเสียแก่ตนได้เป็นวงจรดังแผนภาพ



แหล่งที่มา. จาก "Conceptualization of fear cycle" by Robinson, Rotter, Vogel, & Fey. (1986). In E.A. Nicastro & M. V. Whetsell, (1999). Children's fear. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 . (P. 397)

คำอธิบายวงจรความกลัว

A = สิ่งที่เกิดเข้าสู่สภาพแวดล้อมของเด็ก

B = เด็กรับรู้ต่อสิ่งที่กลัวนั้นตามระดับความรู้ความเข้าใจของตนเอง

C = เด็กประเมินตนเองในการหาหนทางจัดการกับสิ่งที่กลัวด้วยตนเองตามระดับการรับรู้

D = เด็กตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวโดยใช้ความรู้ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

E = เด็กแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่กลัว วิธีใดวิธีหนึ่ง (สู้หรือหนี)

F = เด็กจะประเมินผลพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวโดยใช้พื้นฐานความสำเร็จหรือความล้มเหลว ถ้าสำเร็จเด็กจะมีความมั่นใจมากขึ้น และมีความเข้มแข็งในการเผชิญความกลัวที่อาจพบอีก แต่ถ้าล้มเหลวเด็กจะรู้สึกอ่อนแอ วิตกกังวล และกลัวมากขึ้นในเรื่องเดิมที่อาจประสบ

G = วงจรดำเนินต่อ

แหล่งกำเนิดของความกลัว

โอแลนดิก และคิง (Ollendick & King, 1991 cited in Muris, Harald, & Collaris, 1997) กล่าวถึงแหล่งกำเนิดความกลัวปกติที่พบในเด็กคือ

1. การมีประสบการณ์ตรง (direct experience) โดยการจดจำเรื่องที่ไมดี หรือมีประสบการณ์ที่น่ากลัวเกี่ยวกับสิ่งนั้น เมื่อประสบกับเหตุการณ์นั้นอีกเด็กจึงกลัว
2. การมีแบบอย่าง (modeling) ปฏิกริยาของ พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อน หรือคนที่รู้จักแสดง ปฏิกริยาความกลัวต่อสิ่งนั้นทำให้เด็กเกิดการเลียนแบบตาม
3. การได้ข้อมูลในด้านลบ (negative information) จากการได้ฟังความน่ากลัวของ สิ่งนั้นจาก ของ พ่อ แม่ ครู เพื่อน โทรทัศน์ สื่อต่างๆ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ผิด หรือเด็กแปลความผิด สำหรับในประเทศไทยนั้น สถาบันแห่งชาติสำหรับการค้นคว้าเรื่องเด็ก (อ้างใน นฤมล ธีระรังสิกุล, 2532) ได้ทำการวิจัยเรื่องความกลัวของเด็ก ไทย ในเด็กอายุ 7-8 ปีพบว่าแหล่งที่ทำให้ เด็กกลัวมาจาก

1. ประสบการณ์โดยตรง หมายถึง การที่เด็กเคยเผชิญหรือเคยพบปะกับสิ่งที่กลัว ด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆว่า มีอันตรายหรือสิ่งที่คุกคามความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยของตนเอง
2. คำบอกเล่าหรือคำขู่ของบุคคลที่สัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นบิดามารดา หรือญาติพี่น้อง มากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อน และครู
3. จินตนาการของเด็กเอง โดยที่เด็กไม่เคยมีประสบการณ์พบเห็น หรือมีคนบอกเล่า มาก่อน

ศรีประภา ชัยสินทรพ (2543) กล่าวว่า ความกลัวมีในเด็กทุกวัย ทุกคน โดยทั่วไปแล้ว สิ่งต่างๆที่ทำให้เด็กกลัวมี 4 ประเภท คือ

1. สัตว์ ตั้งแต่สัตว์เล็กถึงสัตว์ใหญ่
2. สถานการณ์ที่น่ากลัว
3. ปรากฏการณ์ธรรมชาติที่น่ากลัว เช่น ไฟฟ้า แผ่นดินไหว
4. สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ เช่น ผี ยักษ์

ชนิดของความกลัวในเด็ก

โอแลนดิก และคิง (Ollendick & King, 1989 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้

แบ่งชนิดของความกลัวทั่วไป ที่พบในเด็กเป็น 5 กลุ่มคือ

1. กลัวความล้มเหลว และคำวิจารณ์ (failure and criticism) เช่น กลัวการตำหนิของพ่อแม่ กลัวการสอบตก กลัวการถูกตำหนิ คำวิจารณ์จากผู้อื่น
2. กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (the unknown) เช่น กลัวผีและสิ่งที่น่ากลัว กลัวห้องมืด หรือห้องที่ปิดประตู กลัวสัตว์ประหลาด กลัวการอยู่คนเดียว
3. กลัวการบาดเจ็บและสัตว์เล็ก (injury and small animals) เช่น กลัวปืน กลัวการเห็นเลือดออก กลัวงู กลัวหนู
4. กลัวอันตรายและความตาย (danger and death) เช่น กลัวไฟ สิ่งที่ทำให้พุพอง กลัวถูกรถชน กลัวตกจากที่สูง กลัวแผ่นดินไหว
5. กลัวการรักษาในโรงพยาบาล (medical fear) เช่น กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวการถูกแพทย์ พยาบาลฉีดยา กลัวการไปพบแพทย์

ค่อมคิงและกัลโลน (King & Gullone, 1992 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้เพิ่มความกลัวในเด็กอีก 2 กลุ่มคือ กลัวโรคเอดส์ และสงครามนิวเคลียร์ ซึ่งซิลเวอร์แมน, เกรคา และวาสเซอร์สไตน์ (Silverman, Greca, & Wasserstein, 1995) และเบิร์นแฮม (Burnham, 1995 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้สนับสนุนการศึกษาของ คิงและกัลโลนว่า ความกลัวปกติในเด็กคือ กลัวสงคราม กลัวปัญหาในครอบครัว กลัวการทำร้าย ซึ่งมีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนจะกลัวการถูกทำร้ายร่างกายมากที่สุด

ปฏิกิริยาตอบสนองและการแสดงต่อความกลัวของเด็ก

โรเซนฮาน และเซลิกแมน (Rosenhan & Seligman, 1989) ได้อธิบายว่า เมื่อมีความกลัวเกิดขึ้น ร่างกายก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัว โดยมี 4 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบทางความรู้ความเข้าใจ ทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม สำหรับความกลัวนั้นก็มีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบอาจประกอบด้วยองค์ประกอบหลักที่แตกต่างกัน ซึ่งทุกองค์ประกอบหลักอาจไม่ได้เกิดพร้อมกัน บางองค์ประกอบหลักอาจเกิดหรือไม่ได้เกิด ในแต่ละรูปแบบของความกลัวนั้น ความกลัวที่รุนแรงมากมักจะเกิดจากหลายองค์ประกอบหลัก โดยในแต่ละองค์ประกอบหลักก็มีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบหลักทางความรู้ความเข้าใจ (cognitive elements) เป็นการคาดว่าจะเป็นอันตรายในเวลาอันใกล้ สัญญาณนี้ส่งมาจากจิตใจสู่ร่างกายให้มีปฏิกิริยาต่อความกลัว
2. องค์ประกอบหลักทางร่างกาย (somatic elements) เป็นปฏิกิริยาทางกาย เมื่อบุคคล

เกิดความกลัวมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 2 ระดับคือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกและการเปลี่ยนแปลงภายใน เมื่อบุคคลเกิดความกลัว สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายนอกได้แก่ หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก มือเย็นซีด ปากสั่น กล้ามเนื้อหดเกร็ง มีการเปลี่ยนแปลงที่ใบหน้า (Rosenhan & Seligman, 1989) การกระตุกของกล้ามเนื้อใบหน้า กระพริบตา ขนลุก ลูกต้อกลน (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) และปฏิกิริยาในส่วนอื่นของร่างกาย ในขณะเดียวกันก็เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกิดในเวลาระยะสั้น หลังจากบุคคลรับรู้ถึงอันตรายและมีปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลัน โดยการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากการรับรู้ถึงอันตรายจากระบบรับรู้ความรู้สึก แล้วบันทึกที่ไฮโปทาลามัส และส่งต่อโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ผ่านอะดรีนัล เมดัลลา (adrenal medullar) ที่อยู่ในต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายโดยการหลั่งอะดรีนาลิน (adrenaline) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น การสูดดมโลหิตเพิ่มขึ้น หลอดเลือดฝอยขยาย ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น การหายใจหอบถี่ เหงื่อออก ตัวเย็น ตับปล่อยน้ำตาลให้กล้ามเนื้อใช้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเลือด

3. องค์ประกอบหลักทางอารมณ์ (emotional elements) ประกอบด้วย ความรู้สึกกลัว ตกใจ เสียขวัญ สิ้น วิตกกังวลคุมสติไม่ได้ (Rosenhan & Seligman, 1989) ร้องไห้ ไขว้อ่อนการกระตุ้นคิดอย่าง ค้างทั้งผม โมโหง่าย ตกใจง่าย หงุดหงิด ไม่สบาย (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro & Whetsell, 1999)

4. องค์ประกอบหลักทางพฤติกรรม (behavioral elements) มีสองชนิดคือ การตอบสนองตามเงื่อนไขได้แก่ปฏิกิริยาที่เกิดโดยไม่ตั้งใจต่อความกลัว และปฏิกิริยาที่จะกระทำต่อสิ่งที่กลัวโดยตรงได้แก่ ปฏิกิริยาการหนีและการหลบเลี่ยง โรบินสัน และคณะ (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้เสนออาการแสดงความกลัวของเด็กที่สังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก 4 ด้านคือ ด้านนิสัยการทำงาน ได้แก่ ผลงานไม่ดี ไม่ทำงานที่รับมอบหมาย หลบเลี่ยงงานบ่อย ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ก่อความวุ่นวาย ไม่อยู่เฉย หลับในห้องเรียน ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่เหมาะสม ได้แก่ ชอบทำพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายคนอื่น ขวนขวายทะเลาะวิวาท พุดคำหยาบ วาดภาพที่เป็นการทำร้ายรุนแรง ทำลายของ ลักขโมย ด้านพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมไม่สมวัย ต้องการให้คนยอมตาม เรียกร้อง สร้างเรื่องโกหก ถามตลอด ติดครู ชอบแสดงออก แก้งบาคเจ็บ และด้านพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ได้แก่ การฆ่าตัวตาย การหลบหนี การทำร้ายร่างกายตนเอง

ผลกระทบของความกลัวที่มีต่อเด็ก

ความกลัวเป็นอารมณ์ด้านไม่พอใจของเด็ก และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็ก ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ อันมีผลต่อการพัฒนาการทางด้านสังคม สติปัญญาและบุคลิกภาพ (สุชา จันทน์อม, 2536) เมื่อเด็กมีความกลัวอย่างรุนแรงและยาวนาน จะมีผลต่อการพัฒนาการด้านการปรับตัวทางอารมณ์ (Rachman, 1968 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ทางพฤติกรรมของเด็ก มีการเจ็บป่วยทางกาย และมีพัฒนาการล่าช้า (Whetsell, 1996 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) เป็นเด็กขี้อาย มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีความวิตกกังวลตกใจง่าย ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้าคิดหรือทำอะไรด้วยตนเองเนื่องจากกลัวความผิดหรือไม่ได้ผลตามต้องการ มีความลังเลใจ กลัวการบาดเจ็บ กลัวสิ่งที่ไม่ควรกลัว มีความรู้สึกลัวว่าไม่ปลอดภัย ไม่กล้าแสดงออกหรือไม่สามารถแสดงออกในเรื่องที่ต้องการได้ สำหรับเด็กที่มีพฤติกรรมถอยหนี เด็กจะไม่กล้าทำอะไรตามลำพัง ไม่ชอบปรึกษาใคร รวมทั้งแก้ปัญหาไม่เป็น ชอบฝันกลางวัน (ผกา สัตยธรรม, 2535) ความกลัวน้อยๆอาจช่วยให้เด็กจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ดีขึ้น แต่ถ้าความกลัวที่มากเกินไปจะรบกวนชีวิตประจำวันของเด็ก เด็กจะเกิดความกลัวอย่างมากเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่น่ากลัว และคิดถึงความกลัวนั้นอยู่เรื่อยๆจนกลายเป็นความทรมานอีกอย่างหนึ่ง คือจะกังวลว่าจะพบสิ่งทีกลัวอีก ความกังวลว่าจะพบสิ่งทีกลัวจึงกลายเป็นสิ่งที่คอยหลอกหลอนเด็กอีกอย่างหนึ่ง และคอยแต่จะหนีและหลีกเลี่ยงที่จะพบสิ่งทีกลัวนั้น ความกลัวจึงแผ่ขยายออกไปอีก ถ้าเด็กเก็บความกังวลนี้ไม่บอกใคร เด็กจะไม่มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับเพื่อนหรือคนอื่นที่มีปัญหาล้ายกัน (สเปญ อุ๋นองค์, 2538)

ความกลัวตามระดับพัฒนาการ

เมื่อพัฒนาการมีการเปลี่ยนแปลง ลักษณะของความกลัวในเด็กก็จะเปลี่ยนไปด้วย เนื่องจากเด็กมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น มีความเข้าใจสภาพแวดล้อม และมีความมั่นใจในการจัดการกับความกลัวเหล่านั้น (Carlson, 2000) ความกลัวในเด็กนั้นจะแปรตามอายุที่เปลี่ยนไป การกลัวคน เช่น คนเลว โจร จะเพิ่มตามอายุ แต่การกลัวสัตว์จะลดลงตามอายุ (Elbedour, Shulman, & Kedem, 1997) จากผลการศึกษาของ เบิร์นแฮมและกัลโลน (Burnham & Gullone, 1997) พบว่าเด็กจะมีความกลัวสัตว์เพิ่มมากที่สุดเมื่ออายุ 15 – 18 ปี โดยความกลัวจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และธรรมชาติของความกลัวจะเปลี่ยนไปด้วย นอกจากนี้จำนวนของสิ่งทีทำให้เกิดความกลัวและความรุนแรงของความกลัวจะลดลงตามอายุ เนื่องจากระดับพัฒนาการที่สูงขึ้นทำให้ความเข้าใจและการรับรู้ดีขึ้น โรบินสัน และคณะ

(Robinson et al., 1986 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้เสนอสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัวในเด็กที่แตกต่างกันตามระดับพัฒนาการดังนี้

ระดับพัฒนาการ สิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว

วัยทารก	ขาดการเอาใจใส่ดูแล เสียงดัง การเคลื่อนที่ของวัตถุกระทบหัน คนแปลกหน้า
วัยเตาะแตะ	การแยกจากพ่อแม่ คนแปลกหน้า การบาดเจ็บ การขับถ่าย สัตว์ใหญ่ งู หีอกมด วัตถุหรือเครื่องจักรใหญ่ การเปลี่ยนแปลงกระทบหันของสิ่งรอบตัว
วัยก่อนเรียน	เสียงดังกลางคืน สัตว์ใหญ่ สัตว์ร้าย งู การแยกจากพ่อแม่ ร่างกายบาดเจ็บ คนเลว
วัยเรียน	ผี สัตว์ประหลาด แม่มด ฟันร้าย ความมืด การอยู่คนเดียว ฟ้าร้อง ฟ้าแลบ พายุ สัตว์ การสูญเสีย การกักขังลักพา การถูกทำร้ายจากคนอื่น คนแปลกหน้า คนร้าย ปืนหรืออาวุธ การถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย การสอบ ผลการเรียนไม่ดี การถูกลงโทษจากการมีปัญา
วัยรุ่น	การถูกทำร้ายทุกชนิด บาดเจ็บจากผู้ร้าย สงคราม ผลการเรียนไม่ดี การสอบ การถูกลงโทษ การอยู่คนเดียว ความสัมพันธ์กับคนอื่น ปัญหาเกี่ยวกับสัญลักษณ์ทางเพศ การยอมรับจากครอบครัว

นอกจากความกลัวในระดับอายุต่าง ๆ กันแล้ว ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวของเด็กในแต่ละวัย ก็แสดงออกต่างกันตามระดับพัฒนาการด้วย วอกาน และลิต (Vaughan & Litt, 1990) ได้กล่าวถึงปฏิกริยาการตอบสนองต่อความกลัวในเด็กแต่ละวัยที่แสดงให้เห็นได้คือ

วัยทารก-2 ปี มีปฏิกริยาโดยแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายและร้องไห้ เด็กทารกจะพยายามหลีกเลี่ยงวัตถุที่ปรากฏ โดยหันศีรษะหนีหรือเบือนหน้าหนี เมื่อเด็กอายุ 6-8 เดือน

วัยก่อนเรียน เป็นวัยที่มีปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวให้เห็นมากที่สุด เนื่องจากความจำกัดด้านคำพูดและภาษา (Sheredy, 1984 อ้างใน ชุติมา จินต์วิเศษ, 2540) และแสดงความกลัวให้เห็น ทั้งทางพฤติกรรม และความฝัน เด็กจะแสดงออกโดยการร้องไห้ ยึดเกาะ ร้องกรี๊ด และหลบหนีจากเหตุการณ์ที่น่ากลัวนั้น

วัยเรียน เด็กวัยนี้จะรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองได้มากพอที่จะไม่แสดงพฤติกรรมให้คนรอบข้างรู้ว่าตนเองกลัว แต่จะแสดงออกในรูปความเจ็บป่วยทางกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ

วัยรุ่น เด็กแสดงความกลัวโดยอาจมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทำร้ายร่างกาย ความล้มเหลวในการเรียน พฤติกรรมทำร้ายทางเพศ

ความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่ยุ่งยาก สับสนสำหรับเด็กทุกวัย เด็กจะได้รับความไม่สุขสบายจากขบวนการรับการรักษาที่ดูแปลก น่าตกใจ และเด็กไม่เคยพบมาก่อน เด็กต้องแยกจากสิ่งแวดล้อม และกิจวัตรประจำวันปกติในการดำรงชีวิต แยกจากการดูแลของพ่อแม่ การอยู่กับพี่น้อง ชีวิตในโรงเรียน สังคม และการเล่นในกลุ่มเพื่อน โดยไม่ได้วางแผนหรือเตรียมตัวมาก่อน นอกจากนี้เด็กยังได้รับความไม่สุขสบาย หรือเจ็บปวดจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กต้องพบกับกิจวัตรประจำวันใหม่ ผู้ดูแลใหม่ และพบกับเด็กอื่นๆที่มีปัญหาทางสุขภาพ ทำให้เด็กรู้สึกไม่มีความสุข ไม่สามารถควบคุมความเป็นตัวของตัวเอง นอกจากนี้ความสับสนในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เด็กยากที่จะเข้าใจว่าเกิดอะไรกับคน อะไรที่เป็นสาเหตุและสามารถควบคุมโรคที่เกิดขึ้นได้ ทำไมต้องอยู่โรงพยาบาลและได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวด ไม่สุขสบาย ความจำกัดในความเข้าใจอาจทำให้เด็กเกิดความเข้าใจผิดในเรื่องการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นการลงโทษ ทำให้มีผลต่อการพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็ก และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Strachan, 1993; Chaiyawat & Brown, 2000) ซึ่งผลเสียทางอารมณ์ที่พบมากที่สุดคือ ความวิตกกังวล และความกลัว (Chaiyawat & Brown, 2000)

ไวซินเทนเนอร์ และวอลฟ์เฟอร์ (Visintainer & Wolfer, 1975) ได้บ่งชี้ถึงสิ่งคุกคาม 5 ลักษณะที่เด็กต้องพบ และทำให้เด็กเกิดความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. สิ่งที่เป็นอันตรายหรือทำให้ร่างกายบาดเจ็บ (physical harm or body injury) เช่น ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดจากหัตถการ การถูกตัดอวัยวะ การตาย
2. การแยกจาก (separations) เช่น แยกจากสิ่งที่เป็นประจำหรือกิจวัตรประจำวัน การแยกจากบิดามารดา เพื่อน และผู้ใหญ่ที่เด็กไว้วางใจ นอกจากนี้การแยกจากในเด็กโต เด็กจะกังวลเกี่ยวกับการขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน การขาดตำแหน่งในกลุ่มเพื่อนและครอบครัว กลัวว่าบุคคลเหล่านั้นจะลืมตน หรือเสียตำแหน่งไปถ้าขาดการติดต่อกัน ทำให้เด็กรู้สึกโดดเดี่ยว และเบื่อ
3. สิ่งที่ไม่ทราบมาก่อน (the unknown) เช่น สิ่งแปลกใหม่ต่างๆที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
4. ขอบเขตจำกัดที่ไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล (uncertainty)

about limits) เช่น ผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับและความมุ่งหวังของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

5. เด็กสูญเสียการควบคุมตนเอง (loss of control) มีความพร้อมในการทำกิจกรรมปกติและขาดความสามารถในการตัดสินใจ

นอกจากที่กล่าวมา ฟอกซ์ (Fox, 1997) ยังกล่าวถึงสิ่งที่ทำให้เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความกลัวเพิ่มอีก 2 ประการคือ การถูกรบกวนแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน และการคิดและตีความว่าความเจ็บป่วย การนอนรักษาใน โรงพยาบาล การผ่าตัด เป็นการถูกลงโทษ

ส่วนบาวเดน ดิกกี และกรีนเบิร์ก (Bowden, Dickey & Greenberg, 1998) ได้จำแนกความกลัวของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามระดับพัฒนาการที่ต่างกันกล่าวคือ

วัยทารก เด็กจะกลัวเสียงดัง การเคลื่อนไหวกระแทกหั่น กลัวขาดการดูแลทางร่างกาย และจิตใจ ในเด็กทารกที่โตมากขึ้น จะกลัวการแยกจาก กลัวบุคคลแปลกหน้า และกลัวที่สูง

วัยเตาะแตะ จะกลัวความมืด กลัวการอยู่คนเดียว กลัวเครื่องมือทางการแพทย์ กลัวท่อสายยางที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

วัยก่อนเรียน จะกลัวร่างกายพิการ กลัวสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ผี สัตว์ประหลาดตามจินตนาการ กลัวการแยกจากครอบครัว พ่อแม่

วัยเรียน กลัวร่างกายบาดเจ็บ กลัวความตาย กลัวสถานการณ์ไม่ปลอดภัย กลัวสูญเสียการควบคุม กลัวพ่อแม่ตาย และวิตกกังวลสิ่งเกี่ยวกับโรงเรียน

วัยรุ่น จะกลัวการขาดความสัมพันธ์กลุ่มเพื่อน กลัวร่างกายพิการ กลัวร่างกายขาดความสามารถ กลัวความตายของบุคคลในครอบครัว

การประเมินความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความกลัวของเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น สามารถประเมินได้โดยผู้ใหญ่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พ่อแม่ จากการสังเกตพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก และการประเมินโดยเด็กเป็นผู้บอกเอง จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าวิธีการประเมินความกลัวที่นิยมใช้กันทั่วไปมี 4 แบบคือ

1. การประเมินจากพฤติกรรม (direct rating of behavior) เมื่อเผชิญกับความกลัวเด็กจะเกิดพฤติกรรมที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คือการหลบหนี หรือทำให้รูดพ้นจากสถานการณ์นั้น อาจเพิ่มความเครียดมากขึ้น (Moore, 1987) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ จิตใจ อารมณ์ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ไม่ใช่ปกติ การประเมินความกลัวจึงทำได้โดยการสังเกตพฤติกรรมที่

แสดงออก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวน้อยจนกลัวมาก เช่น การศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล (2532) ได้ใช้แนวคิดของแบบประเมินความกลัว และความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด มาสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยเรียนตอนต้นต่อความกลัวการฉีดยา โดยสังเกตการแสดงสีหน้าและแววตา ลักษณะการเดิน การเคลื่อนไหวของศีรษะ ตา แขน ขา การขมมือและการเมือนหน้า การเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ การเกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า เกร็งตัว มือและเท้า น้ำเสียงและเนื้อหาคำพูด สุภารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ได้ใช้เครื่องมือของ นฤมล ชีระรังสิกุล ประเมินความกลัวของเด็กวัยเรียนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วน ทศนีย์ อรรถรส (2538) ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กจากนักจิตวิทยาหลายคนประกอบกัน มาสร้างแบบประเมินพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนในการรับรังสีรักษา 6 ด้านคือ การร้องไห้ การจับหรือยึดเกาะ พฤติกรรมการเข้าห้องฉายรังสี พฤติกรรมขณะจัดทำเพื่อการฉายรังสี พฤติกรรมขณะนอนอยู่บนเตียงฉายรังสีขณะฉายรังสี และการกล่าวคำที่แสดงถึงความรู้สึกกลัว

3. การวัดทางสรีรวิทยา (physiological measure) เมื่อบุคคลเผชิญความกลัว ร่างกายจะมีกลไกในการจัดการโดยการหลั่งอะดรีนาลิน เพื่อสร้างปฏิกิริยาสู้หรือหนี (fight or flight) ประสพการณ์นี้ มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ใจเต้น ปัสสาวะออกน้อย ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หายใจเร็ว ม่านตาขยาย และอ่อนเพลีย (Moore, 1987) การประเมินความกลัว จึงประกอบด้วย การวัดการเต้นของหัวใจ หรือชีพจร ดังนั้นการมีเหงื่อออกที่มือ การตึงตัวของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของผิวหนัง อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมวัดอัตราการเต้นของหัวใจ

3. การทดสอบโดยภาพ (projective test) จุดประสงค์ของการประเมินวิธีนี้ เพื่อประเมินความรู้สึกทางจิตใจเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกที่ไม่สามารถประเมินได้จากวิธีอื่น (Finch & Politano, 1994 cited in Chaiyawat, 2000) เด็กสามารถระบายความคิดความรู้สึก โดยการเล่าเรื่อง จากการวาดรูปเกี่ยวกับคน วัตถุต่างๆ การใช้วิธีการนี้ปรากฏว่ามีการเปลี่ยนแปลงของขนาดของรูป สัดส่วน และเงาของภาพ เช่น เด็กที่กลัวเข็มฉีดยาจะเขียนภาพเข็มฉีดยาที่มีขนาดใหญ่มากอยู่เหนือตัวเด็กที่มีขนาดเล็ก เมื่อเทียบกับสัดส่วนที่เป็นจริง เป็นต้น (Fassler & Wallace, 1982 อ้างใน สุภารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542) แต่ผู้ประเมินต้องมีความรู้จริงในการแปลผล

4. การประเมินด้วยตนเอง (self-report) เมื่อเกิดความกลัว ระบบความคิด และสติปัญญา ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจด้านลบและไม่ดี ช่วยตัวเองไม่ได้ นำไปสู่การคิดและกระทำซ้ำๆ และประเมินเหตุการณ์ในทางที่ผิด (Moore, 1987) แต่เด็กที่มีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญามากขึ้น เด็กสามารถบอกความรู้สึกของตนเอง และเข้าใจในวิธีการสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น การประเมินแบบนี้จึงทำได้โดยให้เด็กกำหนดระดับความกลัวของตนเอง แบบประเมินเหล่านี้ได้แก่

4.1 แบบประเมินระดับความกลัวด้วยตนเอง เป็นภาพแสดงออกทางใบหน้าของ แคทซ์ (Katz, 1979 cited in Meinhardt & McCaffery, 1983 อ้างใน อัญชลี ชนะกุล, 2528) ซึ่งสร้าง เพื่อประเมินความวิตกกังวลในการรับการปฏิบัติรักษาในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งอัญชลี ชนะกุล (2528) นำมาประยุกต์เป็นภาพใบหน้าแสดงความกลัว 5 ระดับ (1-5) จากไม่กลัวเลยถึงกลัวมากที่สุด เพื่อประเมินความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดต่อมทอนซิล

4.2 แบบประเมินระดับความกลัวด้วยตนเอง เป็นภาพแสดงออกทางใบหน้าของ เวนแฮม (Venham, 1979 อ้างใน นฤมล ชีรรังสิกุล, 2532) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยใบหน้า และท่าทางที่ นฤมล ชีรรังสิกุล (2532) ที่นำมาประยุกต์เป็นแบบประเมินระดับความกลัวด้วยใบหน้า ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ คำตอบแต่ละข้อจะเป็นภาพให้เด็กเลือกตอบเพียง 1 ภาพ จาก 3 ภาพ คือภาพกลัวมาก กลัว และกลัวน้อยหรือไม่กลัวเลย

4.3 แบบประเมินความกลัวการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นหัวข้อย่อยของแบบประเมินความกลัวโดยทั่วไปสำหรับเด็ก (Medical Fear Subscale of the Fear Survey Schedule for children; FSS-FC) ของเชเลอร์ และนาคุมุระ (Scherer & Nakamura, 1969 cited in Broome, Hellier, Wilson, Dale, & Glanville, 1988) (Broome, Hellier, Wilson, Dale, & Glanville, 1988) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อย่อยของความกลัวคือ วัตถุแหลมคม การไปโรงพยาบาล การถูกฉีดยาจากแพทย์หรือพยาบาล การไปพบทันตแพทย์ การไปพบแพทย์ การตัดผม น้ำดื่มหรือทะเล รดเสียว โดยแบ่งคำตอบ 5 ระดับ จาก ไม่กลัวถึงกลัวมากที่สุด

4.4 แบบประเมินความกลัวโรงพยาบาล (Hospital Fear Scales; HFS) ของเมลามาเด, เมเยอร์, กี และซูล (Melamed, Mayer, Gee, & Soule, 1976 cited in Broome et al., 1988) (Broome et al., 1988) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อคำถาม โดย 8 ข้อคำถามเป็นหัวข้อย่อยของแบบประเมินความกลัวโดยทั่วไปสำหรับเด็ก (Subscale of FSS-FC) ด้านความกลัวการรักษาในโรงพยาบาล (medical Fear) ซึ่งเป็นอีก 8 ข้อคำถามเป็นการประเมินความกลัวโรงพยาบาล และอีก 9 ข้อคำถามเป็นคำถามที่ไม่เกี่ยวข้อง การตอบมี 5 ระดับจาก ไม่กลัวถึงกลัวมากที่สุด

4.5 แบบสอบถามความกลัวโรงพยาบาล (Hospital Fear Questionnaire; HFQ) ของเมลามาเด, เมเยอร์, กี และซูล (Melamed, Mayer, Gee, & Soule, 1976 cited in Broome et al., 1988) (Broome et al., 1988) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นสาเหตุของความเครียดในเด็กตลอดการรักษาในโรงพยาบาล คือ พยาบาล การได้รับยา การผ่าตัด การอยู่ในสถานที่แปลกจากเดิม คนแปลกหน้า การอยู่คนเดียว และการได้รับบาดเจ็บ

4.6 แบบประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (Child Medical Fear

Scale; CMFS) ของบรูม และคณะ (Broome et al., 1988) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความกลัว 3 ฉบับ คือแบบประเมินความกลัวทั่วไปของเด็ก (FSS-FC) แบบประเมินความกลัวโรงพยาบาล (HFS) และแบบสอบถามความกลัวโรงพยาบาล (HFQ) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura) ทฤษฎีพัฒนาการทั่วไปของเด็ก และทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของเพียเจท์ (Piaget) และมีผู้นิยมนำไปใช้กันแพร่หลาย (Broome et al., 1990; Chaiyawat, 2000; Jin, 1997; Hart & Bossert, 1994; Wilson & Yorker, 1997)

แบบประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (CMFS) ที่บรูม และคณะ (Broome et al., 1988) ได้พัฒนาขึ้น เริ่มจากการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนอายุ 6-11 ปี จำนวน 146 คน ในโรงเรียนระดับต้นในประเทศอังกฤษ ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความกลัวที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของเด็ก และระบบการดูแลสุขภาพ แล้วรวบรวมเป็นคำถามได้ 29 ข้อ แบ่งความกลัวออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านความกลัวสภาพแวดล้อม (environmental fear) เช่น กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวการนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน กลัวตาย และกลัวการจากครอบครัว ด้านความกลัวจากภายในตัวเด็กเอง (intrapersonal fear) เช่น กลัวร่างกายบาดเจ็บ กลัวการเห็นเลือด กลัวตัวเองอาเจียน กลัวตัวเองร้องไห้เมื่อเจ็บ ด้านความกลัวเหตุการณ์ที่ได้รับ (procedural fear) เช่น กลัวการฉีดยา กลัวถูกเจาะเลือดปลายนิ้ว กลัวแพทย์ใส่ไม้กดลิ้นในปาก กลัวแพทย์และพยาบาลตรวจคอ และด้านความกลัวที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal fear) เช่น กลัวการขาดเรียน กลัวเพื่อนหรือญาติจะคิดโรจากตน กลัวแพทย์และพยาบาลบอกสิ่งที่ผิดปกติในร่างกายหรือไม่บอกว่าจะทำอะไรที่เกี่ยวข้องกับตน โดยคิดการให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 3 ระดับ คือ 1 หมายถึงไม่กลัวเลย 2 หมายถึงกลัวเล็กน้อย และ 3 หมายถึงกลัวมาก ผลคะแนนรวม จาก 29 ถึง 87 คะแนน โดยคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำหมายถึง เด็กวัยเรียนมีความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลต่ำ

ต่อมาคณะผู้สร้างชุดเดิมได้ปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้งโดยตัดคำถามที่มีผลน้อยต่อการศึกษาในเด็กที่ไม่เจ็บป่วยกับเด็กที่ได้รับการผ่าตัดเล็กออก 12 ข้อ เหลือคำถาม 17 ข้อ การตอบแบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1 หมายถึงไม่กลัวเลย 2 หมายถึงกลัวเล็กน้อย และ 3 หมายถึงกลัวมาก ผลคะแนนรวมจาก 17 ถึง 51 คะแนน โดยคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำหมายถึง เด็กวัยเรียนมีความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลต่ำ หลังการพัฒนา ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดสอบกับเด็กวัยเรียนอเมริกันจำนวน 84 คน หาความเชื่อมั่น 2 ประเภทคือ ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยคำนวณค่า Cronbach' alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 และ ความคงที่โดยการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพเด็ก 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) ร้อยละ 78 แม้แบบประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลนี้จะพัฒนาโดยการทดสอบในเด็กวัยเรียนที่ไม่เจ็บป่วย แต่ต่อมาก็

ได้มีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Abu-saad, Pool, & Tulken, 1994; Broome et al., 1990; Hart & Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson & Yorker, 1997)

วรารักษ์ ชัยวัฒน์ (Chaiyawat, 2000) ได้นำแบบประเมินความกลัวจากการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (CMFS) ของบรูม และคณะ (Broome et al., 1988) มาดัดแปลงเป็นภาษาไทย เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กไทย โดยแปลข้อคำถามเดิม 17 ข้อ เป็นภาษาไทยและเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับความกลัวทางด้านวิญญาณ ซึ่งเป็นความกลัวเฉพาะของเด็กไทยที่ได้จากการศึกษานำร่องก่อนการพัฒนาเครื่องมืออีก 1 ข้อ จากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบวิเคราะห์แฟกเตอร์ (factor analysis) พบว่าสามารถจัดกลุ่มข้อคำถามออกเป็นความกลัว 3 ด้านคือ

1. ความกลัวการบาดเจ็บของร่างกาย (fear of physical hurt) ได้แก่ กลัวการทำให้ตัวเองเจ็บ กลัวการไปหาหมอ กลัวถูกฉีดยา กลัวที่จะเห็นตนเองเลือดออก กลัวถูกเจาะเลือด ปลายนิ้ว และกลัวผีของคนไข้ที่ตายในโรงพยาบาล
2. ความกลัวสูญเสียการควบคุม (fear of loss control) ได้แก่ กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวว่าแพทย์และพยาบาลไม่บอกว่าจะทำอะไรกับตน กลัวที่จะอาเจียน กลัวว่าจะร้องไห้เวลาที่เจ็บ กลัวว่าถ้าไปโรงพยาบาลแล้วอาจจะตาย กลัวการอำปากให้แพทย์ตรวจในคอ และกลัวแพทย์เอาไม้กดลิ้นใส่ปาก
3. ความกลัวการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal fear) ได้แก่ กลัวการขาดเรียน กลัวการอยู่โรงพยาบาลนาน กลัวคนอื่นจะคิดโรคจากตนถ้าเล่นด้วยขณะที่ตนป่วย กลัวแพทย์และพยาบาลจะบอกถึงผิดปกติในร่างกาย และกลัวไม่ได้อยู่กับครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่ไม่เจ็บป่วย อายุเฉลี่ย 10 ปี จำนวน 208 คน จากโรงเรียน 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร แบบวัดสองครั้ง (test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 และทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน แล้วหาความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยคำนวณค่า Cronbach' alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเป็น 0.83 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาระหว่าง ร้อยละ 90-95 เครื่องมือนี้จึงมีความเหมาะสม ที่จะใช้ประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนไทยได้

จากที่กล่าวมาความกลัวของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีสาเหตุมาจากสิ่งที่มีเหมือนกัน แต่ลักษณะของความกลัว และอาการแสดงของความกลัวในเด็กแต่ละวัยแตกต่างกัน ซึ่งความกลัวนี้สามารถประเมินได้โดยผู้ใหญ่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พ่อแม่ จากการประเมินจากพฤติกรรม การวัดโดยสรีระ การทดสอบโดยภาพ และการประเมินโดยเด็กเป็นผู้บอกโดยการใช้แบบประเมิน

ด้วยตนเอง แต่แบบประเมินความกลัวด้วยการสังเกตพฤติกรรมนั้นบางครั้งเด็กอาจแสดงพฤติกรรมไม่ชัดเจน หรือไม่แสดงให้เห็นในเด็กที่ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และบางครั้งผู้สังเกตอาจแปลพฤติกรรมเด็กไม่ถูกต้อง ส่วนการประเมินด้านสรีระ การเปลี่ยนแปลงนั้นอาจเกิดจากอารมณ์อื่น เช่น ความโกรธ ความเครียด หรือการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ สำหรับการประเมินด้วยรูปภาพ ผู้แปลความหมายของรูป ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญจริงในการแปล ดังนั้นการประเมินด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งที่น่าจะทำให้ผลใกล้เคียงความจริงมากที่สุด เพราะเด็กคือแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดที่จะบอกว่าเขากลัวในระดับใด และบอกสิ่งที่เขารู้สึกแต่ไม่แสดงออกได้ (Beitchman & Connadi, 1988) ซึ่งวิธีที่เหมาะสมที่จะใช้แบบประเมินนี้คือ ตั้งแต่วัยเรียนขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินความกลัวด้วยตนเองคือ แบบประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนไทย (Thai CMFS-R) ของวารกรณ์ชัยวัฒน์ (Chaiyawat, 2000) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความกลัวจากการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (CMFS) โดยบรูม และคณะ (Broome et al., 1988) มาใช้ในการประเมินระดับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการประเมินที่ได้นำไปเปรียบเทียบว่า ระดับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนที่มีอายุต่างกันมีความแตกต่างกันหรือไม่ และระดับความกลัวด้านความกลัวการบาดเจ็บของร่างกาย ของเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์การได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดต่างกัน มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งด้านสติปัญญา จิตใจ และสังคม ตามทฤษฎีพัฒนาการทางความคิด เพียเจท์ (Piaget) จัดเด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นความคิดเป็นรูปธรรม (concrete operation) เพราะเด็กมีความก้าวหน้าด้านสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด มีความสามารถทางการอ่านทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความคิดและแก้ปัญหาในเชิงตรรก มีความสามารถในการใช้เหตุผล ความกลัวของเด็กจึงสมเหตุสมผลใกล้เคียงความจริงมากขึ้น ในขณะที่อีริกสัน (Erikson) จัดเด็กวัยเรียนให้อยู่ในระยะขยันแองานแข่งกับความรู้สึกลด้อย (industry vs inferiority) จะเป็นวัยที่ชอบแข่งขันเปรียบเทียบ การได้ออกสู่สังคมกว้างขึ้นจากบ้านสู่โรงเรียน เด็กจึงมีความกลัวเกี่ยวกับสังคมและโรงเรียนร่วมด้วย (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2540; Duncan, 1990; Parker, Zuckerman & Alpert, 1995; Wong, 1995) ส่วนฟรอยด์ (Freud) กำหนดให้เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นแสวงหาความสุขจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เด็กจะรักการอ่าน การดูภาพยนตร์ โทรทัศน์ แต่จากการที่เด็กยังมีความเข้าใจไม่สมบูรณ์และมีความคิดเป็นรูปธรรม เด็กจึงนำสิ่งต่างๆที่พบเห็นมาเชื่อมโยงกับความนึกคิด และ

จินตนาการ เด็กจึงกลัวสิ่งที่เห็นจากภาพยนตร์ โทรทัศน์ และสื่อต่างๆ (Wong, 1995)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่คาดว่าทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความกลัว ทั้งความกลัวตามพัฒนาการ และความกลัวจากประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา พยาบาล (Broome et al., 1988) จากความสามารถทางความคิด สถิติปัญหาที่เพิ่มขึ้น ทำให้เด็กคิด และวิตกกังวลเกี่ยวกับผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา ที่อาจทำให้ร่างกายบาดเจ็บหรือตาย เด็ก มักกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวด ร่างกายขาดความสามารถ การเจ็บป่วยนาน และอาจตาย (Sarafino, 1998) แม้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถทนต่อการแยกจากพ่อแม่ได้ดีขึ้น แต่การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ทำให้เด็กรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดความรักจากพ่อแม่ เด็กจึงกลัวการแยกจาก และต้องการพ่อแม่อยู่ด้วยเพื่อให้รู้สึกปลอดภัยขึ้น นอกจากนี้การแยกจากเพื่อนทำให้เด็กขาดความ สัมพันธ์กับเพื่อน การขาดเรียน และการเจ็บป่วย ที่ทำให้เด็กรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน เด็กจึงกลัว เสียตำแหน่งของตนในกลุ่มเพื่อน ผลของการเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีความพร่อง ในการดูแลตนเองและสังคมในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนต่อแผนการดำเนินชีวิต ประจำวัน กฎระเบียบข้อห้ามต่างๆขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลที่ทำให้เด็กขาดอิสระ เด็กจึง กลัวสูญเสียการควบคุม (Ashwil & Droske, 1997) ในเด็กวัยเรียนตอนปลายอย่างวัยรุ่น เด็กจะกลัว การเปิดเผยร่างกายต่อคนแปลกหน้า และกลัวการขาดความเป็นส่วนตัวในการเคลื่อนไหว จับถ่าย ทำให้เด็กรู้สึกหมดหวัง ต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกเสียอำนาจ และเสียการควบคุมเกี่ยวกับบทบาทใน ครอบครัว ความสามารถทางร่างกาย สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองและกลุ่มเพื่อน (Johnson, 1997)

จากการศึกษาเรื่องความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า เด็กจะกลัวเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ได้แก่ การฉีดยา การถูกเจาะเลือดปลายนิ้ว (อัญชลี ชนะกุล, 2528; Broome et al., 1990; Ebmeier, Lough, Huth, & Autio, 1991; Hart & Bossert, 1994) กลัวการ ผ่าตัด (อัญชลี ชนะกุล, 2528) กลัวร่างกายบาดเจ็บหรือพิการ (Ebmeier et al., 1991; Jin, 1997; Neff & Beardslee, 1991) กลัวความตาย (Ebmeier et al., 1991; Jin, 1997) กลัวการแยกจาก ได้แก่ กลัวการจากบ้านและครอบครัว (Astin, 1977; Broome et al., 1990; Ebmeier et al., 1991; Hart & Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson & Yorker, 1997) กลัวการนอนโรงพยาบาลนาน (Broome et al., 1990; Hart & Bossert, 1994; Wilson & Yorker, 1997) กลัวขาดเรียน (Jin, 1997; Wilson & Yorker, 1997) กลัวการไปโรงพยาบาล (Broome et al., 1990; Wilson & Yorker, 1997) กลัวสิ่งที่ไม่รู้ (Ebmeier et al., 1991; Timmerman, 1983) กลัวจะบอกว่ามีสิ่งผิดปกติในร่างกายตน (Hart & Bossert, 1994) กลัวเกี่ยวกับอันตรายของยาที่ได้รับ กลัวเกี่ยวกับความปลอดภัย กลัวสงคราม และ กลัวป่วยและตายจากสภาพแวดล้อมเป็นพิษ (Astin, 1977) โดยระดับความกลัวโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยจะมีความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่า

เด็กวัยเรียนที่ไม่เจ็บป่วยและเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่วนเด็กวัยเรียนกลุ่มโรคติดกั้วจะมีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆที่กล่าวมา (Broome et al., 1990; Hart & Bossert, 1994; Jin, 1997; Wilson & Yorker, 1997)

ปัจจัยที่มีผลต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่

1. เพศ เด็กชายและเด็กหญิง มีอัตราการพัฒนาทางการเจริญเติบโตที่ต่างกัน โดยเฉพาะด้านร่างกายและปัจจัยทางชีวภาพ มีผลให้เกิดความแตกต่างในบทบาททางเพศ พื้นฐานอารมณ์ทางเพศ (Carr, Lemanek, & Armstrong, 1998) เด็กชายจะถูกสอนให้ปกปิดความรู้สึกกลัวและยอมรับความกลัวน้อยกว่าเด็กหญิง การแสดงความกลัวมากในเด็กผู้หญิงเป็นผลดีแก่เด็กในการดำรงชีวิตในด้านการได้รับการปกป้องดูแล จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องความกลัวในเด็กวัยเรียนชายและเด็กวัยเรียนหญิงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีผลสรุปที่แตกต่างกัน คือ บางการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนชายจะมีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กวัยเรียนหญิง (Dolgin, Phipps, Harow, & Zelter, 1990; Broome et al., 1990; Jin, 1997; Wilson & Yorker, 1997) โดยจินให้เหตุผลว่าเพราะเด็กชายจะถูกคาดหวังถึงความกล้าหาญ กลัวคนอื่นเยาะเย้ย ถิ่นแสดงความกลัว จึงปกปิดความกลัวของตนไว้ แต่บางการศึกษาพบว่าเด็กวัยเรียนหญิงและเด็กวัยเรียนชาย มีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน (Astin, 1977; Hart & Bossert, 1994)

2. อายุ ชนิดของความกลัวทั่วไปในเด็กจะแปรตามอายุ โดยความกลัวที่มีอยู่ก่อนจะลดลงหรือหมดไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Elbedour, Shulman, & Kedem, 1997; Johnson, 1997) แต่ความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนนั้น มีการศึกษาที่แสดงว่าไม่ลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น (Broome et al., 1988; Broome et al., 1990; Hart & Bossert, 1994; Wilson & Yorker, 1997) โดยให้เหตุผลว่าความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลเป็นความกลัวเฉพาะที่ต่างจากความกลัวทั่วไปตามพัฒนาการของเด็ก ส่วนจิน (Jin, 1997) ศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนชาวจีนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดของบรูมและคณะ (Broome et al., 1988) พบว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่ามีระดับความกลัวมากกว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่า โดยให้เหตุผลว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสในการเรียนรู้ความกลัวมากกว่า และอาจมีประสบการณ์ในการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จึงเกิดการพัฒนาของความกลัวการรักษาในโรงพยาบาล และคำถามในแบบประเมินความกลัวมีสถานการณ์ที่หลากหลายที่เด็กวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่าได้ประสบ ทำให้คะแนนความกลัวมากกว่าเด็ก

วัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่า แต่ก็มีการศึกษาความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่แนวคิดของบรูมและคณะ (Broome et al., 1988) ที่แสดงให้เห็นว่าความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน ที่มีอายุน้อยกว่า มีระดับความกลัวมากกว่าเด็กวัยเรียนที่มีอายุมากกว่า (Astin, 1977; Dolgin et al., 1990) โดยให้เหตุผลว่าความกลัวของเด็กจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

เด็กวัยเรียนคือเด็กที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี ตูซา จันท์ธอม (2538) ได้แบ่งวัยเรียนเป็นอีก 2 ระดับคือ วัยเรียนตอนต้น (อายุ 6- 10 ปี) และวัยเรียนตอนปลาย (อายุ 10-12 ปี) ส่วนมาร์โลว์และเรดดิ้ง (Marlow & Redding, 1988) ได้แบ่งอายุเด็กวัยเรียน เป็น 3 ระดับ คือ ช่วงอายุ 6-8 ปี, อายุ 8-10 ปี และ อายุ 10-12 ปี ซึ่งแต่ละช่วงอายุจะมีพัฒนาการ และการเจริญเติบโตที่แตกต่างกัน เด็กวัยเรียนที่มีช่วงอายุแตกต่างกันจะมีมิติทัศนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (จรัสศรี จันท์ธายทอง, 2534) ดังนั้นช่วงอายุของเด็กวัยเรียนจึงน่าจะมีผลต่อระดับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

เด็กวัยเรียนอายุ 6-7 ปี อยู่ในพัฒนาการความคิดขั้นคิดเอง (intuitive) ตามทฤษฎีความคิดของเพียร์เจท์ เด็กยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง เด็กยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายตนเอง ความเจ็บป่วยและการรักษา เด็กวัยนี้เชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ เกิดจากการดื้อรั้นหรือทำผิดของตน การรักษาพยาบาลที่เด็กไม่ชอบ ถือเป็น การลงโทษที่เขาควรได้รับจากการทำผิดนั้น (Marlow & Redding, 1988; Scipien, Chard, Howe, & Barnard, 1990) ในช่วงอายุ 8-10 ปี เข้าสู่พัฒนาการความคิดขั้นเป็นรูปธรรม แต่เด็กยังมีความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดการเข้าใจที่ผิดจากจินตนาการกับความจริงที่เห็น (Marlow & Redding, 1988) ความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยนี้จึงเกี่ยวข้องกับจินตนาการเด็กด้วย คือ กลัวความมืด การอยู่คนเดียว กลัวผี สัตว์ประหลาดที่เด็กนำมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์ขณะรักษาโรงพยาบาล หลังอายุ 9 ปี เด็กจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ เด็กจึงกลัวเกี่ยวกับความตาย (Ashwil & Droske, 1997)

ส่วนเด็กวัยเรียนตอนปลาย คือเด็กที่มีอายุ 10-12 ปี เป็นวัยที่เข้าสู่วัยรุ่น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจากการทำงานของต่อมต่างๆ อารมณ์ของเด็กจึงมีผลมาจากฮอร์โมนร่วมด้วย เด็กวัยนี้มีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น สิ่งที่เด็กวัยนี้กลัวที่สุดคือ การไม่ยอมรับของกลุ่ม เด็กจะไม่ชอบการแข่งขัน แต่ก็ไม่ต้องการแข่งขันหรือด้อยกว่าเพื่อนฝูง ชอบการยกย่องแต่ไม่เปรียบเทียบกับ (Scipien et al., 1990) เด็กวัยนี้เข้าใจสาเหตุและผลของการเจ็บป่วยต่อร่างกาย (Ashwil & Droske, 1997) หลังอายุ 11 ปีเด็กจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายตัวเองมากขึ้น เข้าใจว่าความเจ็บป่วยมีผลจากความล้มเหลวของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย (Glasper, 1991) เด็กจะรับรู้เกี่ยวกับความแตกต่างของความเจ็บป่วย ความหมายของความตายคือการเสียชีวิตของอวัยวะความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ

เด็กวัยนี้คือ กลัวอันตรายที่เกิดขึ้นกับร่างกาย กลัวจะไม่หายเหมือนเดิม กลัวไม่ฟื้น พิกการ หรือตาย กลัวการแยกจากครอบครัวและเพื่อน กลัวความตายของบุคคลในครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายสู่วัยรุ่นจะเริ่มมีความอายที่เกี่ยวกับรูปร่าง และเพศ เด็กจะรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวกับการตรวจทางเพศ เด็กต้องการรู้เหตุผลการตรวจ และถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

3. ชนิดของความเจ็บป่วย สภาพของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเด็กแต่ละคนที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ระยะการดำเนินโรค และวิธีการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน จึงมีผลต่อความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนต่างกันด้วย อัมพล สุอัมพันธ์ และวาสนา สรมณี (2538) กล่าวถึงชนิดของความกลัวของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่า เด็กจะกลัวเหตุการณ์ที่ได้รับบ่อยครั้งจากการรักษาพยาบาล และกลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตน กลัวความตายจากการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเองและการเห็นเด็กอื่น ส่วนในเด็กวัยเรียนโรคเฉียบพลัน เด็กจะกลัวเหตุการณ์ที่ได้รับความเจ็บปวด กลัวร่างกายผิดปกติ หรือพิกการ (Brennan, 1994) กลัวเข็ม และกลัวการฉีดยา (Rice, 1993) ซึ่งการศึกษาของบรูม และคณะ (Broome et al., 1990) พบว่าเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง จะมีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป และมีชนิดของความกลัวต่างจากเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปด้วย ส่วนการศึกษาของจิน (Jim, 1997) พบว่า เด็กวัยเรียนโรคเฉียบพลันมีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง โดยให้เหตุผลว่าเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย อาจมีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ และเรียนรู้กับวิธีการรักษาในโรงพยาบาลจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย จึงต้องการแสวงหาวิธีให้อาการเจ็บป่วยนั้นทุเลา ส่วนบิดามารดาก็มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือเด็กในการลดและป้องกันความกลัว โดยการให้กำลังใจ และช่วยเหลือเนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษายาวนานและต่อเนื่อง แต่การศึกษาของฮาร์ท และบอสเสร์ท (Hart & Bossert, 1994) พบว่าเด็กวัยเรียนโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

4. ประสิทธิภาพการได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด การรักษาในโรงพยาบาลนั้น เด็กวัยเรียนแต่ละคนจะได้รับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย และเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีทั้งทำให้เจ็บปวด และทำให้ไม่สุขสบาย ซึ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดนั้นได้แก่ การใส่ท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะ การเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือดปลายนิ้ว การเจาะเลือดทางหลอดเลือดแดง การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ การเจาะปอด เจาะหลัง เจาะไขกระดูก และการทำแผล ซึ่งจากการสำรวจการทำเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในเด็กพบว่าการฉีดยาเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุด (Hester, 1993 อ้างใน จูดิพร อุคมกิติ, 2540) แต่การศึกษาของ วองและเบคเกอร์ (Wong & Baker, 1988) ในเด็ก

อายุ 3-12 ปี พบว่าความเจ็บปวดที่เด็กได้รับจากหัตถการที่พบบ่อยสุดคือ เจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อคูดเลือด หรือใส่สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฉีดยา การถอดสายสวนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือดปลายนิ้ว หัตถการที่ทำให้เด็กได้รับที่มีความเจ็บปวดรุนแรงคือ ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการเจาะปอด เจาะเลือดทางหลอดเลือดแดง การใส่สายสวนที่หลอดเลือดดำที่คอ การเจาะหลัง และการเจาะไขกระดูก แต่ความรู้สึกเจ็บปวดจากหัตถการของเด็กแต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น ร้อยละ 85 ของเด็กเหล่านี้บอกว่าเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นหัตถการที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวดมาก แต่เด็กที่เคยได้รับการเจาะหลัง การเจาะไขกระดูก กลับบอกว่าการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำทำให้รู้สึกเจ็บปวดไม่มากนัก อย่างไรก็ตามสิ่งที่เด็กตอบตรงกันคือ การเจาะเลือดทางหลอดเลือดแดงเป็นหัตถการที่ทำให้เด็กได้รับความรู้สึกเจ็บปวดมาก

ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มักเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บปวด (Sarafino, 1998) การได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดทำให้เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความกลัว (Fox, 1997) นอกจากนี้ความกลัวยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นจากการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น (McCaffery, 1972) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยพบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรายงานความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวด ซึ่งมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันคือ การศึกษาของ บรูมและคณะ (Broome et al., 1990) พบว่าเด็กที่ได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดที่รายงานความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงจะรายงานความเจ็บปวดจากหัตถการสูงด้วย แต่การศึกษาของเบเยอร์และน็อท (Bayer & Knott, 1998) พบว่าการรายงานความเจ็บปวดจากการได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดของเด็ก ไม่สัมพันธ์กับการรายงานความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความกลัวจากการได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวด คือ การเจาะเลือด การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการผ่าตัดต่อมทอนซิล (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532; ชูพงษ์ค์ ว่องศรี, 2529; ตูรารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542; อัญชลี ชนะกุล, 2528) ซึ่งแสดงถึงหัตถการที่ทำให้เจ็บปวด มีผลต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่การรักษาในโรงพยาบาลนั้น เด็กวัยเรียนแต่ละคนจะได้รับหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดมากน้อยแตกต่างกัน จึงน่าจะมีผลต่อระดับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างกันด้วย

5. รายได้ของครอบครัว เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมักเจ็บป่วยบ่อย เนื่องจาก การได้รับอาหารไม่ถูกต้องเพียงพอ การขาดความรู้ในการป้องกันโรค ป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพตามความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักปล่อยให้หายเอง หรือซื้อยากินเอง เนื่องจาก

ไม่มีเวลา หรือไม่มีคำรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจมีเมื่อเด็กมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจริงๆ (อรัญ อจอำ, 2542) ส่วนเด็กในครอบครัวที่มีรายได้สูง เมื่อมีการเจ็บป่วย ย่อมแสวงหาบริการทางสุขภาพที่เป็นธุรกิจ มุ่งถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าครอบครัวรายได้ต่ำ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวรายได้ต่ำ จะรายงานความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง (Hart & Bossert, 1994; Miller, 1979) โดยฮาร์ท และบอสเซิร์ตให้เหตุผลว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง เพราะปัญหาทางเศรษฐกิจ

6. สังคมและวัฒนธรรมประเพณี เด็กในทุกวัฒนธรรมมีประสบการณ์จากความกลัวในสถานการณ์ต่างๆต่างกัน ความกลัวจะมีลักษณะเฉพาะตามวัฒนธรรม และความรุนแรงแปรผันตามอาการที่ปรากฏ (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2543) แม้จะยังไม่พบการศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกันในเรื่องที่ต่างสังคมและวัฒนธรรมประเพณี แต่ก็มีการศึกษาที่เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของความกลัวทั่วไป ในเด็กที่ต่างสังคมและวัฒนธรรมประเพณี เช่น ชอร์ และแรพพอร์ท (Shore & Rapport, 1998) ได้ศึกษาโครงสร้างและรูปแบบของความกลัวในเด็กวัยเรียนชาวฮาวายที่ต่างสายพันธุ์ พบว่าความกลัวในเด็กวัยเรียนชาวฮาวายเชื้อสายคอเคเซียน จะต่ำกว่าเด็กวัยเรียนชาวฮาวายเชื้อสายเอเชียและเชื้อสายฟิลิปปินส์ แสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมมีผลต่อความกลัวในประชากรที่ต่างกัน เอลบีเดอ และคณะ (Elbedour et al., 1997) ได้ศึกษาความกลัวในเด็กวัยเรียนจากความต่างทางวัฒนธรรม และพัฒนาการการรับรู้ของเด็กอิสราเอลเชื้อสายยิวกับเด็กอิสราเอลเชื้อสายเบคูอิน พบว่าพัฒนาการของเด็กและปัจจัยทางวัฒนธรรมมีผลต่อพัฒนาการด้านความกลัวและธรรมชาติความกลัวของเด็ก โดยการเปลี่ยนแปลงของความกลัวในเด็กไม่ได้ขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเท่านั้น แต่เกิดจากการเข้าใจในสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรมประเพณีที่เด็กมีชีวิตอยู่ ส่วนเรเวซ (Revesz, 1990) ได้ศึกษาความกลัวของเด็กอเมริกันโดยเปรียบเทียบเด็กอเมริกันเชื้อสายอังกฤษและอเมริกันเชื้อสายสเปนพบว่า ธรรมชาติของความกลัวภัยอันตรายและรูปแบบของการตอบสนองต่อความกลัวและสิ่งที่เป็นอันตรายในเด็กแต่ละกลุ่ม มีหลายรูปแบบตามความคิดของเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีที่ซับซ้อน ในเด็กแต่ละกลุ่มวัฒนธรรมจะมีภาพความกลัวและภัยอันตรายเป็นของตนเอง ซึ่งวราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Chaiyawat, 2000) ศึกษาพบว่าความกลัวเป็นลักษณะเฉพาะของเด็กวัยเรียนในวัฒนธรรมไทย

7. ภูมิปัญญา สภาพความเป็นอยู่ของสังคมไทยนั้น ความเป็นชนบท และเมืองมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสภาพแวดล้อม อาชีพ ลักษณะการดำเนินชีวิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และคุณภาพของสถานบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ทุกอย่างมีผลต่อความกลัวของเด็กทั้งสิ้น จากการ

ศึกษาของ สตริกแลนด์, ลีเปอร์, เจสซี และฮัดสัน (Strickland, Leeper, Jessee, & Hudson, 1989) พบว่าความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กอายุ 4-17 ปี ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง และชนบทไม่แตกต่างกัน แต่จิน (Jim, 1997) ศึกษาพบว่าเด็กที่มีภูมิลำเนาในชนบทจะมีความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง และภูมิลำเนาเป็นตัวแทนของความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลด้านสภาพแวดล้อม เนื่องจากเด็กวัยเรียนชาวจีนที่อยู่ในเมืองมักเป็นบุตรคนเดียวของครอบครัว ขณะที่เด็กวัยเรียนชาวจีนในชนบทมักมีพี่น้อง การดูแลเด็กในครอบครัวในเมืองจึงมีความระมัดระวังมากกว่า เด็กจึงรู้สึกอ่อนแอและต้องพึ่งพา เมื่อมีการเจ็บป่วย พ่อแม่อาจมีความเครียดและถ่ายทอดสู่เด็กได้

8. สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีโครงสร้างและระบบงานที่ซับซ้อนต่างจากบ้าน และโรงเรียน เด็กไม่ได้เลือกที่จะมาโรงพยาบาลเองแต่เขาถูกนำไปโดยผู้ใหญ่ที่เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับเด็กทั้งหมด เด็กจึงรู้สึกถูกคุกคาม เหมือนถูกลงโทษ และกักขัง โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มองดูแล้วไม่มีความสุข อุปกรณ์การรักษาที่แปลกคล้ายอาวุธที่กระตุ้นความกลัวแก่เด็ก บรรยากาศแห่งความเจ็บป่วย และไม่สุขสบาย การได้ยิน ได้เห็น ได้กลิ่นที่ไม่คุ้นเคย สิ่งที่เกิดกับเด็กอื่นในหอผู้ป่วย เช่น ความตาย ปฏิกริยาความเจ็บปวด ยิ่งสร้างความกลัวแก่เขามากขึ้น ในบทบาทผู้ป่วยที่ต้องพบกับกิจกรรมการรักษาโรงพยาบาล กฎระเบียบที่เป็นข้อห้าม การจำกัดกิจกรรม หรือการทำกิจกรรมบนเตียง ต้องทำตามคำสั่งของแพทย์ พยาบาลเท่านั้น ทำให้เด็กรู้สึกตนเองอ่อนแอ และถูกคุกคาม ควบคุมสภาพแวดล้อมไม่ได้ วอง (Wong, 2000) กล่าวว่า การลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ของเด็กที่นอนโรงพยาบาลคือ การให้ความรู้ในเรื่องสถานที่ การวินิจฉัยโรค การรักษาใช้วิธีที่ไม่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ และการจัดสภาพแวดล้อมไม่ให้คุกคาม จากการศึกษาของคณาตักษณ์ คลเสมอ (2541) พบว่ากลิ่นน้ำยาต่างๆในโรงพยาบาลเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทำให้เด็กเกิดจินตนาการต่อ แล้วรู้สึกกลัว เช่น กลิ่นแอลกอฮอล์ เมื่อเด็กได้กลิ่นทำให้เด็กหวาดเสียว และหวาดกลัวว่าจะต้องได้รับการฉีดยา จากผลการศึกษาของจิน (Jim, 1997) พบว่าความกลัวด้านสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนชาวจีนที่กลัวมากที่สุดคือการกลัวแยกจากครอบครัว กลัวจะตาย และกลัวนอนโรงพยาบาลนาน

จะเห็นได้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เป็นเหตุการณ์ที่คาดว่าทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความกลัวทั้งความกลัวทั่วไป และความกลัวการรักษาในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทั้งที่สอดคล้องและแตกต่างกัน ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กคือ เพศ อายุ ชนิดของความเจ็บป่วย รายได้ของครอบครัว สังคมวัฒนธรรมประเพณี ภูมิลำเนา และสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วย ส่วนประสบการณ์การได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะ

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น แม้ยังไม่มีการศึกษาโดยตรงแต่มีการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์ของความกลัวในครั้งก่อนมีผลต่อความกลัวในปัจจุบัน ทั้งทำให้มีความกลัวมากขึ้นและมีความกลัวลดลง (Hart & Bossert, 1994) จึงยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในปัจจุบันต่างๆที่กล่าวมา

เนื่องจากเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลลพบุรี ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคชนิดเฉียบพลัน ประชากรของจังหวัดลพบุรีมีสังคมวัฒนธรรมประเพณีที่ไม่แตกต่างกัน สภาพความเป็นชนบทและเมื่อนั้น มีการคมนาคมและการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว จึงไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชน เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่รักษาฟรีจากการใช้สิทธิสวัสดิการรักษาระยะสั้นเด็กอายุ 0-12 ปี หรือบัตรสุขภาพนักเรียน จึงกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยในการศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าเด็กวัยเรียนที่มี อายุ และประสบการณ์การได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดที่แตกต่างกัน มีระดับความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในเด็กวัยเรียนให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเจ็บป่วย หรือได้รับความเจ็บปวดจากการรักษา แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันถูกรบกวนหรือเปลี่ยนไป เด็กต้องแยกจากครอบครัวและเพื่อน พบกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย พบกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม ทำให้เด็กเกิดความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึง ความรู้สึกหวาดเพราะคาดว่า จะประสบภัยที่เหมาะสมกับเหตุผลและสามารถระบุสิ่งที่กลัวได้ (Anderson, 1994 cited in Chaiyawat, 2000) จากประสบการณ์การเจ็บป่วยและระบบการดูแลสุขภาพขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำการประเมินความกลัวโดยเครื่องมือประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กไทย (Thai CMFS-R) ที่วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Chaiyawat, 2000) คัดแปลงมาจากแบบประเมินความกลัวการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (CMFS) ของบรูมและคณะ (Broome et al., 1988) นอกจากนี้ อายุ และประสบการณ์การได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียนแต่ละคนที่แตกต่างกัน อาจมีผลทำให้ระดับความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน