

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในเด็กวัยเรียน
2. ความกลัวในเด็กวัยเรียน
3. การประเมินความกลัวในเด็กวัยเรียน

การรับรู้ภาวะสุขภาพในเด็กวัยเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ (Perception) ไว้ดังนี้ สุธิศา-คามข้าง, รัตนาวดี, ขอนตะวัน และอัญญา โตศิลากุล (2546) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าจากการรับสัมผัสของอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก และปาก

Kozier, Erb, and Olivieri (1991) กล่าวว่า การรับรู้คือการแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นตามประสบการณ์และความรู้สึกของแต่ละบุคคล และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคล

Papalia, Olds, and Feldman (2007) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการคิดและจิตใจของมนุษย์ ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งต่าง ๆ ผ่านประสาทสัมผัสคือ การได้ยิน การมองเห็น การดมกลิ่น การสัมผัส และการรับรส แล้วแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย

ถ้ารับการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลในเรื่องของสุขภาพ ดังมีผู้ให้ความหมายการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perception of Health) ดังนี้

ปิยมาภรณ์ นิมสุวรรณ (2541) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการแสดงออกของความ รู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สินีนากู อนุสกุล (2544) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการที่บุคคลคิดและให้คำจำกัดความอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์กับภาวะสุขภาพ การจัดการภาวะสุขภาพ รวมทั้งการ

แสดงออกทางความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ เป็นพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นตามความคิดความเข้าใจของแต่ละบุคคล

Connelly, Philbrick, Smith, Kaiser, and Wymer (1989) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย โดยจะขึ้นอยู่กับกรอบรับบทบาทและลักษณะของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

Brunner and Suddarth (1992) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งภาวะสุขภาพดี และภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ซึ่งจะเกิดอย่างต่อเนื่องและสลับกันไป เป็นประสบการณ์ของทุกคนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ดังนั้นจึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพประกอบด้วย ภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามการรับรู้ในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นหนทางที่สามารถนำไปตัดสินใจทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (Becker, 1974; Dunn, 2004) โดยบางคนรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติของร่างกายเพียงเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต แต่บางคนรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่จะตามมาคือ ความกลัวและท้อแท้ทุกครั้งที่เกิดการเจ็บป่วย (Talkowski, Brach, Studenski, & Newman, 2008; Dunn, 2004) ซึ่งความแตกต่างของการรับรู้นี้เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลและการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้แต่ละบุคคลสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ สำหรับเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาดีขึ้นเนื่องจากกระบวนการคิด (Cognitive Processes) มีการพัฒนาและซับซ้อนมากขึ้น (จันทิภา จันทรเป็ย, 2552) รวมทั้งเด็กวัยเรียนมีการเรียนรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองมากขึ้น เช่น การเจริญเติบโต การเจ็บป่วย มีการมองภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองในความหมายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2549) การรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนจึงเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง เมื่อเด็กวัยเรียนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เด็กจะเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ การแสดงออกของพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ก็จะเหมาะสม (Mahat & Scoloveno, 2003) และยังทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองดีตามไปด้วย โดยจะให้ความร่วมมือใน

การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมตามการรักษา เกิดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าเด็กวัยเรียนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้เด็กวัยเรียนมีการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมไม่เหมาะสม เด็กก็จะไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความรุนแรงของโรคได้ (Simon & Moseley, 2009)

การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Perception of Health)

Becker (1974) ศึกษาแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยมีการพัฒนาเพิ่มเติมจากแนวคิดทฤษฎีของ Rosenstock (1974 cited in Becker, 1974) ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านการรับรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคและการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์ประกอบการรับรู้ภาวะสุขภาพมี 5 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การรับรู้โอกาสของการเกิดการเจ็บป่วยและอาการผิดปกติต่างๆ โดยมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลที่ทราบว่าจะตนเองเกิดการเจ็บป่วยและต้องรับการรักษากับบุคคลที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วยใดๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามรูปแบบดังต่อไปนี้

1.1 ความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับโรคและการรักษา ในบุคคลที่ไม่มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลหรือมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบไม่ถูกต้องก็จะมี การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องบิดเบือนจากความเป็นจริง

1.2 หากตนเองเคยได้รับประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาในลักษณะนั้น ๆ มาก่อน ก็จะมีการคาดการณ์ไปถึงสิ่งที่จะเกิดตามมา หรือการกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้ง

1.3 หากตนเองกำลังเจ็บป่วย จะทำให้ระดับการรับรู้ต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง และมีความรู้สึกว่าตนเองอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความรุนแรงของโรคที่ตนเองคิดขึ้นมาเอง และส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสมจะทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายถึงพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลตนเองได้ดีกว่าการป้องกันการเกิดโรค ถึงแม้ว่าเด็กวัยเรียนมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่การดูแลสุขภาพจะไม่เกิดขึ้น ถ้าเด็กวัยเรียนไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมได้หรือใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนานขึ้น ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจะทำให้เด็กวัยเรียน มีความนึกคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้าน อารมณ์ โดยเฉพาะความกลัวและการให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง หรือต้องได้รับการผ่าตัด

3. การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและคำรักษาพยาบาล หมายถึง การรับรู้ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการรักษา คำรักษาพยาบาล และความสามารถของบุคลากรทาง การแพทย์และพยาบาล การรับรู้ลักษณะนี้ทำให้ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการ รักษา ซึ่งการรับรู้ของเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาสามารถลดความรุนแรงของการ เจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม และให้ความ ร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ข้อจำกัดและอุปสรรค ของตนเองเมื่อต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ในบุคคลที่รับรู้ถึงข้อจำกัดและ อุปสรรคของการรักษา ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในเรื่องของการปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเอง ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามพฤติกรรมจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อ พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งช่วยให้เด็กวัยเรียนมี พฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม และทำนุบำรุงการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพทั่วไป หมายถึง ความแตกต่างทางด้านความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพมีทั้งความรู้สึกทางบวกและลบ เช่น เมื่อเกิดการ เจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในร่างกายของตนเองก็พร้อมที่จะเข้ารับการรักษา กล่าวคือ เด็กวัยเรียนที่รอการรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีความสนใจในการหาความรู้และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิธีการรักษา และการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการแสดงถึงความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็น ของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรม การป้องกันการเจ็บป่วย ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสดงออก ของเด็กวัยเรียนที่รอการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยเฉพาะพฤติกรรมความกลัว และจากพัฒนาการของ เด็กวัยเรียนพบว่า เด็กวัยเรียนมีความตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น โดยมี การแสดงออกของความรู้สึกและความคิดของตนเองเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการแยกแยะความแตกต่างของร่างกายและอันตรายที่อาจจะ เกิดขึ้นจากการรักษา เนื่องจากเด็กวัยนี้มีความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและมีการพัฒนาความสามารถ ในการทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาตามการรับรู้

ภาวะสุขภาพของตนเอง (Laura, 2006) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญต่าง ๆ (Kozier, Erb, & Olivieri, 1991) ดังนี้

1. อายุและพัฒนาการ การรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปตามอายุของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความกลัวในเด็กไทยวัยเรียนอายุ 8 ปี 1 เดือนถึง 11 ปี 8 เดือนในโรงเรียน 3 แห่งเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ของเด็กไทยวัยเรียนมีความแตกต่างกันไปตามพัฒนาการและอายุของเด็กแต่ละคน (Chaiyawat & Jezewski, 2006)
2. สังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมและรูปแบบทางสังคมที่แตกต่างกันก็จะมีแนวคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยบุคคลที่มีรายได้สูงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหรือเกิดการเจ็บป่วยก็จะเข้ารับการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล แต่บุคคลที่มีรายได้ต่ำ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหรือเกิดการเจ็บป่วยก็อาจจะไม่ไปรับการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล
3. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่าเด็กไทยวัยเรียนที่เคยประสบกับสถานการณ์ที่อันตรายหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดความเจ็บปวด จะทำให้เด็กเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น เช่น เด็กที่เคยถูกฉีดยาและรู้สึกว่าการฉีดยาเป็นสถานการณ์ที่น่ากลัว ก่อให้เกิดความเจ็บปวดก็จะกลัวการฉีดยาและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการถูกฉีดยา เป็นต้น นอกจากนี้ประสบการณ์ที่เด็กยังไม่เคยประสบก็จะทำให้เด็กเกิดความกลัวและรับรู้ว่าเป็นสิ่งอันตรายที่จะต้องหลีกเลี่ยง เช่น เด็กจะกลัวการผ่าตัดมากหากไม่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมาก่อน เป็นต้น (Chaiyawat & Jezewski, 2006)
4. ความคาดหวังที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังต่อตนเองและภาวะสุขภาพในระดับสูง เมื่อมีสิ่งรบกวนกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็จะเข้าไปรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต และก็จะรับรู้ว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น
5. แรงสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวเปรียบเหมือนสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมและสังคม ปัจจัยต่าง ๆ ในระบบครอบครัวจึงมีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ของแต่ละบุคคล ปัจจัยในระบบครอบครัวมีหลายปัจจัยได้แก่ ความเชื่อและความคาดหวังในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว แหล่งประโยชน์ของครอบครัว เป็นต้น (Schmidt, Telch, & Joiner, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระยะที่ 1 ถึง 3 ที่มารับการตรวจในโรงพยาบาลมหาสารคามเชิงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมาก จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นด้วย (คุชฎีบูล บุตรสีทา, 2543)

6. สภาพทางเศรษฐกิจ ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้และการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคล โดยพบว่า ครอบครัวและบุคคลที่มีรายได้ต่ำมักจะมีข้อจำกัดในเรื่องของปัจจัยสี่ประการคือ อาหาร น้ำ ยา และที่อยู่อาศัย (Schmidt et al., 1996)

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป เช่น เครียด วิตกกังวล และกลัว เป็นต้น

ความกลัวในเด็กวัยเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ให้ความหมายของความกลัวไว้ดังนี้

สุชา จันท์ธอม (2541) กล่าวว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองต่อการคุกคามต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเองและแสดงเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา

ราชบัณฑิตสถาน (2546) ให้ความหมายของความกลัวไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกไม่ชอบหรือกลัวกับสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาด เพราะคาดว่าประสบภัย

วรภรณ์ ชัยวัฒน์ (2544) ได้ให้ความหมายว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่รับรู้ว่ากำลังคุกคามหรือเป็นอันตรายแก่ตนเอง รวมถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ หวาดกลัวและปั่นป่วนใจ โดยมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง

Davis and Janosic (1991) กล่าวว่า ความกลัวหมายถึงอาการเตือนว่าสิ่งที่คุกคามหรืออันตรายกำลังเข้ามาใกล้ตนเอง ความกลัวอาจถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าภายนอกหรือสิ่งเร้าภายใน สิ่งเร้าภายนอกนั้นสามารถที่จะมองเห็นได้ ได้ยิน ได้รู้สึก ส่วนสิ่งเร้าภายนอกนั้นจะเป็นในเรื่องของประสบการณ์ครั้งแรก หรือสิ่งที่แต่ละคนได้รับจากการบอกเล่าหรือจินตนาการที่เกิดขึ้นเอง

Wong (1999) กล่าวว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเป็นอันตราย ทั้งที่มีอยู่จริงและไม่มีอยู่จริง เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่ออันตรายที่บุคคลนั้น ๆ ประเมินแล้วว่า ตนเองมีความสามารถน้อยกว่าสิ่งนั้น ในเด็กที่มีความกลัวจะมีความเข้าใจว่าสิ่งที่มาคุกคามต่อตนเองไม่ว่าจะเป็นบุคคล สัตว์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสามารถและแข็งแรงกว่าสามารถทำอันตรายแก่ตนเองได้

Gullone (2000) กล่าวว่า ความกลัวเป็นอารมณ์ของตนเองที่มีต่อสิ่งที่เข้ามากระตุ้นหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และแสดงปฏิกิริยาต่างๆออกมาเพื่อตอบสนองต่อความกลัวโดยมีการปรับให้เข้ากับระดับพัฒนาการของตนเอง

Robinson, Rotter, Robinson, Fey, and Vogel (2003) กล่าวว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์และสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยเด็กสามารถรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวต่อตนเอง และสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวนั้นเป็นสิ่งที่เด็กตระหนักรู้ได้ล่วงหน้าว่าจะเป็นอันตราย สร้างความเจ็บปวดหรือเกิดการสูญเสียให้กับตนเอง

Du, Jaaniste, Champion, and Yap (2008) กล่าวว่า ความกลัวเป็นอารมณ์ที่แสดงออกมาเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และชนิดของความกลัวนั้นเป็นไปตามพัฒนาการของบุคคล

จึงสรุปได้ว่า ความกลัว เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตนเองทั้งที่เป็นจริง หรือเป็นสิ่งที่จินตนาการขึ้นมาโดยที่บุคคลนั้น ๆ รับรู้ผ่านประสาทสัมผัสของตนเอง และมีการประเมินศักยภาพของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้น เมื่อเกิดความกลัวก็จะพยายามหลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือมีการปรับตัวเพื่อหลบเลี่ยงหรือลดผลกระทบต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้น ความกลัวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะและการเรียนรู้ ความกลัวของเด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่ได้รับ ควบคู่ไปกับพัฒนาการทางสติปัญญาและการรับรู้ของเด็ก ในเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีเหตุผล ทราบข้อเท็จจริงมากขึ้น แต่ยังมีความคิดที่เป็นจินตนาการของตนเองอยู่ ทำให้เกิดความกลัวที่เกิดขึ้นจากจินตนาการ ถ้าผิดไปจากความเป็นจริงมากอาจทำให้เกิดความกลัวอย่างไม่เหมาะสม

ความกลัวของเด็กวัยเรียนสามารถแบ่งออกได้ตามช่วงอายุ ซึ่งแสดงถึงความกลัวของเด็กวัยเรียนมีเหตุผลมากขึ้นตามช่วงอายุ (Wong, 1999) ดังนี้

1. วัยเรียนตอนต้น (ช่วงอายุ 6-8 ปี) ในช่วงต้นๆของวัยเด็กจะมีความกลัวทั่วไป เช่น กลัวผี กลัวเสียงฟ้าร้อง ฟ้าผ่า เป็นต้น ต่อมาจากนั้นเด็กจะมีความกลัวในสิ่งที่มองเห็น เช่น การสูญเสีย กลัวการอยู่คนเดียวตามลำพัง กลัวตามคำบอกเล่า กลัวในสิ่งแปลกใหม่ กลัวในสิ่งที่คิดจินตนาการขึ้นมาเอง เช่น สงคราม ขโมย และกลัวว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นต้น และในช่วงท้ายของวัยเด็กจะมีความกลัวที่มีเหตุผลมากขึ้น เช่น กลัวความล้มเหลว กลัวความสูญเสีย เป็นต้น

2. วัยเรียนตอนปลาย (ช่วงอายุ 8-12 ปี) มีความกลัวอย่างมีเหตุผลมากขึ้นและเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น กลัวคนแปลกหน้า กลัวการถูกลงโทษ กลัวความเจ็บปวด กลัวการติดเชื่อ และมีความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นต้น

สาเหตุของความกลัวในเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่า เกิดได้จากหลายสาเหตุ และจะมีความกลัวอย่างมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือมีประสบการณ์มาก่อน (Mott, Fazekas, & Jan 1985) ซึ่งสาเหตุของความกลัวในเด็กมีดังนี้ (Miller, 1979)

1. ความกลัวที่เกิดจากการเรียนรู้

ความกลัวโดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการที่เด็กได้เรียนรู้ตั้งแต่วัยทารกที่ยังมีความกลัวไม่มากนัก จนกระทั่งโตขึ้นเด็กเริ่มเรียนรู้ในสิ่งที่ไม่เคยพบมาก่อน หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง การเรียนรู้ของเด็กในแต่ละวัยจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการ (Whaley & Wong, 1995) เนื่องจากพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนมีการพัฒนาการดีขึ้น มีความซับซ้อนทางด้านความคิด มีความสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งแวดลอมและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (Foster et al., 1989) เด็กมีการเรียนรู้และลอกเลียนแบบจากบิดามารดา ซึ่งถ้าบิดามารดาแสดงออกถึงพฤติกรรมความกลัวของตนเองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมาให้เด็กได้เห็น เด็กก็จะเกิดความกลัวสิ่งนั้นตามไปด้วย (Behrman & Vaughan, 1987) เช่น ถ้าบิดามารดากลัวเสียงฟ้าร้องเด็กก็จะกลัวไปด้วย เป็นต้น โดยการเรียนรู้ที่จะกลัววัตถุหรือบุคคลในสภาพแวดลอมของตน โดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว เช่น โดยปกติแล้วเด็กไม่กลัวพยาบาล จนกระทั่งพยาบาลเข้ามาฉีดยาให้แก่เด็ก มีผลทำให้เด็กเกิดการสร้างความสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลกับความเจ็บปวดของตนเอง ต่อมาก็จะร้องไห้ทันทีเมื่อเห็นพยาบาล โดยไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลคนเดิม (Hertherington & Parke, 1986) เป็นต้น ดังนั้นความกลัวของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการที่เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับและจากสิ่งแวดลอมรอบตัวที่ทำให้เด็กรับรู้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อันตรายและน่ากลัวสำหรับตนเอง ความกลัวที่เกิดจากการเรียนรู้ที่พบในเด็กแบ่งเป็น 5 กลุ่ม (Ollendick & King, 1991) คือ

- 1.1 กลัวการตำหนิและคำวิจารณ์ เช่น กลัวการตำหนิของบิดามารดา กลัวคำวิจารณ์ของผู้อื่น กลัวการสอบตก เป็นต้น
- 1.2 กลัวสัตว์เล็ก เช่น กลัวงู กลัวหนู กลัวการเห็นเลือด เป็นต้น
- 1.3 กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวผีและสิ่งที่น่ากลัว กลัวการอยู่คนเดียว กลัวสัตว์ประหลาด กลัวห้องมืด หรือห้องที่ปิดประตู เป็นต้น

1.4 ก้าวอันตราย การบาดเจ็บ และความตาย เช่น ก้าวตกจากที่สูง ก้าวไฟ ก้าวสิ่งที่ทำให้บาดเจ็บ เป็นต้น

1.5 ก้าวการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ก้าวการไปโรงพยาบาล ก้าวการถูกฉีดยา ก้าวการไปพบแพทย์ ก้าวการถูกทำหัตถการ เป็นต้น

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับความกลัวของเด็กในบริบทปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนพบว่า ความกลัวในเด็กเกิดจากการกลัวสงคราม ก้าวปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และก้าวการถูกทำร้ายร่างกาย (Burnham & Gullone, 1997)

2. ความกลัวที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ

ความกลัวของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและวุฒิภาวะ (Behrman & Vaughan, 1987) เด็กวัยเรียนเริ่มเข้าโรงเรียนและมีประสบการณ์ที่กว้างขวางขึ้น ความกลัวเกิดจากอิทธิพลของโทรทัศน์และภาพยนตร์ ก้าวสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ก้าวร่างกายได้รับบาดเจ็บ ก้าวความตาย บางคนก้าวการไปโรงเรียนเพราะต้องจากครอบครัว เด็กที่กำลังเรียนหนังสืออาจมีความกลัวจากความกดดันคับข้องใจ จากความคาดหวังของครอบครัวที่มีมากเกินไป เกิดความวิตกกังวลเมื่อมีการทดสอบ และก้าวการไม่ยอมรับจากเพื่อน ๆ (Vaughan & Litt, 1990) เด็กวัยเรียนจะรู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนไม่แสดงออกให้ผู้อื่นได้รับรู้เมื่อมีความกลัว แต่จะแสดงออกในรูปแบบการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นต้น ดังการศึกษาที่พบว่า เด็กอายุ 9-10 ปี มีความกลัวร่างกายได้รับบาดเจ็บ ก้าวการเจ็บป่วย และก้าวความตาย นอกจากนี้ความกลัวของเด็กยังมีความเกี่ยวข้องกับโรงเรียน และการถูกลงโทษ (Jersild et al., 1979 cited in Miller, 1979)

3. ความกลัวที่เกิดขึ้นจากจินตนาการ

ตามแนวคิดของ (Piage, 1973) กล่าวว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีความนึกคิด และมีความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีจินตนาการสูงสุด มีความคิดเป็นรูปธรรมมากกว่านามธรรม (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2009) และมีความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเรื่องจริง มีความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากกว่าการรับรู้ตามลักษณะความเป็นจริงในเหตุการณ์นั้น ๆ (Hunberger, 1989) ดังนั้นความกลัวในเด็กวัยนี้ เป็นความกลัวที่เกิดจากการรับรู้ต่อสิ่งที่มาคุกคาม แล้วเกิดความคิดความเข้าใจที่ผิดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง นำมาสร้างจินตนาการของตนเองขึ้นมา ซึ่งความกลัวจากจินตนาการนี้เป็นความกลัวที่มาจากสิ่งเร้าภายในเป็นส่วนใหญ่ จากพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนพบว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ที่รวดเร็ว เรียนรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด มีความเข้าใจมโนทัศน์ต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย และมีการใช้กระบวนการทางความคิดได้ดีขึ้น (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2549) มีการเรียนรู้เกี่ยวกับร่างกายและเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับเป็นวัยที่มี

จินตนาการสูง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่อันตรายและคุกคามตนเอง ก็จะส่งผลให้เด็กวัยเรียน เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความกลัวทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออกถึงความกลัว (Whaley & Wong, 1999)

ความกลัวของเด็กวัยเรียนแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มาดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่งจำนวน 130 คู่ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สารทิ กาญจนโรจน์พันธ์, 2548) โดยทั่วไปเด็กชายวัยเรียนมีความกลัวน้อยกว่าเด็กหญิงในวัยเดียวกัน (Hurlock, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับระดับความกลัวของเด็กจำนวน 156 รายในคลินิกทางจิตวิทยาพบว่า เด็กเพศหญิงมีความกลัวมากกว่าเด็กเพศชาย (Ollendick & Horsch, 2007) แต่บางการศึกษาพบว่า ความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเด็กเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน (Hart & Bossert, 1994)

2. อายุและระดับสติปัญญา เด็กในวัยเรียนกลัวร่างกายของตนเองได้รับบาดเจ็บ ความกลัวเกิดจากความคิดและจินตนาการมากกว่าวัยอื่นๆ โดยมักแสดงอาการเพียงตกใจเล็กน้อยหรือต่อต้านเพียงเล็กน้อยด้วยการเกร็ง กำหมัด กัดฟัน หรือการอดทนยืมสู้ และเด็กมักไม่พูดหรือบอกความรู้สึกตนเองหรือขอร้องให้ใครมาอยู่เป็นเพื่อน ส่วนระดับสติปัญญานั้นเด็กที่มีระดับสติปัญญาดีกว่าจะมีความกลัวมากกว่าเด็กที่มีระดับสติปัญญาดำกว่า (Whaley & Wong, 1994) และมีการศึกษาที่พบว่า ความกลัวของเด็กมีความแตกต่างกันไปตามอายุ ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นความกลัวสิ่งต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้ยาก (Burnham & Gullone, 1997; Ollendick & Horsch, 2007)

3. ลำดับที่ของการเป็นบุตร (Hurlock, 1987) พบว่า บุตรคนแรกจะมีความกลัวมากกว่าบุตรลำดับอื่น ๆ ในครอบครัว และเด็กที่เป็นบุตรคนเดียวมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่มีพี่น้อง (Yang, Ollendick, Dong, Xai, & Lin, 1995)

4. บุคลิกภาพ เด็กที่ขาดความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ จะเกิดความตกใจกลัวง่ายกว่าเด็กที่มีสภาวะของจิตใจ และอารมณ์ที่มั่นคง (Hurlock, 1987)

5. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เด็กที่อาศัยอยู่ในสถานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่ามีความกลัวการถูกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ กลัวความมืดและกลัวอันตรายต่อร่างกาย ส่วนเด็กที่อาศัยอยู่ในสถานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าจะมีความกลัวสัตว์ กลัวความผิดหวัง กลัวการถูกลงโทษ (Kennedy, 1971) ซึ่งมีการศึกษาในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเกี่ยวกับรูปแบบพัฒนาการของความกลัว โดยทั่วไป พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกันมีผลต่อความกลัวในเด็กแตกต่างกัน (Gullone, 2000)

6. การเลี้ยงดู พบว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นให้การปกป้องดูแล จะมีความกลัวน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงและมีการลงโทษเด็ก (Yanni, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเด็กที่ผู้ปกครองไม่เคยแสดงความกลัวหรือแสดงออกถึงความกลัวต่อสิ่งใดน้อย เด็กก็จะมีความกลัวน้อยตามไปด้วย (Muris, Harald, & Collaris, 1997)

7. ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ เด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทั่วไปพบว่า มีความกลัวต่อการรักษาน้อยกว่าเด็กปกติ แต่ในบางกรณีก็พบว่า มีความกลัวมากกว่าเด็กปกติ (Hurlock, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความกลัวมากและรุนแรงกว่าเด็กปกติที่อยู่บ้าน (Astin, 1997) และสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง หัวใจ การบาดเจ็บจากการได้รับอุบัติเหตุ การอักเสบต่าง ๆ เป็นต้น พบว่า เด็กมีความกลัวในการรักษามากกว่าปกติ (Jin, 1997; Broome, Bates, Lillis, & McGahee, 1990)

ปฏิริยาตอบสนองและอาการแสดงต่อความกลัวของเด็ก

ความกลัวเป็นปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งที่เป็นอันตรายและคุกคามตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่อันตรายเท่านั้น เมื่อเด็กเกิดความกลัวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทแรกจะมีอาการนั่งเฉย หยุดนึ่ง ไม่พูด และไม่เข้าใกล้ผู้อื่น และประเภทที่สองจะมีอาการร้องไห้เสียงดัง ไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลูกลน และวิ่งหนี นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว บุคคลนั้นจะมีปฏิริยาตอบสนองต่อความกลัวนั้น ๆ โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวกับการแสดงปฏิริยาตอบสนองดังกล่าว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม ซึ่งบางองค์ประกอบอาจเกิดขึ้นพร้อมกันหรือไม่พร้อมกัน และบางองค์ประกอบอาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ แต่ความกลัวอย่างรุนแรงนั้นมักมีหลายองค์ประกอบเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้ (สุวิทย์ สุภวิโรจน์เลิศ, 2551; Rosenhan & Seligman, 1989; Robinson et al., 2003)

1. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Elements) เป็นการคาดว่าจะเป็นสถานการณ์เกิดขึ้นในเวลาอันสั้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น ก็จะมีการส่งสัญญาณจากจิตใจสู่ร่างกายทำให้เกิดการแสดงออกของปฏิริยาความกลัว

2. ด้านร่างกาย (Somatic Elements) เป็นปฏิริยาทางด้านร่างกายโดยเมื่อเกิดความกลัวจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น 2 ชนิด คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอก ได้แก่ เหงื่อออก มือเท้าเย็น ผิวหนังซีด ปากสั่น กล้ามเนื้อหดเกร็ง มีการกระตุกของกล้ามเนื้อใบหน้า ลูกลี้ลูกลน เป็นต้นและ

การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นภายหลังจากรับรู้ถึงอันตรายและเกิดปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลัน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและแรง หายใจหอบลึก เหงื่อออก ตัวเย็น และเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด เป็นต้น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทรา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณต์ คุ้มทวีพร, 2550)

3. ด้านอารมณ์ (Emotional Elements) เป็นความคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก เมื่อเกิดปฏิกิริยาความกลัว ได้แก่ ความรู้สึกหวาด ตกใจ สิ้น ไม่สามารถควบคุมสติได้ ร้องไห้ ไร้อารมณ์ การกระตุ่น หงุดหงิด และดึงทิ้งเส้นผม เป็นต้น

4. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Elements) เป็นการแสดงออกของร่างกายเมื่อเกิดปฏิกิริยาความกลัว แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่ ปฏิกิริยาที่เกิดการตอบสนองตามเงื่อนไข คือ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจเมื่อเกิดความกลัว และปฏิกิริยาที่จะกระทำต่อสิ่งที่กลัวโดยตรง คือ ปฏิกิริยาการหลีกเลี่ยงและหลบเลี่ยง ซึ่งอาการแสดงออกของความกลัวในเด็กสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก 4 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านนิสัยการทำงาน ได้แก่ ผลงานไม่ดี ไม่ทำงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ไม่อยู่เฉย ก่อความวุ่นวาย นอนหลับในห้องเรียน เป็นต้น

4.2 ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่เหมาะสม ได้แก่ ชอบแสดงออกถึงพฤติกรรมที่รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น พุดจาหยาบคาย วาดภาพที่มีการทำร้ายกันที่รุนแรง ทำลายข้าวของ ลักขโมย เป็นต้น

4.3 ด้านพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ ได้แก่ การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่สมกับวัย มีการเรียกร้องและต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติตามใจตนเอง สร้างเรื่องโกหก ชอบการแสดงออก เป็นต้น

4.4 ด้านพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ได้แก่ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง เป็นต้น

ความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ดีขึ้น รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองและแสดงอารมณ์ออกมาในแบบที่สังคมยอมรับ (ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, 2546) มีความเข้าใจในกลุ่มเพื่อนและบุคคลรอบข้างมากขึ้น เรียนรู้ที่จะไว้วางใจในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับตนเอง (อดิสรุสดา เพ็องฟู และรัตโนทัย พลับรูการ, 2551) และเลิกกลัวในสิ่งที่ไม่มีความอันตรายแต่จะกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นได้จริง ความกลัวของเด็กวัยเรียนนั้นเกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงที่เด็กประสบมาด้วยตนเอง จากคำบอกเล่าของผู้อื่นและจินตนาการของตนเอง (ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, 2546) ซึ่งการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นภาวะวิกฤติของเด็กทุกคน

เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ต้องพบปะบุคคลแปลกหน้า เด็กจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัว โดยการแสดงออกเป็นพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและหลีกเลี่ยงสิ่งทีก่อให้เกิดความกลัวนั้น

จากการศึกษาพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมการแสดงออกของเด็กที่มีต่อความกลัวนั้นจะมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การร้องไห้เสียงดัง การพยายามหลีกเลี่ยงการรักษา และการไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาความกลัวของเด็กเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความกลัว (Child Medical Fear Scale; CMFS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างประกอบด้วยคำถามแบบเปิด จำนวน 29 ข้อคำถาม กับเด็กในโรงเรียนประถมศึกษาอายุ 6-11 ปี จำนวน 146 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเจ็บป่วยและระบบการดูแล (Broom et al., 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Hart & Bossert, 1994) ที่ศึกษาความกลัวของเด็กวัยเรียนอายุ 8-11 ปี จำนวน 82 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยพบว่า เด็กวัยเรียนมีความกลัว 5 อันดับแรกจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีความกลัวจากการแยกจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ความกลัวการฉีดยา ความกลัวที่จะต้องอยู่โรงพยาบาลนาน กลัวการเจาะเลือด และกลัวว่าแพทย์และพยาบาลบอกว่าตนเองมีสิ่งผิดปกติในร่างกาย และการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวตามการรับรู้ของตนเองในเด็กไทยวัยเรียนอายุ 8 ปี 1 เดือน ถึง 11 ปี 8 เดือนในโรงเรียน 3 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร โดยประเมินจากการวาดภาพและสัมภาษณ์เด็กไทยวัยเรียน พบว่า พัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจ พื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ประสบการณ์การเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความกลัวและความวิตกกังวลในเด็ก (Chaiyawat & Jezewski, 2006) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สารภี กาญจนารัตน์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า เพศ อายุ ประสบการณ์ การรับรู้ความสามารถในตนเอง ข้อมูลที่เด็กมีและบุคลิกภาพวิตกกังวลของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ ขนิษฐา ผลพฤกษ์ (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่คุกคามการรับรู้ของเด็ก และกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนตามการรับรู้ของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน (ขนิษฐา ผลพฤกษ์, 2549)

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจำนวน 40 ราย

โดยแบ่งจำนวนเท่ากันเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเตรียมอย่างมีแบบแผน ค่าคะแนนความกลัวและค่าคะแนนพฤติกรรมความกลัวก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่า แบบแผนในการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความกลัวต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ (สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา ลวณะสกล (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวของเด็กวัยเรียน ไรลีย์ เลื่อนออกแดงก็ในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 7-12 ปี จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ความกลัวของเด็กวัยเรียนภายหลังได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนลดลง และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของ สายฝน สงฆ์อุทก (2551) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยภาพและเสียงต่อความกลัวการตัดฝีือกในเด็กวัยเรียน โดยทำการศึกษาในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการลดความกลัวตามปกติ

จะเห็นได้ว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความกลัวที่แตกต่างกันไป โดยมีปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมความกลัวนั้น และแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือเพื่อช่วยลดความกลัวในเด็กป่วย แต่ก็ยังพบว่าเด็กป่วยยังเกิดความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยให้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนกับการผ่าตัด

การผ่าตัด (Operation/ Surgery) เป็นวิธีการรักษาโดยการตัด ผ่า เย็บ หรือกรีดส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่มีความผิดปกติหรืออาจก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และจัดให้อวัยวะของร่างกายเข้าสู่สภาพปกติ (เรณู อัจฉาสี, 2550) เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขภายหลังการผ่าตัด เป็นหัตถการที่ศัลยแพทย์ต้องใช้เครื่องมือหรือมีดผ่าตัดกรีดผ่านผิวหนัง เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดที่แตกต่างกันตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น เพื่อการวินิจฉัยโรค เพื่อการรักษา หรือเพื่อบรรเทาอาการ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะมีพยาธิสภาพหรือปัญหาอย่างไรอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้คือ มีความพิการแต่กำเนิด (Congenital Deformities) ได้รับอุบัติเหตุ (Trauma) เป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง (Benign or Malignant Neoplasm) หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้แก่ มีแผลในกระเพาะ

อาหาร กระเพาะอาหารทะลุ อวัยวะเป็นหนอง มีเลือดออกหรือเกิดการอุดตันของระบบไหลเวียน น้ำดี หรือระบบทางเดินปัสสาวะ หรือไม่มีพยาธิสภาพของโรคแต่ต้องการผ่าตัดตกแต่งเพื่อความสวยงาม (Cosmetic or Plastic Surgery) ซึ่งการแบ่งประเภทของการผ่าตัด โดยจำแนกตามความรุนแรงมี 2 ประเภท (วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, สมกิต โพธิ์ชนะพันธุ์ และ ผ่องศรี ศรีมงคล, 2545; เรณู อาจาสาลี, 2550) คือ

1. การผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอวัยวะบางส่วนในร่างกาย เพื่อที่จะรักษาชีวิต อาจมีการตัดอวัยวะสำคัญบางส่วนออกไปหรือผ่าตัดแก้ไข เพื่อให้อวัยวะนั้นยังคงทำหน้าที่ได้ตามปกติ การให้ยาระงับความรู้สึกจะเป็นการใช้ยาชาทั่วร่างกาย การผ่าตัดประเภทนี้มีโอกาสเสี่ยงสูง ใช้เวลานานในการทำผ่าตัด อาจมีการสูญเสียเลือดในปริมาณมาก อวัยวะสำคัญของร่างกายอาจถูกตัดทิ้ง และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

2. การผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายน้อย ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน เกิดโอกาสเสี่ยงได้น้อย การให้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่จะเป็นการให้ยาชาเฉพาะที่

นอกจากนี้การผ่าตัดสามารถจำแนกประเภทตามความเร่งด่วน โดยการใช้ระยะเวลาเป็นเกณฑ์ตัดสินจำแนกเป็น 4 ประเภท (Quick & Thomus, 2000) ดังนี้

1. การผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องรีบทำในทันทีเพื่อรักษาชีวิต ห้ามเลือดหรือนำเอาอวัยวะในร่างกายที่ถูกทำลายออก ได้แก่ บาดเจ็บที่ช่องท้อง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เป็นต้น

2. การผ่าตัดด่วน (Urgent or Imperative Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่จำเป็นจะต้องทำภายใน 24-48 ชั่วโมงโดยที่มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดก่อน ได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) เป็นต้น

3. การผ่าตัดที่เลือกเวลาได้ (Elective Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่สามารถรอได้เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกเข้าที่และใส่เหล็กเพื่อยึดตรึงให้กระดูกติดกันแน่น (Open Reduction Internal Fixation: ORIF) การตัดถุงไส้เลื่อน (Herniotomy) และการผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) เป็นต้น

4. การผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้า (Planned or Required Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้าเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ได้แก่ การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision) การผ่าตัดถุงไส้เลื่อน (Herniotomy) เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยให้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเลือกเวลาหรือรอเวลาได้ โดยให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป ได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) การผ่าตัดถุงไส้เลื่อน (Herniotomy) การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision) และการผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกเข้าที่และใส่เหล็กเพื่อยึดตรึงให้กระดูกติดกันแน่น (ORIF)

การเจ็บป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคม และพัฒนาการของเด็ก เนื่องจากเด็กได้พบกับประสบการณ์ใหม่ สิ่งแวดล้อมที่แปลกไป พบปะผู้คนแปลกหน้ามากมาย เช่น แพทย์ และพยาบาล รวมทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เด็กถูกคุกคามต่อชีวิตและเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความกลัว ดังการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์ของเด็กและผู้ปกครองระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดกระดูกในเด็กอายุ 8-17 ปี จำนวน 97 ราย พบว่า เด็กมีความกลัวและความวิตกกังวลที่ต้องได้รับการผ่าตัด เช่น กลัวความผิดพลาดจากการดมยาสลบ กลัวความตายขณะผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด และในผู้ป่วยที่มีความกลัวและวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัดจะส่งผลให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลหลังการผ่าตัดสูงตามไปด้วย (Lamontagne, Hepworth, Byington, & Chang, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาดี ไชยมงคล (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการตอบสนองของเด็กวัยเรียนระหว่างรอการผ่าตัดด้วย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จำนวน 64 ราย ใช้การสัมภาษณ์ด้วยแบบวัดความกลัวของ (Broom et al., 1988) และการสังเกตพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนระหว่างรอการผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนที่มีความกลัว ความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 82.8 โดยมีระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงมากที่สุดร้อยละ 46.85 ส่วนใหญ่เป็นความกลัวที่เกิดขึ้นภายในบุคคล เช่น กลัวตาย กลัวเจ็บปวด และมีพฤติกรรมการตอบสนองโดยแสดงออกทางสีหน้าแววตาในลักษณะหน้าซีด หน้าเหมือนร้องไห้มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยเรียนที่อยู่ระหว่างรอการผ่าตัดมีความกลัว ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการตอบสนองอย่างชัดเจน

เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะต้องได้รับการผ่าตัด เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกสูญเสีย ต้องจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เข้าสู่สิ่งแวดล้อมที่ตนเองไม่คุ้นเคย และจากระบบการดูแลรักษาทำให้เด็กไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการรักษา ทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความกลัวได้ (Chaiyawat, 1999) ดังนั้นการผ่าตัดจึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กรู้สึกว่าเป็นอันตราย และคาดว่าตนเองจะประสบภัยต่อชีวิต จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความกลัว และมีการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความกลัวนั้น เช่น ร้องไห้ คืบหน้า ขัดขืนต่อการรักษา และยังทำให้เด็กแสดง

ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมาจนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ นอกจากนั้นยังมีผลทำให้เด็กเกิดความเครียดทางด้านจิตใจและใช้กลไกทางจิตเพื่อรักษาสมดุลจิตใจ หากไม่ได้ผลก็แสดงว่าไม่สามารถรักษาสมดุลจิตใจได้ ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา เช่น เก็บกด แยกตัว ย้ำคิดย้ำทำ เรียกร้องความสนใจ และระบายอารมณ์ของตนเอง (Kendal et al., 1992)

ปฏิบัติการตอบสนองของเด็กต่อการผ่าตัด

เด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องรอการรักษาด้วยการผ่าตัดจะเกิดความกลัว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้นได้เมื่อเด็กต้องประสบกับสถานการณ์ที่อันตรายและน่ากลัว โดยความกลัวก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านสรีรวิทยาและจิตใจ ปฏิกิริยาความกลัวในเด็กจะมีพฤติกรรมแสดงออกตามระดับของพัฒนาการและสติปัญญา ได้แก่ การจับยึด การร้องไห้ การส่งเสียงดัง การหลีกหนีจากสถานการณ์ที่น่ากลัว ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมแสดงออกที่เกิดขึ้นเมื่อมีความกลัว (จุฑาธุช ไซมมงคล, 2545) โดยปฏิบัติการตอบสนองของเด็กต่อการผ่าตัดมีดังนี้

1. การตอบสนองทางด้านร่างกาย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยตรงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการผ่าตัด เมื่อได้รับการผ่าตัด ผิวน้ำเนื้อเยื่อถูกทำลาย มีการนิยามของหลอดเลือดและเซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บจะมีการหลั่งโปรตีนสแตตินและโปรตีนอินทีน ร่วมกับมีการหลั่งฮิสตามีนและซีโรโทนิน จากมาสต์เซลล์และเกร็ดเลือด ทำให้เกิดความเจ็บปวด นอกจากนี้ยังมีการตอบสนองจากระบบซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว การทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตลดลง ระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ท้องผูก ปวดแน่นท้อง ซึ่งการผ่าตัดอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายทำให้การทำงานของอวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายถูกรบกวนไปด้วย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2550) อย่างไรก็ตามปฏิบัติการตอบสนองที่กล่าวมานี้ รวมผลที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดด้วย เช่น การเกิดแผลเป็นจะมีขึ้นเมื่อการผ่าตัดเกิดขึ้นเท่านั้น

2. การตอบสนองทางด้านจิตใจ การตอบสนองทางด้านจิตใจต่อการผ่าตัดนั้นเกิดขึ้นทันทีที่รับรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดและยังมีต่อเนื่องไปจนถึงระยะใกล้ผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (จุฑาธุช ไซมมงคล, 2545) ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการได้รับยานาสูบลบ กลัวไม่ฟื้น กลัวความเจ็บปวด กลัวความตาย และสูญเสียการควบคุมตนเอง (จุมพล วิชาศรีศรี, 2550; Brunner & Suddarth, 1992) โดยมีลักษณะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้และการให้ความหมายของการผ่าตัดของแต่ละบุคคล จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและความกลัวต่อโรคที่เป็น (คุจฤติ ไชยมงคล, 2545) โดยเฉพาะผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ตนเองกำลังประสบอยู่ (จุมพล วิชาศรีศรี, 2550) ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้มีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงโรคที่เป็น กลัวการผ่าตัดไม่ราบรื่น มีผลต่อผู้ป่วยทางด้านการรับรู้ ความคิด และการตัดสินใจ ความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านเพศ วุฒิภาวะ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต และระยะเวลาที่รอการผ่าตัด (จุมพล วิชาศรีศรี, 2550; Brunner & Suddarth, 1992)

ผลกระทบของการผ่าตัดในเด็ก

การผ่าตัดทุกชนิดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพพื้นฐานทางร่างกายและจิตใจ ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงหรือความยากง่ายของการผ่าตัด แหล่งประโยชน์ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเตรียมตัวทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด (Barrett & Cornacchia, 1993) การผ่าตัดทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายจากความเจ็บปวด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และได้รับความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจจากความกลัวและวิตกกังวล เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้รู้สึกเป็นทุกข์หรือทรมาน ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลดลง เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Kolcaba, 2003) นอกจากนี้ผลกระทบจากการผ่าตัดทุกประเภทจะทำให้ชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกทำลาย เกิดการบาดเจ็บ มีเลือดออกและเกิดแผลบริเวณผ่าตัด เด็กที่ได้รับการผ่าตัดจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้เด็กเกิดความกลัว โดยการเกิดความกลัวนั้นมีทั้งผลดีและผลเสียแก่เด็ก ผลดีคือถ้ามีความกลัวในขนาดเล็กน้อยถึงปานกลาง ทำให้เด็กสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้โดยมีพฤติกรรมตอบสนองหรือการหลีกเลี่ยง ส่วนผลเสียเป็นความกลัวในขนาดมากถึงมากที่สุด ทำให้เด็กขี้ขลาด มีความกลัวและหวาดระแวงตลอดเวลา (Rebecca, 1993)

การประเมินความกลัวในเด็กวัยเรียน

เมื่อเด็กเกิดความกลัว ส่งผลให้เกิดการตอบสนองหลายด้านทั้งทางด้านสรีรวิทยาและจิตใจ ดังนั้นการประเมินความกลัวในเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินความกลัวในเด็กมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินที่หลากหลาย ดังนี้

1. การประเมินจากพฤติกรรมการแสดงออก (Behavior Rating Scales) การประเมิน

พฤติกรรมแสดงออกสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเหตุการณ์นั้น ๆ เช่น การแสดงออกทางคำพูด การเคลื่อนไหว ดังการศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล (2532) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยเรียนตอนต้นต่อความกลัวจากการฉีดยาจากการสังเกตพฤติกรรม 9 พฤติกรรมได้แก่ การแสดงสีหน้าและแววตา ลักษณะการเดิน การเคลื่อนไหวของศีรษะ ตา แขน และขา การขมื่อและเบือนหน้า การเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ การเกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า การเกร็งตัว มือ และเท้า น้ำเสียงและเนื้อหาของคำพูด และลักษณะการร้องไห้และการมีน้ำตาไหล โดยประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ พบว่า เด็กกลุ่มที่ได้รับการเตรียมการเล่นก่อนฉีดยามีพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมและการศึกษาของ สุภารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และได้้นำแบบประเมินพฤติกรรมความกลัวไปใช้ในการประเมินความกลัวเช่นกัน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมความกลัวก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. การประเมินโดยใช้การทดสอบด้วยภาพ (Projective Test) การประเมินโดยใช้การทดสอบด้วยภาพเป็นการประเมินโดยใช้การวาดภาพเพื่อวัดสภาวะทางอารมณ์ โดยประเมินจากภาพวาดว่าเด็กมีความรู้สึกอย่างไร ดังการศึกษาวิจัยที่ศึกษาถึง สภาวะทางอารมณ์ของเด็กวัยเรียนอายุ 5-11 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินจากการวาดรูปแสดงออกถึงสภาวะทางอารมณ์ของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า การวาดรูปของเด็กวัยเรียนขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถประเมินความกลัวและวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนได้ และมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และจะมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของรูป เช่น เด็กที่กลัวเข็มฉีดยาจะวาดภาพเข็มฉีดยาให้มีขนาดใหญ่กว่าตนเอง หรือเปลี่ยนรูปร่างจากความเป็นจริง (Clatworthy, Simon, & Tiedeman, 1999)

3. การประเมินทางสรีรวิทยา (Physiological Techniques) การประเมินทางสรีรวิทยาเป็นการประเมินโดยการวัดหรือการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อเกิดความกลัว เช่น การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มีเหงื่อออก ความเกร็งของผิวหนัง อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น การกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า (Nicastro & Whetsell, 1999) เป็นต้น การประเมินวิธีนี้มีขั้นตอนการวัดที่ยุ่งยาก ค่อนข้างลำบากและไม่แน่นอน เนื่องจากมีปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยและปัจจัยภายนอกเข้ามามีผลด้วย แต่การประเมินความกลัววิธีนี้สามารถนำไปใช้ประเมินได้กับทุกวัย

4. การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report Method) การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นการประเมินโดยให้เด็กกำหนดระดับความกลัวหรือแสดงความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเอง ดังนี้

4.1 การใช้แบบประเมินความกลัว แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินความกลัวรายชื่อคะแนนรวมที่ได้บอกถึงระดับความกลัวของผู้ป่วย เช่น แบบประเมินความกลัวของเด็กวัยเรียนต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยและระบบการดูแลรักษา (Child Medical Fear Scale- CMFS) ซึ่งพัฒนาโดย (Broom et al., 1988) เพื่อใช้ประเมินความกลัวของเด็กวัยเรียนต่อประสบการณ์ในการรักษา เครื่องมือนี้พัฒนาจากข้อคำถามปลายเปิด นำไปสัมภาษณ์เด็กอายุ 6-11 ปี จำนวน 146 รายในโรงเรียนประถมศึกษา ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา 4 ด้าน ได้แก่ ความกลัวการปฏิบัติการ (Procedural Fears) เช่น การเจาะเลือด การเจาะปอด การฉีดยา การผ่าตัด ความกลัวสิ่งแวดล้อม (Environmental Fears) เช่น กลัวโรงพยาบาล ความกลัวภายในบุคคล (Intrapersonal Fears) เช่น กลัวความเจ็บปวด และความกลัวระหว่างบุคคล (Interpersonal Fears) เช่น กลัวต้องแยกจากครอบครัว การประเมินมีมาตรวัดระดับความกลัว 3 ระดับคือ ไม่กลัวเลย กลัวน้อย และกลัวมาก (Chaiyawat, 1999) ซึ่งแบบประเมินความกลัวนี้ได้ถูกพัฒนาโดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับเด็กไทยวัยเรียน (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2544)

4.2 การใช้มาตรวัดความกลัว แบบวัดนี้สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินความกลัวด้วยตนเองตามการรับรู้ และการบอกเล่าของผู้ป่วย ซึ่งมีการสร้างและพัฒนาเพื่อให้ง่ายและสะดวกในการประเมิน ได้แก่ การประเมินโดยการบอก การประเมินด้วยสายตา และการประเมินด้วยตัวเลข ดังการศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล (2532) ที่ศึกษาผลการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้นโดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา ในเด็กนักเรียนชายหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อายุ 6-7 ปี ที่จะต้องได้รับการฉีดวัคซีนครั้งที่ 1 ป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และครั้งที่ 2 ป้องกันวัณโรค จำนวน 58 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 29 ราย โดยใช้แบบประเมินความกลัวด้วยภาพใบหน้า ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของเด็กที่ได้รับการรักษาฟัน โดยใช้ภาพใบหน้าและท่าทางของ Venham (1979 อ้างถึงใน นฤมล ชีระรังสิกุล, 2532) โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นรูปภาพแสดงออกทางใบหน้าที่แสดงความกลัว กำหนดระดับความกลัวเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับคือ ภาพที่ 1 แสดงถึงความรู้สึกกลัวน้อยหรือไม่กลัวต่อการฉีดยา ภาพที่ 2 แสดงถึง ความรู้สึกกลัวปานกลาง ภาพที่ 3 แสดงถึง ความรู้สึกกลัวมาก ผลการศึกษาพบว่า เด็กกลุ่มที่ได้รับการเตรียมการเล่นก่อนฉีดมีความกลัวต่อการฉีดยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียม การใช้แบบประเมินความกลัวด้วยใบหน้านี้เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียน

4.3 แบบประเมินความกลัวที่พัฒนามาจากแบบประเมินความวิตกกังวล Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ State Anxiety Subscale ของ (Chaiyawat, 1999) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือ (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1973) เครื่องมือนี้ถูกสร้างมาใช้กับเด็กไทยวัยเรียนอายุ 8-13 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามทางบวก 8 ข้อ และลักษณะข้อคำถามทางลบ 11 ข้อ คัดคะแนนจากการนำทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความกลัวมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความกลัวน้อย ดังการศึกษาของ สารทิ กาญจนารัตน์พันธ์ (2548) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและมารดาที่มาดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่งจำนวน 130 คู่ โดยใช้แบบสอบถามความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children-Revised (T-STAI-C-R) เฉพาะ State Anxiety Subscale ของ (Chaiyawat, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 3 ตัวซึ่งผู้ตอบจะต้องเลือกข้อความให้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบในขณะนั้นให้มากที่สุด ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ สารทิ กาญจนารัตน์พันธ์ (2548) โดยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับการประเมินความกลัวการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวที่เกิดจากการจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แต่จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่รอการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่รอการรักษาด้วยการผ่าตัดว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป