



ท.002815

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลัง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

A study of behaviors changed of the pediatric patients following
discharge from Maharaj-Nakorn Chiangmai Hospital

นางปริศนา สุนทรไชย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2530

ISBN 974-586-209-6

© สงวนลิขสิทธิ์

ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก China Medical Board of New York, Inc.

อภินันทนาการ
Copyright by Mahidol University

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2530

(นางปริศนา สุนทรไชย)

ผู้เสนอ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศิริ ศรีอัญญาพร)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ นงลักษณ์ จินตนาติก)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มั่นตรี จุลสมัย)(รองศาสตราจารย์ ดร. วิเชียร ทวีลาภ)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการไต่ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลมารารันกรเชียงใหม่

โดย

ปริศนา สุนทรไวย

เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2530 เห็นสมควรอนุมัติให้มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พรอศ. ธีระชัย งาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร)

ประธานกรรมการ

พริศรา สุนทรไวย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พริศรา บุญทอง)

กรรมการ

พรอศ. จันทนา นิล

(อาจารย์นงลักษณ์ จันทนา นิล)

กรรมการ

พริศรา สุนทรไวย

(อาจารย์ ดร. สายฤดี วรกิจโกตาพร)

กรรมการ

พริศรา สุนทรไวย

(อาจารย์ ดร. กอบกุล พันธเจริญวรกุล)

กรรมการ

พริศรา สุนทรไวย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มัณฑิรา จุลสมัย)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางปรีศนา สุนทรไชย
 สถานที่เกิด จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย
 โรงเรียนสตรีวัดโนนทัยพ่าย จังหวัดเชียงใหม่
 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ประกาศนียบัตรพัฒนการศึกษาระดับปริญญาโท
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการทำงาน

อาจารย์ประจำ
 ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาราชนครเชียงใหม่
นักศึกษา	นางปริศนา สุนทรไชย
ระดับปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
สาขาวิชาเฉพาะ	การพยาบาลนมและเด็ก
สถาบัน	โครงการบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศรี ศรีอำภุพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หัตถา บุญทอง อาจารย์นงลักษณ์ จินตนาคิลก
วัน เดือน ปี	22 มิถุนายน 2530

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก คือ อายุ, ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวกับมารดาเด็กป่วย คือ ระดับการศึกษา, ฐานะทางเศรษฐกิจและความวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและผู้ป่วยเด็ก อายุ 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2529 ถึงกุมภาพันธ์ 2530 จำนวน 90 คน โดยเป็นผู้ป่วยเด็กที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ก่อน ไม่มีภาวะผิดปกติด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3-21 วัน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ไม่มารดาอยู่ด้วยขณะรับ

การรักษาในโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ รวม 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีหาค่าไคสแควร์และสัมประสิทธิ์แห่งการถ่วงร เพื่อเปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยต่าง ๆ และทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทดสอบที และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

สรุปผลการวิจัยมีดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรากจากมารดา ($p < .05$) ด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดุดอง ดันขวากลำบากในการนอน ด่านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ และด้านเพิกเฉย-แยกตัว ($p < .01$)
2. อายุ, ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมทุกด้าน ($p > .05$)
3. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ($p < .05$)

4. คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมทุกด้าน ($P > .05$)

5. คะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล แต่ละกลุ่มจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว เพียงด้านเดียว ($P < .05$)



Thesis Title A study of behaviors changed of the pediatric patients following discharge from Maharaj-Nakorn Chiangmai Hospital.

Author Mrs. Prissana Soonthornchai

Degree Master of Science (Nursing)

Nursing Specialty Graduate Study Program, Faculty of Nursing.
Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

Major Advisor Assistant Professor Pornsri Sriussadaporn

Co-Advisor Assistant Professor Dr. Tassana Boonthong
Instructor Nongluk Chintanadilok

Date of Graduation 22 June 1987.

Abstract

The purpose of this study was to investigate behaviors changed of the pediatric patients following discharge from hospital and to identify the relationships between behaviors of the pediatric patients following discharge from hospital and factors which might affect these behaviors, i.e., factors regarding children such as age, previous hospitalization experiences, duration of hospitalization and procedures obtained during hospitalization as well as maternal factors for instance education, economic status level and anxiety.

The sample was composed of 90 pediatric patients whose ages were between 1 to 5 years who were admitted at Pediatric wards in Maharaj-Nokorn Chiangmai Hospital, Chiangmai. All subjects were rooming-in patients and hospitalization during 3 to 21 days. The

instruments used in the study included The State-Trait Anxiety Inventory of Spielberger and The Behaviors of the pediatric patients following discharge from hospital interviewing form.

Data were analysed by using precentage, Chi-square, t-test and one way analysis of variance.

The results revealed that

1. There were statistically significant differences of the number of the pediatric patients in five dimensions of behaviors changed after hospitalization. The five dimensions of behaviors were Separation anxiety ($P < .05$), General Anxiety and Regression, Anxiety about sleep, Aggression Toward Authority and Apathy-Withdrawal ($P < .01$).
2. There were no statistically significant relationships between age, previous hospitalization experiences, procedures obtained during hospitalization and behaviors of the pediatric patients following discharge from hospital.
3. There was statistically significant relationship between duration of hospitalization and behaviors of the pediatric patients only in Eating Disturbance behaviors ($P < .05$).
4. There were no statistically significant differences of maternal state anxiety scores among different groups of mothers devided by different behaviors of the pediatric patients following discharge from hospital.

5. There was statistically significant difference of maternal trait anxiety scores among different groups of mothers divided by different behaviors of the pediatric patients following discharge from hospital only in Apathy-Withdrawal behaviors ($P < .05$).



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศิริ ศรีธัญญาพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง และอาจารย์นงลักษณ์ จันทนาติก อาจารย์ที่ปรึกษา และควบคุมวิทยานิพนธ์ ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนให้ความอนุเคราะห์ ในด้านต่าง ๆ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้รับความกรุณาจากอาจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และอาจารย์ ดร. สายฤดี วรกิจโกศาทร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านด้วยความเคารพยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ ขอบพระคุณผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยที่แผนกกุมาร เวชศาสตร์ 2, 3, 4 และ 5 และแผนกเด็กป่วยนอก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ตรวจการ หัวหน้าตึก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำตึกดังกล่าวทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หัวหน้าภาควิชา การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ที่กรุณาสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษา ตลอดจนคณาจารย์ในภาค วิชาฯ ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อนึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้จะไม่สามารถสำเร็จได้ หากปราศจากความกรุณาและช่วยเหลือ ของคุณอมรฤทธิ คุณประทุมรัตน์ สรรพสิทธิ์ คุณทวี หนารัตน์ และคุณวีระ ใจกาส ที่ได้กรุณาช่วยเหลือ ในการติดตามผู้ป่วยเด็กที่บ้าน ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณมารดาและผู้ป่วยเด็ก ที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อทอดศักดิ์ คุณแม่เสงี่ยม และคุณชโลธร สุนทรไชย ที่ให้ความสนับสนุนทั้งกำลังใจและกำลังทรัพย์ ขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคน ที่ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา ด.ช. อาพันธ์ชนก สุนทรไชย ผู้เป็นเสมือนพลังใจให้สามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณ China Medical Broad of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สารบัญเนื้อเรื่อง

	หน้า
ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญเนื้อเรื่อง	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมติฐาน	5
ขอบเขตของการศึกษา	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	6
นิยามทั่วไป	6
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
พัฒนาการของเด็กวัย 1-5 ปี	9
พัฒนาการทางด้านร่างกาย	9
พัฒนาการด้านอารมณ์	10
พัฒนาการด้านสังคม	11
พัฒนาการด้านสติปัญญา	12
อิทธิพลของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลต่อพัฒนาการ	13
และพฤติกรรมของเด็กวัย 1-5 ปี	
มโนคติความวิตกกังวล	27
ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดากับพัฒนาการ	31
และพฤติกรรมของเด็ก	

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

บทที่

หน้า

2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	33
ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดากับพฤติกรรม ของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	35
แนวทางการพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล	37

3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	48

4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย	55
การอภิปรายผล	88

5 สรุปผลการวิจัยและขอเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย	95
ขอเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์	99
ขอเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป	100

เอกสารอ้างอิง

102

บรรณานุกรม

118

ภาคผนวก

ก. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กและมารดาเด็กป่วย	127
ข. แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย	129
ค. แบบสัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	132
ง. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	134

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กจำแนกตามอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล	56
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามชนิดของ วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ประเภทที่ 2	58
3	จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กป่วย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ	59
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	60
5	เปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	62
6	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	64
7	ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน พฤติกรรมด้านต่าง ๆ	66
8	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับ พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน พฤติกรรมด้านต่าง ๆ	68
9	ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับ การรักษาในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดากับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	72
11	ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของมารดากับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	74
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตท ของมารดากลุ่ม 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	77
13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตท ของมารดากลุ่ม 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารและด้านเพิกเฉย-แยกตัว	79
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดา กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	80
15	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดา กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว	81
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรท ของมารดากลุ่ม 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ	82
17	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรท ของมารดากลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร และด้านเพิกเฉย-แยกตัว	84
18	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของ มารดากลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	85
19	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดา กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว	86
20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดา กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว	87

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดให้แก่เด็กเป็นอย่างมาก เกิดผลเสียต่อจิตใจจนเรียกได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์สำหรับเด็ก (Chinn, 1979 : 661 ; Kerr, 1979 : 108 ; Nelms & Mullins, 1982 : 734) ทั้งนี้เพราะความเข้าใจและการเรียนรู้ของเด็กยังมีจำกัด กลไกการเผชิญต่อภาวะเครียดในเด็กยังพัฒนาไม่พอเพียง เด็กต้องพลัดพรากจากบุคคลคุ้นเคยในครอบครัว รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เด็กคุ้นเคยมาสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไมคุ้นเคย ท่ามกลางคนแปลกหน้าทั้งแพทย์ พยาบาล และเด็กป่วยด้วยกัน ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยพึ่งพาคนแปลกหน้าคอยดูแลช่วยเหลือเวลาในทํากิจวัตรประจำวันแตกต่างไปจากที่เคยเป็นอยู่ที่บ้าน เด็กอาจจะต้องได้รับความเจ็บปวด หรือถูกจำกัดความเคลื่อนไหวจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ขัดกับธรรมชาติของเด็กที่ไม่ชอบอยู่นิ่ง ต้องการสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัว สิ่งเหล่านี้ทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสร้างความเครียด ความวิตกกังวล ตลอดจนความคับข้องใจให้แก่เด็กอย่างมาก เกิดปฏิกิริยาตอบสนองจนมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปหลังการอยู่โรงพยาบาล (Cassell & Paul, 1967 : 233-239 ; Chapman, Loeb & Gibbons, 1956 : 77-88 ; King & Ziegler, 1981 : 22 ; Melamed & Siegel, 1975 : 511-521)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อเด็กทุกวัย วัยที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี (Eckenhoff, 1953 : 587-591 ; Garniezy & Rutter, 1983 : 10 ; Jame, 1960 : 339-342) ทั้งนี้เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสร้างความเครียดหรือความคับข้องใจที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กวัยนี้เป็นอย่างมาก ได้แก่

1. การสูญเสียการควบคุม เด็กวัยนี้ต้องการเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง คิดว่าตนเองสำคัญและต้องการควบคุมสิ่งแวดล้อม แต่เมื่ออยู่โรงพยาบาลเด็กจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ต้องอาศัยพึ่งพาบุคคลอื่น การมีกิจวัตรประจำวันก็เปลี่ยนไปจากที่เคยทำอยู่บ้าน ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไมคุ้นเคย ทำให้ความต้องการเหล่านี้ของเด็กไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและสูญเสียการควบคุม ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิด

ความเครียด วิตกกังวล และคับข้องใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองและส่งผลถึงการพัฒนาความไว้วางใจ และความเป็นตัวของตัวเองของเด็กในเวลาต่อมาได้ (Teung, 1981 : 135 ; Vernon, Foley, Sipowicz & Schulman, 1965 : 31 ; Whaley & Wong, 1983 : 884-885)

นอกจากนี้ การที่เด็กได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองน้อยลง ยังส่งผลให้เด็กสูญเสียโอกาสที่จะฝึกฝนหรือพัฒนาความสามารถและทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ให้ดีขึ้น พัฒนาการด้านนี้ของเด็กจะหยุดชะงักได้

2. การบาดเจ็บและความเจ็บปวด เด็กช่วงอายุนี้นี้ให้ความสนใจวัยระย้าภายนอก การสูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย อวัยวะขาดหายไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะเพศ ประกอบกับเด็กวัยนี้การเรียนรู้มีจำกัด มีจินตนาการสูง วิธีการตรวจรักษาพยาบาลใด ๆ ที่คุกคามร่างกาย ทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวด มักจะทำให้เด็กคิดว่าเป็นการถูกลงโทษ และเร้าความกลัวตึงเครียด เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กมีจิตใจเป็นทุกข์และส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในวัยต่อมาได้ (Betz, 1982 : 261 ; Wiczorek & Natapoff, 1981 : 698)

นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้มารดาอยู่ด้วย (non rooming-in) เด็กจะต้องพลัดพรากจากมารดา การพรากจากมารดาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กมักคิดว่าเป็นการถูกลงโทษหรือทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง สงสัย ไม่ไว้วางใจบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอยู่โรงพยาบาลในทางลบ และส่งผลถึงพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ ความเป็นตนเอง (ego) และบุคลิกภาพของเด็กต่อไปได้ (สิริมาศ มุตตามาระ, 2527 : 173 ; Fagin, 1969 : 311 ; Goslin, 1978 : 340)

ความทุกข์ที่กล่าวมาจึงทำให้เด็กวัยนี้ได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด จนเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหลังการอยู่โรงพยาบาลจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย ได้แก่ การมีความวิตกกังวลต่อการพรากจากมารดา การแสดงพฤติกรรมดื้อดอย แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน หรือการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้าห่ม แยกตัว เด็กบางคนเรียกร้องมากขึ้น บ่นไม่สบาย เป็นโน่นเป็นนี่ตลอดเวลา เป็นต้น (Cox, 1976 : 426 ; Hamilton, 1974 : 131 ; Sacharin, 1980 : 69)

จะเห็นว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนี้ เป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่สื่อแสดงถึงการมีจิตใจที่เป็นทุกข์ (Psychological upset) ที่เกิดจากการมีประสบการณ์ที่สร้างความเครียด ความวิตกกังวล และความซับซ้อนใจ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมเหล่านี้จะมีอยู่ต่อไปเป็นเวลานานหลายวัน หลายสัปดาห์ จนถึงหลายเดือน จากการศึกษาพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยเด็กจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนแล้ว เด็กบางคนยังแสดงพฤติกรรมเหล่านี้อยู่ (Vaughan, 1957 : 1117-1120)

พฤติกรรมเหล่านี้จะมีความรุนแรง หรือมีอยู่เป็นเวลานานมากน้อยเพียงใดในผู้ป่วยเด็กแต่ละคนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ได้แก่

1. อายุของเด็ก
2. วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
5. ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของมารดา
6. ความวิตกกังวลของมารดา โดยทั่วไปสุขภาพจิตของมารดาจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของเด็กอย่างชัดเจน มารดาที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล เด็กย่อมจะรับรู้ความรู้สึกนี้ จากความผิดปกติของการสัมผัส สายตา น้ำเสียง หรืออิริยาบถต่าง ๆ ของมารดา ทำให้เด็กมีอาการตึงเครียดและกังวลใจตามไปด้วย (โคมดาว, 2526 : 88; Murphy & Moriarty, 1976 : 40) นอกจากนี้สุขภาพจิตยังมีผลต่อรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรของมารดา มารดาที่มีสุขภาพจิตไม่ดีที่มีลักษณะกลัดกลุ้ม มักจะทำตัวเหินห่าง ไม่แสดงความรัก และใช้อารมณ์กับบุตร (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, อรพินทร ชูชม และงามตา วณิชนันท์, 2528 : 51) ซึ่งทำให้เหล่านี้จะส่งผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรมของเด็กในทางลบในเวลาต่อมา

ความวิตกกังวลของมารดาเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะสามารถถ่ายทอดไปยังเด็กได้เช่นกัน ทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Bright, 1965 : 30-31) เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งแสดงออกทางพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เท่าที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการกล่าวถึงการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็ก แต่ในขณะเดียวกันการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอาจจะส่งผลในทางบวกแก่เด็ก เด็กที่มาจากครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก เช่น ครอบครัวที่ไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว หรือระหว่างบิดามารดาไม่ดี เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลเด็กจะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่า ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและประทับประคองด้านจิตใจดีกว่า จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนไปในทางบวก คือ เด็กแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่พึงประสงค์ลดลง (Guerin, 1977 : 510; Solnit, 1966 : 155-163) อย่างไรก็ตาม การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ส่งผลในทางลบแก่เด็กบ่วยได้รับความสนใจและมีการศึกษาดังกันอย่างกว้างขวาง

จะเห็นว่าการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก สิ่งหนึ่งที่สื่อแสดงถึงผลในระยะสั้นก็คือการที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พฤติกรรมเหล่านี้จะแตกต่างออกไปในเด็กแต่ละคน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังที่ได้อธิบายมาแล้ว ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมาเป็นเวลาหลายปี พบว่ายังไม่มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ว่ามีพฤติกรรมอย่างไรบ้าง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ หรือทางบวก จึงเห็นว่าการศึกษากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงอิทธิพลของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีต่อภาวะจิตใจที่แสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพื่อลดหรือขจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจที่แสดงออกทางพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก เพื่อมิให้การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสร้างความบาดเจ็บทางอารมณ์ และส่งผลถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

ก. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก คือ อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ข. ปัจจัยเกี่ยวกับมารดาเด็กป่วย คือ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของมารดา เมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกัน
2. อายุของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
5. วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
6. ระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
7. ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
8. คะแนนความวิตกกังวลของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กและปัจจัยเกี่ยวกับมารดา เด็กป่วย โดยทำการศึกษาในมารดาและผู้ป่วยเด็กวัย 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกุมาร เวศศาสตร์ 2, 3, 4 และ 5 โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2529 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2530

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจ และตระหนักถึงอิทธิพลของการ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อจะได้นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ทั้งแก่มารดาและผู้ป่วยเด็ก เพื่อจัดหรือลดปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ให้นักศึกษาได้เข้าใจและตระหนักถึงอิทธิพลของ การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในเด็ก รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลทั้งแก่มารดาและเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
3. เพื่อเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่ต่อเนื่อง เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กันต่อไป

นิยามศัพท์

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Posthospital Behavior Questionnaire) ของ เวอร์นอน, ชอลแมน และโฟเลย์ (Vernon, Schulman, & Foley) ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านต่าง ๆ 6 ด้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 3 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก หมายถึง การที่ก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้น ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้นน้อยลงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย

1.2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางลบ หมายถึง การที่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้น ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้นมากขึ้น หรือแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งไม่เคยแสดงก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 การมีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคงเดิม เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กล่าวคือ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น ความตึงเครียด ไม่เป็นสุข ความรู้สึกไม่สบายใจของมารดาเด็กป่วย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ชื่อว่า The State-Trait Anxiety Inventory ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ญ. นิตยา กชภักดิ์ ดร. สายฤดี วรกิจโกทาทร และ ดร. มาลี นิสสัยสุข

3. วิธีการตรวจรักษาพยาบาล หมายถึง วิธีปฏิบัติต่าง ๆ ที่ใช้อุปกรณ์, เครื่องมือ กระทำต่อร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเด็กบาดเจ็บ เกิดความเจ็บปวด และ/หรือหวาดกลัว วิธีปฏิบัตินั้นอาจจะทำเพื่อเป็นการตรวจวินิจฉัย หรือเพื่อเป็นการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 หมายถึง วิธีการตรวจรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรของการตรวจวินิจฉัยโรคเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การเจาะเลือดตรวจ ทั้งการเจาะเส้นเลือดฝอยปลายนิ้ว หรือเส้นเลือดดำบริเวณแขนหรือขา การทดสอบทางผิวหนัง (Skin test) การฉีดยา หรือสารน้ำเข้าทางใต้ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเส้นเลือดดำ

ประเภทที่ 2 หมายถึง วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่มีลักษณะของวิธีการตรวจรักษาพยาบาลประเภทที่ 1 ร่วมกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลอื่น ๆ ได้แก่ การเจาะปอด เจาะหลัง เจาะไขกระดูก เจาะผิวหนังเพื่อระบายเอาหนองออก

4. ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หมายถึง การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กมาก่อน โดยไม่รวมการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

5. อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยเด็ก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 1-3 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 3 ปีถึง 5 ปี

6. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษานอยู่ในโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ และกลุ่มที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 3 สัปดาห์

7. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษานสูงสุดของมารดาเด็กป่วยในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ขึ้นไป

8. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้อของครอบครัวต่อเดือน ซึ่งเป็นรายได้อของสามีและภรรยารวมกัน หรือเป็นรายได้อของสามีหรือภรรยานในกรณีที่อีกฝ่ายหนึ่งไม่มีรายได้อในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ต่ำกว่า 3,000 บาท และตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้ พัฒนาการของเด็กวัย 1-5 ปี อิทธิพลของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กวัย 1-5 ปี มโนคติความวิตกกังวล ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดา กับพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก ความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดา กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แนวทางการพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

พัฒนาการของเด็กวัย 1-5 ปี

พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยนี้มีอัตราการเจริญเติบโตช้าลงเมื่อเทียบกับวัยทารก สัดส่วนของร่างกายจะใกล้เคียงกับผู้ใหญ่มากขึ้น ศีรษะเล็กลงในขณะที่แขนขายาวขึ้น โครงกระดูก กล้ามเนื้อเติบโตและแข็งแรงขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทรงตัวได้ดีขึ้น เด็กวัยนี้ชอบกระโดดโลดเต้น ไม่อยู่นิ่ง สามารถใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็กได้ดีขึ้น จึงพัฒนาทักษะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร สวมหรือถอดเสื้อผ้า สวมถุงเท้า รองเท้า ในตอนต้นของวัยนี้อาจต้องให้ผู้ช่วยเหลือบ้าง แต่ในตอนปลายของวัยนี้เด็กจะทำได้เอง เด็กวัยนี้จะพัฒนาความสามารถของเขาพร้อม ๆ กับพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการอิสระที่จะทำกิจกรรมด้วยตนเอง

การรับประทานอาหาร เด็กวัยนี้ไม่เจริญอาหารเหมือนวัยทารก เริ่มมีเจตคติต่ออาหาร รู้สึกชอบหรือไม่ชอบอาหารชนิดต่าง ๆ ชอบเลือกอาหารเอง สนใจการเล่นซุกซนมากกว่าการรับประทานอาหาร ถ้าถูกบังคับให้รับประทานอาหารจะขัดขืน ดื้อดึง ต่อต้านผู้ใหญ่

การนอนหลับ ในตอนต้นของวัยนี้จะมีปัญหาการนอน คือ เด็กจะไม่ยอมนอนตอนกลางวัน เพราะต้องการเล่น ไม่ยอมนอนกลางคืนตามเวลา พยายามหลีกเลี่ยง คือถึง โยเยให้ทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ก่อนจึงจะยอมนอน ชอบฟังนิทาน กุสุมกภาพ ก่อนนอน หรือชอบกอดตุ๊กตาสัตว์หรือผ้าห่ม การนอนละเมอหรือตื่นกลางดึกเพราะฝันร้าย เป็นธรรมดาในตอนต้นของวัย เมื่อสิ้นสุดวัยนี้จะหายไปเอง

การถ่ายภาพปัสสาวะหรืออุจจาระ เด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ระบบประสาทพร้อมที่จะควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ แต่เด็กจะสามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระเมื่ออายุประมาณ 12-18 เดือน และควบคุมการถ่ายปัสสาวะในเวลากลางวันเมื่ออายุ 2 ปี เวลากลางคืนเมื่ออายุ 3-4 ปี (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2522 : 72) ภายหลังควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้แล้วเด็กอาจจะปัสสาวะรดที่นอนบ้างเป็นครั้งคราว

พัฒนาการด้านอารมณ์

เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์สลับซับซ้อนมากขึ้น อารมณ์มักจะรุนแรงและเกิดขึ้นได้ง่าย อารมณ์ที่มักเกิดขึ้นบ่อยในเด็กวัยนี้คือ

1. ความโกรธ เป็นอารมณ์ธรรมชาติที่สุดของเด็กวัยนี้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเต็มไปด้วยสิ่งกระตุ้นให้เด็กอยู่ในอารมณ์โกรธได้มาก และเด็กยังเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วถึงการแสดงความโกรธว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้เขาได้รับความสนใจและได้รับการตอบสนองความต้องการเมื่อโกรธ เด็กจะแสดงออกด้วยการร้องไห้ กระแทกเท้า โป้งตี ลงนอนดิ้นกับพื้น ทำร้ายตนเองเมื่อใกล้จะพ้นวัยนี้ เด็กจะมีพฤติกรรมดีขึ้น แสดงความโกรธทางคำพูดมากกว่าการกระทำของเขา

2. ความกลัว เกิดจากการที่เด็กกลัวตนเองขาดความปลอดภัยจากสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้เด็กรู้สึกเช่นนั้น เด็กวัยนี้มีความหวาดกลัวมากกว่าทารกและเด็กโต ความกลัวของเด็กจะมีมากในช่วงอายุ 2-6 ปี (Hurlock, 1978 : 197-198) ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นวัยที่มีจินตนาการสูง

ตอนต้นของวัยนี้เด็กจะกลัวเสียงดัง หรือสิ่งทำให้เกิดเสียงดัง เช่น เสียงเครื่องจักร ฟ้าร้อง กลัวสัตว์ ความมืด คนแปลกหน้า การถูกทอดทิ้งหรือพรากจากมารดา ส่วนตอนปลายของวัยนี้ ความกลัวของเด็กจะเป็นความกลัวที่เกิดจากผลของความคิด หรือจินตนาการของเด็กเอง เช่น กลัวความฝันของตนเอง กลัวถูกตัดอวัยวะ โดยเฉพาะอวัยวะเพศ ซึ่งจะพบได้มากในเด็กเพศชาย พฤติกรรมที่แสดงว่าเด็กกลัว ได้แก่ วิ่งหนี หลบซ่อน หลีกเลียงสถานการณ์ที่ทำให้ตกใจกลัว

3. ความอยากรู้อยากเห็น เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความสนใจในสิ่งต่าง ๆ และใคร่รู้ไปอย่างไม่มีสิ้นสุด เด็กต้องการรู้จักตั้งแต่ตัวเขาเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว จึงชอบสำรวจสิ่งแวดล้อมและซักถาม ลักษณะที่เด่นชัดของวัยนี้คือมีความสนใจและอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับสภาพทางสรีรวิทยาของตนเอง

4. ความอิจฉาริษยา เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กมีความรู้สึกว่าเขาเองด้อยกว่าผู้อื่น และขุ่นเคืองเมื่อรู้ว่าสิ่งที่เขารักถูกแย่งชิงไป ความอิจฉาริษยาที่เกิดขึ้นในเด็กวัยนี้มักจะเป็นการอิจฉานองใหม่ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะเช่นเดียวกับอารมณ์โกรธ บางคนมีพฤติกรรมดุดอย เช่น ดูดนินว บัสสาวะรดที่นอน

5. ความสนุกสนาน เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์สนุกสนาน เมื่อได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเมื่อได้เล่นกับเด็กวัยเดียวกัน มักแสดงออกด้วยการยิ้ม หัวเราะ หรือส่งเสียงดังด้วยความดีใจ

6. ความรัก เด็กวัยนี้จะแสดงความรักอย่างเปิดเผย เช่นเดียวกับอารมณ์อื่น ๆ จะกอดจูบคลำสิ่งที่ตนเองรักและอยากอยู่ใกล้ ๆ

พัฒนาการด้านสังคม

เด็กวัยนี้เริ่มช่วยตัวเองได้มากขึ้นเป็นลำดับ สามารถทำอะไรได้ตามลำพัง สังคมของเด็กที่เคยจำกัดอยู่แต่ในครอบครัวในตอนต้น ๆ ของวัยนี้ก็จะค่อย ๆ ขยายออกนอกบ้าน เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว

ในตอนต้นของวัยนี้มารดายังมีความสำคัญต่อเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความอบอุ่น การปกป้องคุ้มครองตามที่เด็กต้องการ หากเด็กได้รับสิ่งเหล่านี้เพียงพอ ก็จะเกิดความรู้สึกมั่นคง และไว้วางใจต่อสภาพแวดล้อมของตน แต่ถ้าวาดสิ่งเหล่านี้ก็จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย การพรางจากมารดาจะสร้างความกังวลและหวั่นใจแก่เด็กเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะตอนต้นของวัยนี้ แต่ในตอนปลายของวัยนี้ เด็กจะทนต่อการพรางจากมารดาได้ดีขึ้น

ลักษณะพฤติกรรมทางสังคมที่เห็นได้ชัดในเด็กวัยนี้ ได้แก่

1. ความตื้อรั้น เด็กวัยนี้ชอบทำตรงกันข้ามกับที่บอก เนื่องจากมีความสามารถทางด้านร่างกายมากขึ้น พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการอิสระ รู้สึกว่าตนเองสำคัญ จึงอยากทดลองอำนาจของตนเอง พฤติกรรมดังกล่าวเป็นปกติของเด็กวัย 2-3 ปี เด็กเพศหญิงมักจะซัดขึ้นมากในปลายขวบปีที่ 2 ส่วนเด็กเพศชายจะซัดขึ้นมากในปลายขวบปีที่ 3 เด็กเพศชายจะมีพฤติกรรมซัดขึ้นนานและรุนแรงกว่าเพศหญิง (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2522 : 85-86) ความตื้อรั้นจะลดลงบ้าง เมื่อเด็กอายุย่างเข้าปีที่ 5 หรือ 6 (ประติพันธ์ อูปรมย์, 2524 : 216)
2. ความก้าวร้าว เมื่อไม่พอใจ หรือไม่ได้ดังใจปรารถนา เด็กวัยนี้จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร้องไห้ ใช้คำพูดรุนแรง หรือบางรายใช้กำลังต่อสู้ เด็กอายุ 4-5 ปี จะแสดงความก้าวร้าวออกมาเป็นคำพูดมากกว่าใช้กำลังต่อสู้
3. การทะเลาะเบาะแว้ง เนื่องจากเด็กวัยนี้ให้ความสำคัญแก่ตนเอง และขาดประสบการณ์ในการเล่นกับเพื่อน จึงมักจะมีเรื่องขัดแย้งและทะเลาะเบาะแว้งกันมาก แต่จะเป็นไปในระยะเวลาสั้น ๆ และหายง่าย เมื่อหายโกรธจะเล่นกันได้อีก เด็กเพศชายจะใช้กำลังในการต่อสู้ แต่ในเพศหญิงจะเข้าใจในการต่อสู้ เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นการทะเลาะเบาะแว้งจะลดลง

พัฒนาการด้านสติปัญญา

1. พัฒนาการด้านการรับรู้ เด็กวัยนี้มีความสามารถในการรับรู้ ตลอดจนความคิดคำนึงเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เด็กอายุ 2-3 ปี เริ่มมองวัตถุได้ละเอียดยิ่งขึ้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของวัตถุได้ ตอนต้นของวัยนี้จะมีความเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์ เห็นและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาเท่านั้น ตอนปลายของวัยนี้จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับเวลาได้ดียิ่งขึ้น

เด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการด้านภาษาอย่างรวดเร็ว ใช้ภาษาแทนความคิดของตน และใช้ภาษาในการติดต่อกับบุคคลอื่น เริ่มเลียนแบบผู้ใหญ่ที่อยู่รอบตัว โดยเฉพาะบิดามารดา เด็กหญิงชอบเลียนแบบมารดา ส่วนเด็กชายชอบเลียนแบบบิดามากกว่า

2. พัฒนาการด้านความคิดความเข้าใจ ตามทฤษฎีของพียูเจต์ เด็กช่วงอายุนี้เป็นระยะของการแก้ปัญหาด้วยการรับรู้ และยังไม่รู้จักใช้เหตุผล ลักษณะทางานความคิดความเข้าใจของเด็กวัยนี้ ได้แก่

2.1 เด็กวัยนี้มีการสร้างจินตนาการ มีความคิดค้นในเรื่องต่าง ๆ มากที่สุด (ประไพพรรณ ภูมิวิสาร, 2526 : 24) ทำให้เด็กแปลความหมายของเรื่องราวผิดไปจากความจริง เป็นเหตุให้เด็กเกิดความกลัวและวิตกกังวล

2.2 เด็กวัยนี้มีความสามารถในการใช้เหตุผลเบื้องต้น เด็กอายุ 2-4 ปี จะเริ่มรู้จักการนำวัตถุ 2 สิ่ง หรือเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นมาเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน แต่เป็นการให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้องนัก และยังมีความคิดและความต้องการของตนเองเป็นใหญ่ในการให้เหตุผล แต่จะมีหลักเกณฑ์มากขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้นในตอนปลายของวัยนี้ เด็กจะใช้เหตุผลในแง่แห่งความเป็นจริงมากขึ้น

2.3 เด็กวัยนี้ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentric) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของวัยนี้ การยึดตนเองเป็นศูนย์กลางจะมีอิทธิพลต่อความคิดของเด็ก ทำให้คิดอะไรพุ่งเข้าหาความต้องการของตนเอง ตอนปลายของวัยนี้การยึดตนเองเป็นศูนย์กลางจะลดน้อยลง

อิทธิพลของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กวัย 1-5 ปี

การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นภาวะการณ์ที่สร้างความเครียดให้แก่เด็กเป็นอย่างมาก (Beland & Passos, 1975 : 349; Belmont, 1970 : 472; Parker, 1983 : 65) เพราะเด็กยังเล็กเกินกว่าจะเข้าใจหรือยอมรับการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เด็กไม่ได้เรียกร้องที่จะมาอยู่โรงพยาบาล และไม่ได้มาโรงพยาบาลด้วยความเต็มใจ เด็กจะเกิดความหวาดกลัวและสงสัยว่าทำไมเขาต้องอยู่โรงพยาบาล อะไรจะเกิดขึ้นกับเขาบ้างเมื่อเขาอยู่ในโรงพยาบาล

(Gofman, Buckman & Schade (b), 1957 : 160) เด็กยังมีความจำกัดเกี่ยวกับความเข้าใจและการเรียนรู้ ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และมีจินตนาการสูง จึงแปลความหมายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้อง เด็กมักจะคิดว่าการอยู่โรงพยาบาลเป็นการถูกลงโทษ เพราะตนเองทำสิ่งที่ไม่ดีหรือไม่เชื่อฟังบิดามารดา (Betz, 1982 : 260; Evans, & Hansen, 1980 : 111;

Smith, Goodman, Ramsey & Pasternack, 1982 : 332; Teung, 1982 : 130) การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้เด็กต้องพลัดพรากจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มาสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ที่คุ้นเคย โรงพยาบาลเปรียบเสมือนเมืองใหม่สำหรับเด็ก (Juenker, 1977 : 179) เด็กต้องพบกับสถานที่ใหญ่โต มีเสียง กลิ่น และรสอาหาร ที่แตกต่างไปจากบ้าน มีบุคคลแปลกหน้า ทั้งแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเด็กป่วยด้วยกัน ที่พูดคุยกันด้วยภาษาที่ไม่เหมือนกับ

ภายในครอบครัวของตนเอง เครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลก็ไม่เคยพบเห็นมาก่อน นอกจากนี้ ตารางเวลาการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เวลาเข้านอน ตื่นนอน อาบน้ำ รับประทานอาหาร ก็ต่างไปจากที่บ้าน กิจกรรมที่เคยทำได้เอง ต้องมีคนคอยทำให้ เด็กก็จะเกิดความคับข้องใจ ไม่เพียงเท่านี้ เด็กบางรายต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือได้รับความเจ็บปวดจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สร้างความกระทบกระเทือนทางอารมณ์ (emotional trauma) และเป็นภาวะวิกฤติสำหรับเด็ก (Blom, 1958 : 590; Jackson, Winkley, Faust & Cermak, 1952 : 1536; Spenner, 1974 : 41)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะขัดขวางการเจริญเติบโตของร่างกายเด็ก ด้วยสาเหตุที่เกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลของเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และความเจ็บป่วยของตัวเอง ทั้งนี้ เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายขึ้นอยู่กับปริมาณของ growth hormone ซึ่งจะควบคุมการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อในร่างกายทั้งหมด ทำให้มีการเพิ่มขนาดของเซลล์ ขนาดของร่างกายเพิ่มขึ้น การอยู่โรงพยาบาลจะทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งจะโต้กลาวยังอย่างละเอียดต่อไป ในภาวะเช่นนี้จะทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลง นอกจากนี้ ภาวะอารมณ์ที่ตึงเครียดยังทำให้การหลั่งกรดไฮโดรคลอริก (Hydrochloric acid) ในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้ความอยากอาหารลดลง และจะไปเพิ่มความไวของรีเฟล็กซ์อาเจียน จึงเกิดอาเจียนได้ง่าย และในภาวะเช่นนี้จะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้แปรปรวน เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเดินได้อีกด้วย (Teung, 1982 : 135) ความแปรปรวนเช่นนี้จะมีผลทำให้การได้รับสารอาหารลดลง การเจริญเติบโตของร่างกายซึ่งขึ้นอยู่กับ growth hormone และสารอาหารที่เด็กได้รับก็จะมีผลกระทบชะงักหรือช้าลงได้

ไม่เพียงแต่ส่งผลถึงการเจริญเติบโตของร่างกายเท่านั้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของเด็กอีกด้วย ความอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการตรวจรักษาพยาบาล รวมกับการเกิดความเครียดและวิตกกังวล จะทำให้เด็กซึม ไม่ยอมเล่น ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถหรือทักษะต่าง ๆ ที่เกิดจากการเล่น เช่น ทักษะด้านการเคลื่อนไหว ไขกล้ามเนื้อ ทักษะด้านภาษา ตลอดจนด้านสังคมและสติปัญญา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก ในขณะเดียวกัน เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเพิ่งจะเริ่มมีการพัฒนาทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะในการดูแลตนเอง ควบคุมการขับถ่าย ทักษะด้านสังคม เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้เด็กเสียโอกาสที่จะฝึกทักษะใหม่ ๆ หรือฝึกทักษะที่มีอยู่แล้วให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น (Steinhauer & Rae-Grant, 1983 : 515)

ได้มีการศึกษาถึงผลของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลต่อการพัฒนาการของเด็ก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การศึกษาในระยะสั้น บัตเลอร์ และคอร์เนอร์ ได้อ้างถึงผลการ ศึกษาของแฮสลัม (Haslum) ในปี 1982 ซึ่งพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีความสามารถในการรับรู้ด้วยการทำงานร่วมกัน ของกล้ามเนื้อ (motor coordination) ลดน้อยลง และมีพฤติกรรมป่วนแปร (Cited in Butler & Corner, 1984 : 127) และที่ได้รับความสนใจและมีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง ก็คือ การศึกษาถึงพฤติกรรมของเด็กหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นปฏิกิริยา ตอบสนองต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความคับข้องใจที่เด็กเผชิญขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงการมีพัฒนาการที่ป่วนแปร ซึ่งจะได้นำมาพูดถึงต่อไป

ส่วนผลในระยะยาวมีการศึกษาก่อนข้าน้อย ดักลาส และควินตัน กับรีตเตอร์ (Douglas, 1975 : 456-480 ; Quinton & Rutter, 1976 : 447-459) ศึกษา พบว่า การที่เด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนานมากกว่า 1 สัปดาห์ หรือการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลหลาย ๆ ครั้ง ในช่วงอายุ 5 ปีแรก จะสัมพันธ์กับความสามารถในการอ่านและ พฤติกรรมป่วนแปรเมื่ออยู่ในวัยรุ่น

การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อเด็กทุกวัย (Teung, 1982 : 127) แต่เด็กที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี (Bowlby, 1961 : 251-269; Jame, 1960 : 339-342 ; Wilkinson, 1978 : 13) เฟลตเชอร์ (Fletcher) ได้อ้างถึงผลการศึกษาของ ไซด์ (Sides) ที่พบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล จะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีจิตใจที่เป็นทุกข์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึง 78 % ในขณะที่เด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี จะมีเพียง 52 % (Cited in Fletcher, 1981 : 188)

สาเหตุที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลมากที่สุดนั้น เนื่องจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสร้างความเครียด วิตกกังวล และคับข้องใจ ที่มีความสัมพันธ์หรือสืบเนื่องมาจากลักษณะพัฒนาการของเด็กในช่วงอายุนี้ ได้แก่

1. การสูญเสียการควบคุม (Loss of control) เกิดในช่วงอายุนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุ 1-3 ปี มีความต้องการเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง คิดว่าตนเองมีความสำคัญ มีอำนาจ และต้องการควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัว เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความต้องการและความรู้สึกเหล่านี้จะลดลง ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง (insecurity) และสูญเสียการควบคุม ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะการถดถอยต่อไปนี้ (Schmeltz, 1977 : 117; Whaley & Wong, 1983 : 884-885)

1.1 ถูกจำกัดความเคลื่อนไหว หรือการทำกิจกรรม ในตอนต้น ๆ ของช่วงอายุนี้ เด็กเพิ่งจะพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก เด็กจะไม่ชอบอยู่นิ่งสำรวจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กมักจะเกิดความอ่อนเพลียและเจ็บปวด ทั้งจากความเจ็บป่วยและวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่าง ๆ ทำให้เคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง หรือบางครั้งถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ห้ามลงจากเตียง ห้ามออกนอกบริเวณเตียงป่วย หรือร่างกายบางส่วนถูกผูกมัด สิ่งเหล่านี้จะถูกถามต่อความต้องการเป็นอิสระ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและคับข้องใจ และยังมีผลทำให้เด็กเสียโอกาสในการฝึกทักษะด้านนี้อีกด้วย

1.2 กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนไป กิจกรรมที่เด็กเคยทำอยู่จนเคยชินเมื่ออยู่ที่บ้าน จะทำให้เด็กเกิดความไม่มั่นคง เพราะคาดคะเนได้ว่าเมื่อไรและอะไร ที่เขาจะต้องทำหรือเผชิญ แต่เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมและงานประจำวันของเด็กจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย เด็กจะต้องเผชิญกับตารางเวลาเข้านอน ตื่นนอน รับประทานอาหาร อาบน้ำที่แตกต่างไปจากที่เคยชินเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง

1.3 เด็กต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เด็กวัยนี้ต้องการอิสระเป็นตัวของตัวเอง ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ สวมหรือถอดเสื้อผ้า รับประทานอาหาร ตลอดจนขับถ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะต้องได้รับการดูแลในกิจกรรมเหล่านี้ ที่เดิมเด็กสามารถทำได้ด้วยตนเอง จะทำให้เด็กมีความรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความสามารถ ความเป็นตัวของตัวเอง และควบคุมอะไรไม่ได้ (ประคิม คชภักดี, 2528 : 190) นอกจากนี้ยังทำให้เด็กเสียโอกาสที่จะฝึกฝนความสามารถและทักษะต่าง ๆ เหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้น พัฒนาการด้านนี้จึงมีการหยุดชะงักหรือช้าลง

สภาพแวดล้อมที่เด็กไม่เคยของโรงพยาบาลเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง (Rutter, 1979 : 149; Teung, 1981 : 135) โรงพยาบาลเป็นสภาพแวดล้อมใหม่ของเด็ก มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่เด็กไม่เคยเห็น เช่น เตียงนอน ถาดอาหาร กระโถนสำหรับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระบนเตียง เป็นต้น ต้องนอนร่วมกับเด็กแปลกหน้าคนอื่น ๆ ที่มีลักษณะต่างกัน บางคนใส่เสื้อ บางคนมีบาดแผลตามตัว บางคนต้องอยู่ในกระโถนพลาสติก บางคนมีสายยางเข้าทางจมูก ตลอดจนกฎระเบียบของโรงพยาบาลก็ต่างจากที่บ้าน มีโอกาสพบปะกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบางเวลา มีโอกาสได้เล่นหรือดูโทรทัศน์เป็นบางเวลาเท่านั้น

ความรู้สึกไม่มั่นคงและสูญเสียการควบคุมที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น จะทำให้เด็กเกิดความเครียด วิตกกังวล และคับข้องใจจนมีปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกมาทางพฤติกรรมต่าง ๆ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และยังมีผลถึงการพัฒนาความไว้วางใจและความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กต่อไปได้ (Calkin, 1979 : 18; Hunsberger, Love & Byrne, 1984 : 156; Wiczorek & Natapoff, 1981 : 527)

2. การบาดเจ็บและความเจ็บปวด เด็กช่วงอายุนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงอายุ 3-5 ปี จะให้ความสนใจกับอวัยวะและความสมบูรณ์ของร่างกาย (body integrity) เป็นอย่างมาก แต่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย ลักษณะเด่นชัดของวัยนี้ก็คือกลัวสูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย กลัวอวัยวะของร่างกายขาดหายไป (Mutilation) กลัวอวัยวะเพศได้รับอันตรายหรือถูกตัดขาด (Castration) (Apt, Beckwitt & Isenberg, 1974 : 13; Kerr, 1979 : 120) ประกอบกับการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้ยังไม่พัฒนาเต็มที่ มีจินตนาการสูง โดยเฉพาะวัย 3-5 ปี จะมีจินตนาการมากที่สุด เมื่อเด็กได้รับการตรวจรักษาพยาบาลที่คุกคามร่างกาย และทำให้เกิดความเจ็บปวด เด็กมักคิดว่าถูกตัดอวัยวะส่วนนั้นออก หรือจะถูกตัดอวัยวะเพศออก กลัวว่าร่างกายจะไม่สมบูรณ์อีกต่อไป วิธีการตรวจรักษาบางอย่างที่กระทำต่อร่างกายเด็กที่ไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การวัดความดันโลหิต การฟังเสียงปอดหรือหัวใจ เด็กก็จะเกิดจินตนาการไปในทางที่น่ากลัว และคิดว่าจะมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น (Nelms & Mullin, 1982 : 738; Whaley & Wong, 1979 : 885) ความคิดดังกล่าวจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับมักจะทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวด ถูกผูกมัด จนทำให้มีกิจกรรมหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง เกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุมและคับข้องใจดังกล่าวนั้นแล้วข้างต้นได้อีกด้วย

นอกจากนั้น เด็กวัยนี้มักจะคิดว่าการศึกษาที่เขาได้รับความเจ็บปวดจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่าง ๆ นั้น เป็นการถูกลงโทษ เพราะเขาทำในสิ่งที่ไม่ดีและคิดว่าการศึกษาจะเอาเลือดเขา เพราะพยาบาลเกลียดและต้องการเกล่งเขา ต้องการจะดูดเอาเลือดหรือสิ่งต่าง ๆ ในร่างกายของเขาออกไปให้หมด ประกอบกับเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถใช้ภาษา สื่อหรือระบายความคิด ความรู้สึกของเขาออกมาได้ จึงเพิ่มความกลัว ความวิตกกังวลให้มากยิ่งขึ้น จนเกิดปฏิกิริยาตอบสนองจนมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และยังสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาบุคลิกภาพในเวลาต่อมาอีกด้วย (Goslin, 1978 : 334; Murray & Zentner, 1985 : 214-215; Waechter, Phillips & Holaday, 1985 : 497)

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ที่เป็นการถูกลงโทษร่างกายของเด็ก ทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวดหรือหวาดกลัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Blom, 1958 : 592; Hunsberger, et al., 1984 : 145; Nagera, 1978 : 3; Solnit, 1960 : 61; Wolff, 1981 : 67)

แมนเดลโก (Mandelco, 1976 : 151-166) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังที่ได้รับการเจาะไต พบว่า 2 สัปดาห์หลังจากนั้น เด็กจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมถดถอย และแสดงพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงการมีความวิตกกังวล เช่น เกี่ยวกับการศึกษาของชอลแมน, โฟเลย์ และเวอร์นอน (Schulman, Foley & Vernon, 1967 : 111) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจรักษาที่กระทำต่อร่างกายขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงซึ่งแสดงถึงจิตใจที่เป็นทุกข์

ในสมัยก่อน ๆ โรงพยาบาลมักจะมิโนโยบายห้ามมารดาอยู่เฝ้าเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาจจะอนุญาตให้มารดาเข้าเยี่ยมเด็กได้เป็นบางเวลาเท่านั้น ในกรณีเช่นนี้จะทำให้เด็กถูกพรากจากมารดา ซึ่งการพลัดพราก (Separation) นี้ก็จะเป็นอย่างสาเหตุหนึ่ง ที่สร้างความเครียดให้แก่เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกเหนือจากสาเหตุ 2 ประการที่กล่าวมาข้างต้น การถูกพรากจากมารดาทำให้เด็กคิดว่ามารดาทอดทิ้งหรือลงโทษ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย และวิตกกังวล

ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ได้มองเห็นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล (rooming-in) ด้วยคำนึงถึงความสำคัญของมารดาที่มีต่อเด็ก เพราะสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มารดาเปรียบเสมือนโล่ป้องกัน หรือคอยปกป้องความไม่สบายต่าง ๆ ของเด็ก การที่มีมารดาอยู่ด้วยจะช่วยลดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยของเด็ก

การที่ผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้ป้องกันให้เด็กเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความคับข้องใจขณะอยู่ในโรงพยาบาลโดยสิ้นเชิง เพราะเด็กเกิดความเครียดและวิตกกังวลจากสาเหตุที่ต้องสูญเสียการควบคุม และบาดเจ็บหรือเจ็บปวดตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่การที่มีมารดาอยู่ด้วยจะช่วยลดภาวะการดังกล่าว และทำให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องถึงการมีจิตใจที่เป็นทุกข์ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยลง ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้นาน้อย เช่น เบรน และแมคเคลย์ (Brain & Macley, 1968 : 278-280) ศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีอารมณ์แปรปรวนที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย

เฟลทเชอร์ ได้อ้างถึงการศึกษาของ ลีห์แมน (Lehman) ในปี 1975 ซึ่งพบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องถึงจิตใจที่เป็นทุกข์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย และเขายังได้อ้างถึงการศึกษาของคูเทอ (Couture) ในปี 1976 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จะแสดงพฤติกรรมดกอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย นอกจากนี้เฟลทเชอร์ ยังได้อ้างถึงผลการศึกษาของแมคกิลลิดดี้ (McGilllicuddy) ในปี 1976 ที่ศึกษาผู้ป่วยเด็ก 90 คน อายุระหว่าง 1-4 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกมีมารดาอยู่ด้วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มที่สองไม่มีมารดาอยู่ด้วย ผลการศึกษาพบว่า 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่มีมารดาอยู่ด้วย จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เกรี้ยวขี้ม และแยกตัว มีการนอนแปรปรวนและมีความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรากจากมารดา (Separation anxiety) น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย (Cited in Fletcher, 1981 : 190-191)

ดังนั้น ในปัจจุบันจึงมีโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่อนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กมีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะลดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดการแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงจิตใจที่เป็นทุกข์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กให้เกิดขึ้นน้อยลง

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และสร้างความคับข้องใจแก่เด็กเป็นอย่างมากจนเกิดปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางคนพบว่าหลังการอยู่โรงพยาบาลกับไปอยู่ที่บ้าน เด็กจะแสดงความก้าวร้าว ตื้อรัง ติดมารดามากขึ้น ซึ่งเป็นอยู่เป็นเวลานานหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์ โดยที่เด็กบางคนอาจจะไม่แสดงพฤติกรรมอะไรเลยขณะอยู่ในโรงพยาบาล (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2521 : 109) ลิโปวิช และ เวอร์นอน (Sipowicz & Vernon, 1965 : 228-31) ได้ศึกษาฝาแฝด 24 คู่ ที่คนใดคนหนึ่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยให้มารดาเปรียบเทียบพฤติกรรมของเด็กฝาแฝดทั้งคู่ในช่วง 1 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าเด็กฝาแฝดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจะมีพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงการมีจิตใจเป็นทุกข์ เช่น แสดงพฤติกรรมดกดย ก้าวร้าว แยกตัว มีปัญหาในการนอนหรือรับประทานอาหาร ในขณะที่เด็กฝาแฝดคนที่ไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแสดงพฤติกรรมเหล่านี้้น้อยมาก

เฟลทเชอร์ ได้อ้างถึงการศึกษาของบราวน์ (Brown) ในปี 1979 ซึ่งศึกษาเด็กอายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้น ๆ พบว่า 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เด็กยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าว การนอนปรวนแปร และมีความวิตกกังวลต่อการพลาจากมารดาอยู่ (Cited in Fletcher, 1981 : 188) ส่วน พรูห์ และคณะ (Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum & Leriha, 1953 : 70-106) ศึกษาพบว่า 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กยังมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีจิตใจเป็นทุกข์เช่นกัน

พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักจะเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสื่อแสดงถึงการมีจิตใจเป็นทุกข์ (Psychological upset) ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และสร้างความคับข้องใจที่เด็กเผชิญขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พฤติกรรมดังกล่าวที่พบไ้บ่อย พองจะแบ่งออกได้ดังนี้

1. การแสดงพฤติกรรมถดถอย (Regression) เป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเด็กหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี (Chinn, 1979 : 675; Shaw & Lucas, 1970 : 285) เพราะเด็กวัยนี้กำลังพัฒนาความสามารถต่าง ๆ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าเด็กโตที่ความสามารถเหล่านี้มีมานานจนเป็นความสามารถหรือนิสัยประจำตัว (Audette, 1974 : 32) เด็กมักจะแสดงพฤติกรรมถดถอยในการเผชิญหรือป้องกันตนเองในสถานการณ์ที่ตึงเครียด ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง เด็กต้องการกลับไปอยู่ในช่วงเวลาของพัฒนาการที่เขารู้สึกว่าตนเองมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Cox, 1976 : 426; Erikson, 1967 : 695-703; Langford, 1961 : 667-684 ; Wieczorek & Natapoff, 1981 : 450; Wilkinson, 1978 : 15)

พฤติกรรมถดถอยที่พบ ได้แก่ การกลับมีพฤติกรรมเป็นทารก เช่น กลับไปดูดหัวนม หลอก หรือคุณนมขวด ดุนนิ้วมือ กัดเล็บ ไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยทำได้ เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ สวมหรือถอดเสื้อผ้า ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ฉายอุจจาระไม่เป็นเวลา การแสดงพฤติกรรมถดถอยเช่นนี้ จะเป็นอยู่เป็นเวลานานหลายวัน หลายสัปดาห์ เป็นเดือน ถ้ารุนแรงมาก อาจนานเป็นปีได้ (Nagera, 1978 : 9)

2. ความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรากจากมารดา (Separation anxiety) ในผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อการพรากจากมารดา หลังการอยู่โรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน เด็กยังมีความวิตกกังวลจะถูกพรากจากมารดาอีก ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ยังคงมีความวิตกกังวลต่อการพรากจากมารดา แต่น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย (Cited in Fletcher, 1981 : 190-191) พฤติกรรมที่เด็กแสดงออก เช่น ไม่ยอมอยู่ตามลำพัง เรียกร้องหรือติดตามมารดาอยู่ตลอดเวลา ไม่ให้พลาดจากสายตา เรียกร้องความสนใจจากมารดา ปฏิเสธหรือขัดขืนการออกไปนอกบ้าน แสดงความหวาดกลัวต่อสถานที่ที่ไม่เคยไปมาก่อน หรือเมื่อใดยินว่าจะพาไปโรงพยาบาลหรือไปพบแพทย์ (Kenny, 1973 : 592; Nelms & Mullin, 1982 : 745; Smith, et al., 1981 : 332)

3. มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดของเด็กอย่างหนึ่งก็คือ การมีปัญหเกี่ยวกับการนอน เช่น กลัวความมืด ไม่ยอมเข้านอน ไม่ยอมนอนคนเดียว ขอนอนกับ บิดามารดา หรืออาจจะยอมเข้านอนหรือหลับได้บิดามารดาต้องใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น เล่านิทานให้ฟัง เกาหลังให้

4. มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น โยเยเวลารับประทานอาหาร รับประทานอาหารน้อยลง สนใจที่จะเล่นมากกว่าขณะรับประทานอาหาร หรือเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น

5. พฤติกรรมก้าวร้าว เด็กจะแสดงความก้าวร้าวเป็นการระบายอารมณ์เมื่อเกิดความโกรธ ความคับข้องใจหรือความรู้สึกถูกทำร้ายจิตใจ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลเด็กไม่สามารถจะแสดงความก้าวร้าวออกมาได้ จึงเก็บเอาไว้แสดงออกเมื่อกลับมาอยู่บ้าน เด็กจะแสดงความก้าวร้าว บิดามารดา เพราะคิดว่าบิดามารดาเป็นคนที่ทำให้เขาต้องพบกับประสบการณ์ที่ไม่สุขสบาย บาดเจ็บ และเจ็บปวด (Jackson, Winkley, Faset, Cermak & Burtt, 1953 : 23-27) พฤติกรรมก้าวร้าวที่พบเช่น ดื้อรั้น ฉุนเฉียว ลงนอนดินกับพื้น ท่อสู้ เตะถีบ เวลาโกรธหรือถูกขัดใจ ทำลายของเล่นหรือสิ่งของต่าง ๆ ไม่เชื่อฟังหรือแสดงความไม่พอใจเมื่อได้รับคำสั่งจากบิดามารดาหรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ (Hamilton, 1974 : 131; Sacharin, 1980 : 69; Smith, et al., 1982 : 332)

6. แยกตัวและเศร้าซึม เด็กจะมีปฏิกริยาต่อเหตุการณ์ที่ตนเองไม่เข้าใจหรือไม่แน่นอน ที่เด็กคาดคะเนไม่ได้ โดยการถอนตัวหรือแยกตัวไปจากสถานการณ์นั้น โดยแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น เศร้าซึม แยกตัว ไม่ยอมรับรวมกิจกรรมหรือพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนแสดงความกลัว หรืออายคนแปลกหน้า (Hamilton, 1974 : 31; Lewer & Robertson, 1983 : 66)

นอกจากนี้ หลังการอยู่โรงพยาบาลเด็กจะให้ความสนใจต่ออวัยวะในร่างกายของเขา มากขึ้น (Hypochondriasis) หรือเป็นเป็นนั่นเป็นนี่ เจ็บปวดบริเวณต่าง ๆ ในร่างกาย บ่อย ๆ ซึ่งมักจะพบในเด็กที่บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลหรือปกป้องเด็กจนเกินไปขณะที่เด็กเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2521 : 110 ; Wilkinson, 1978 : 16)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กใน ครอบครัวเปลี่ยนไป สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เด็กเผชิญขณะอยู่ในโรงพยาบาลสร้างความเครียด วิตกกังวล และความคับข้องใจที่จะส่งผลถึงพัฒนาการ และบุคลิกภาพของเด็กในเวลาต่อมา และยัง ทำให้เด็กเกิดปฏิกริยาตอบสนอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงภายหลังจำทำหายออกจากโรงพยาบาล

ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ที่ยังจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กได้ เช่นกัน หากบิดามารดาหรือผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กไม่เข้าใจ หรือไม่สามารถให้การช่วยเหลือ ประคับประคองเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เช่น การมีพฤติกรรมดกดยของ เด็ก หากบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กตำหนิ หรือลงโทษเด็ก จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจและไม่ไว้วางใจมากขึ้น หรือในทางตรงกันข้าม หากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กให้การสนับสนุนก็จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมนี้รุนแรงขึ้น หรือเป็นเวลานานขึ้น พัฒนาการของเด็กก็จะช้าลงหรือดกดยมากขึ้นไปอีก หรือถ้าหากบิดามารดาตามใจ ให้ทุกสิ่งทุกอย่างตามที่เด็กเรียกร้อง ไม่คำนึงถึงการฝึกระเบียบวินัยแก่เด็ก ตลอดจนบิดามารดาที่แสดงความวิตกกังวลจนเกินเหตุกับสิ่งที่เด็กนั้นไม่สบายเป็นโน่นเป็นนี่ ก็จะทำให้พฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นต่อไปอีกเป็นเวลานาน ส่งผลให้พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ตลอดจนบุคลิกภาพของเด็กปรวนแปรได้ (Belmont, 1970 : 478; Evan & Hansen, 1980 : 64; Kunzman, 1972 : 21, Wilkinson, 1978 : 16)

พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะแตกต่างกันในผู้ป่วยเด็กแต่ละคน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ นอกจากปัจจัยเกี่ยวกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่

1. อายุของเด็ก เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบจนเด็กแสดงพฤติกรรมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน (Cox, 1976 : 427; Nagera, 1978 : 3; Nelms & Mullis, 1982 : 734; Shaw & Lucas : 1970 : 287 ; Whaley & Wong, 1979 : 881) อายุของเด็กถ้ามากขึ้น การมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่พึงประสงค์หลังการอยู่โรงพยาบาลก็จะลดลง

2. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก เด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งจะเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็กเคยเผชิญกับความทุกข์ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาล เด็กเกิดความไม่ไว้วางใจต่อบุคลากรของโรงพยาบาล เมื่อรู้ว่าจะต้องอยู่โรงพยาบาลอีก เด็กส่วนมากมักจะเชื่อว่าเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในครั้งก่อน จะเกิดขึ้นอย่างเดิมอีก (Betz, 1982 : 261; Jackson, 1951 : 293-300; Jackson, et al., 1953 : 23-27; Jessner cited in Vernon, et al., 1965 : 133)

เลวี (Levy, 1945 : 7-25) ศึกษาพบว่า การผ่าตัดครั้งแรกของเด็กจะทำให้เด็กเกิดความกลัว และวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดครั้งแรก แต่ในขณะเดียวกัน เวอร์นอน และคณะ (Vernon, Schulman & Foley, 1966 : 581-593) ศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเขาได้ให้เหตุผลว่าอาจจะเนื่องจากเด็กเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งแรก จึงสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่งได้ดีขึ้น

3. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Cormier, 1979 : 34; Parker, 1983 : 66) ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า จะแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีจิตใจเป็นทุกข์มากกว่า (Crummette, 1984 : 168 ; Sides cited in Fletcher, 1981 : 188)

เวอร์นอน และคณะ (Vernon, et al., 1966 : 581-593) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 16 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน 2-3 สัปดาห์ หรือมากกว่านั้น จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรม ก้าวร้าว แยกตัว เศร้าซึม และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้นกว่านี้

แต่จากการศึกษาของพรูช และคณะ (Prugh, et al., 1953 : 70-106) และวูดเวิร์ด (Woodward, 1959 : 1009-1013) พบว่าระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ความวิตกกังวลของมารดา ความวิตกกังวลของมารดาที่มีผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมของเด็ก และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะได้นำกล่าวถึงรายละเอียดในตอนต่อไป

5. สถานะทางเศรษฐกิจสังคมของบิดามารดา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Chinn, 1979 : 651; Lambert, 1984 : 6) จากการศึกษาของเวอร์นอน และคณะ (Vernon, et al., 1966 : 581-593) พบว่าผู้ป่วยเด็กที่บิดามารดามีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ จะแสดงพฤติกรรมดกตอยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าเด็กที่บิดามารดามีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูง

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว บุคลิกภาพของเด็กก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Prehospital personality) ก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน (Cox, 1976 : 426-427; Wolff, 1981 : 67) เด็กที่ปรับตัวได้ง่าย และเผชิญกับความเครียดได้ดี จะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าเด็กที่ปรับตัวได้ยาก หรือมีภาวะจิตอารมณ์แปรปรวน (Duffy, 1972 : 1168; Jessner cited in Apt, et.al., 1974 : 80; Vernon, et.al., 1965 : 326-327; Wilkinson, 1978 : 4) ทั้งนี้เพราะ เด็กเหล่านี้มักจะมีจินตนาการที่มากเกินไปเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาล หรือวิธีการตรวจรักษาพยาบาล และมีความคิดที่ว่า การอยู่โรงพยาบาลหรือการได้รับความเจ็บปวดจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาล เป็นการถูกลงโทษ (Falstein, Judes & Mandelsohn, 1957 : 805) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อเด็กเกิดความเครียด วิตกกังวล จนแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นการตอบสนองหลังการอยู่ในโรงพยาบาล อีกปัจจัยหนึ่งก็คือสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับเด็กป่วย ตลอดจนโครงสร้างและสัมพันธภาพในครอบครัว (Cox, 1976 : 426; Nelms & Mullins, 1982 : 734; Parker, 1983 : 66) บิดามารดาที่ไม่ยอมรับเด็ก หรือมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเด็ก ตลอดจนครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยาก เช่น สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา หรือสมาชิกในครอบครัวไม่มั่นคง มีปัญหาในชีวิตสมรส บิดามารดาหย่าร้างกัน หรือเด็กที่มาจากรครอบครัวขยาย มักมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงถึงการมีจิตใจเป็นทุกข์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (King & Ziegler, 1981 : 26; Shirley & Pontz, 1941 : 251-282; Tackett & Hunsberger, 1981 : 299; Wilkinson, 1978 : 15) แต่ปัจจัยดังกล่าวผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นวิกฤตการณ์และส่งผลกระทบในทางลบ ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงการมีจิตใจเป็นทุกข์ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ในขณะเดียวกัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจส่งผลในทางบวกต่อเด็กได้เช่นกัน โดยเด็กบางคนจะมีพฤติกรรมดีขึ้น เช่น มีพฤติกรรมดุดอง พฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือการนอนลดลง เป็นต้น ทั้งนี้ อาจจะเป็นเนื่องจากเด็กเกิดการเรียนรู้วิธีการเผชิญกับภาวะเครียดขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้านก็จะสามารถปรับตัวได้ดี เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา หรือภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน เด็กที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อหรือไม่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตและการ ลอแหลมต่อการเกิดปัญหาด้านจิตสังคม

ในเด็ก ขาดความอบอุ่นหรือการยอมรับจากครอบครัว หรือบิดามารดา เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กได้รับการช่วยเหลือดูแล และประทับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิม หรือการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีตารางเวลากิจวัตรประจำวันแน่นอน เช่น เวลารับประทานอาหาร อาบน้ำ เข้านอน และตื่นนอน มีของเล่นมากมาย และมีชั่วโมงให้เล่น ซึ่งต่างกับบ้านซึ่งไม่มีระเบียบ หรือกฎเกณฑ์ เด็กคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้น หรือสิ่งที่จะต้องทำไม่ได้ ก็จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมั่นคงขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามวัยต่อไป (Goslin, 1978 : 331-332; Guerin, 1977 : 810; Steinhauer & Rae-Grant, 1983:519) ความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก

เวอร์นอน และชูลแมน (Vernon & Schulman, 1964 : 694-696)

ได้ศึกษาเด็กอายุแรกเกิดถึง 9 ปี จำนวน 295 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าถึงแม้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เด็กส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางลบ คือแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น แต่ก็มีเด็กเป็นบางส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกคือแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง ซึ่งโดยมากจะเป็นเด็กในช่วงอายุ 3-5 ปี ซึ่งเขาได้ให้อธิบายเหตุผลว่า ทั้งนี้เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าวัยอื่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทั้งสองกรณี

เฟลทเชอร์ ได้อ้างถึงการศึกษาของไซด์ (Sides) ในปี 1977 ซึ่งได้ศึกษาเด็ก 190 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีเด็กจำนวน 22 คน ที่มีพฤติกรรมดีขึ้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ไม่ไ้บ่งว่าเป็นพฤติกรรมด้านไหน (Cited in Fletcher, 1981 : 188)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กให้มีปฏิกิริยาตอบสนอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในรูปแบบต่าง ๆ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น ดังที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาคือความวิตกกังวลของมารดา ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ดังต่อไปนี้

นิยามของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่คนเราทุกคนเคยรู้จักและคุ้นเคย ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีความสลับซับซ้อน ที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้นหรือถูกความตามการรับรู้ของบุคคล

สำหรับคำจำกัดความของความวิตกกังวล อุลบ ได้อ้างถึงฟรอยด์ ซึ่งสรุปความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นประสบการณ์ความไม่สบายส่วนบุคคล มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียด โดยไม่มีสาเหตุแน่ชัด เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาพพจน์ของตนเอง และการทำงานของจิตไร้สำนึก (อ้างถึงใน อุลบ นิวัติชัย, 2528 : 1111)

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1966 : 11) อธิบายไว้ว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดขึ้นจากสิ่งที่มาข่มขู่ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาข่มขู่นี้อาจมีจริง หรืออาจเกิดจากความคิด หรือการหำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า

ชนิดของความวิตกกังวล

ฟรอยด์ ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (อ้างใน อุลบ นิวัติชัย, 2527 : 89-90)

1. ความวิตกกังวลจากเหตุประจักษ์ชัด (object anxiety) เหตุุนำมาซึ่งภาวะอารมณ์ที่ไม่สบาย เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง มีตัวตน
2. ความวิตกกังวลจากมโนธรรม (moral anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้มีสาเหตุจากจิตใจของตนเอง บุคคลเกิดภาวะสำนึกผิด ละอายต่อบาป รู้สึกเสื่อมคุณค่า
3. ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic anxiety) มาจากภาวะต่าง ๆ ที่ถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก จะมีมากจนควบคุมไม่ได้ จึงมีพฤติกรรมปรากฏออกมาเป็นอาการต่าง ๆ ของโรคประสาท

ส่วนสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972 : 487-489) ได้แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท คือ

1. ภาวะวิตกกังวล (state anxiety) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจหรืออยู่ในภาวะอันตราย ความรุนแรง และความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2. อุปนิสัยวิตกกังวล (trait anxiety) คือความวิตกกังวลระดับหนึ่งซึ่งประกอบอยู่เป็นพื้นฐานอารมณ์เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น

ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลแบบสเทท และแบบเทรท

ความวิตกกังวลแบบเทรท และสเทท มีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อไปนี้ คือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทสูง เมื่อมีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะทำให้เกิดอันตราย ระดับความวิตกกังวลแบบเทรทที่มีอยู่จะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลแบบสเททให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทระดับต่ำ (Spielberger, 1960 : 3-4) นอกจากนี้บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลแบบสเททบ่อย ๆ ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลแบบเทรทในระดับที่สูงขึ้น (Spielberger, 1966 : 18, Levitt, 1971 : 35)

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับอ่อน (mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้พบได้ทั่วไป มีผลให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา อารมณ์ และการกระทำไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติมากนัก เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ผ่ามือมีเหงื่อออก มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ความวิตกกังวลระดับนี้ บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับตัวเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

2. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหลายอย่าง เช่น ประสาทสัมผัสและการรับรู้แบบ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง การเรียนรู้เกิดได้น้อย ความวิตกกังวลระดับนี้ส่วนมากต้องการความช่วยเหลือ

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงมาก (panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุดนี้ บุคคลไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้ บุคคลจะมีพฤติกรรมแปลกหลายอย่างที่ในยามปกติเป็นไปไม่ได้ เช่น ตื่นกลัว ตกใจสุดขีด จนอาจจะกรี๊ดร้องวิ่งหนีเตลิดอย่างไร้จุดหมาย บางคนต่อสู้ชีวิตขึ้น

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

อูบล ไดอานถึงเพพลา (Peplau) ว่าได้อธิบายกลไกการเกิดความวิตกกังวลไว้ดังนี้ (อ้างถึงใน อูบล นิวัติชัย, 2528 : 1113-1115)

ขั้นตอนแรก เริ่มด้วยบุคคลมีความคาดหวัง มีความปรารถนา มีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัดขึ้นมา ความต้องการนั้นมีพลังผลักดันสูงกว่าความต้องการเรื่องอื่น ๆ

ขั้นตอนที่สอง ความคาดหวัง ความต้องการ ไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะรู้สึกว่าการต้องการของตนได้รับการขัดขวาง มีอุปสรรค ความคับข้องใจ ตามมาเป็นลำดับ

ขั้นตอนที่สาม ในภาวะคับข้องใจ บุคคลจะมีความสุข หวนไหว สับสน ทำอะไรไม่ถูก รู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยเหลือตนเอง ความรู้สึกในคุณค่าของตน เองลดลงอย่างมาก

ขั้นตอนที่สี่ เกิดขบวนการที่จะทำให้สภาวะทางจิตใจเย็นหยัดอยู่ได้ พลังงานที่เกิดจากขบวนการนี้จะผันเปลี่ยนรูปไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี สรีรวิทยา และจิตอารมณ์ของบุคคล

ขั้นตอนที่ห้า เป็นขั้นตอนที่ความวิตกกังวลถูกแก้ไขให้หมดไป หรือปรากฏออกมาชัดจากขั้นตอนที่สี่ บุคคลจะพยายามหาเหตุแห่งปัญหา หาวิธีคลี่คลาย อาจจะใช้การลดความต้องการเดิมของตน หรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้ปัญหาหมดไป ตลอดจนใช้กลไกป้องกันทางจิต (defense mechanism) แต่เป็นกลไกป้องกันทางจิตที่ไม่ก่อโทษต่อไป เช่น การทดแทน

การชดเชย การหาเหตุเข้าข้างตนเอง ในที่สุดเมื่อปัญหาคลี่คลาย ความสบายใจเกิดขึ้น คุณภาพทั้งหลายกลับคืนสู่ปกติ

ส่วนบุคคลที่หลีกเลี่ยง หนีปัญหา จะมีพฤติกรรมแสดงความวิตกกังวลแสดงออกชัดเจนทั้ง สี่หน้าและอากัปกริยา บุคคลจะพยายามยกเลิกความต้องการเดิม พยายามลืม พยายามข่มความรู้สึก ทุกอย่างไว้ พลังงานทั้งหมดจะถูกใช้เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงปลอดภัยของตัวเองฝ่ายเดียว กลไกการป้องกันทางจิตที่ใช้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเท่านั้นเอง เช่น ชดเชยมากเกินไป ก้าวร้าว ถอยหนี หรือลงโทษตัวเอง

ความวิตกกังวลแต่ละครั้งที่เกิดขึ้นผ่านมาจนถึงขั้นตอนนี้แล้ว และบุคคลใช้วิธีหลีกเลี่ยง หนีปัญหาอย่างซับซ้อน อาจปรากฏอาการที่แตกต่างกันไปทั้งทางสรีระ จิตใจ และพฤติกรรม พอจะสรุปได้ดังนี้

1. อาการทางกาย (Somatic symptom) จะเกิดอาการตามระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Zung, 1971 : 371-372)

1.1 ระบบหายใจ จะพบว่ามีอาการหายใจแรงเร็ว หายใจไม่อิ่ม หายใจตื่น แขนงอก หายใจไม่ออก วิ่งเวียน เป็นลม

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพบอาการใจเต้นเร็วและแรง อัตราชีพจร เพิ่มขึ้น เจ็บหน้าอก เส้นเลือดบริเวณส่วนปลายหดตัว ทำให้มือเท้าซีดและเย็น หน้าแดง หรือรู้สึก ร้อนที่ใบหน้า

1.3 ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการปากแห้ง ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน ท้องเดิน หรือท้องผูก

1.4 ระบบผิวหนัง เหงื่อออกมากโดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผิวหนัง เย็นขึ้น

1.5 ระบบขับถ่าย พบว่ามีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.6 ระบบประสาท มีอาการหลงลืมง่าย จุนเจียวง่าย ความสนใจลดลง ขาดสมาธิ คิดหมกมุ่น ตัดสินใจผิดพลาด นอนไม่หลับ หรือมีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ ผันรำย

1.7 ระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อตึงตัว เกร็ง ลั่นกระตุก เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยทั่ว ๆ ไป

นอกจากนี้ยังมีการแสดงออกทางการเคลื่อนไหว เช่น กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข กั่นตระหนก การพูดเร็ว การกระทำและการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน (Stuart & Sudeen, 1979 : 81)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ (Affective symptoms) จะมีความกระวนกระวายใจ โกรธรุนแรง รู้สึกตนไม่มีคุณค่า ซึมเศร้า ไม่เข้าใจ สงสัย เป็นกังวล ตื่นเต้นมาก หวาดกลัว ตกใจโดยไม่มีเหตุผล หุ้กข์ใจอยากหลีกเลี่ยง อายากรองไห้ ไม่อยากเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ความสนใจตนเองลดลง จิตใจไม่สบายและตึงเครียด (Burgess, 1981 : 383 ; Wilson & Kneisl, 1979 : 297)

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดา กับพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก

โดยทั่วไปสภาพอารมณ์หรือสภาวะจิตของมารดาก็มีผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีมาตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์ ถ้ามารดาเป็นคนอารมณ์เสีย หงุดหงิดตลอดเวลา หรือมารดามีอารมณ์ผันผวนมากในระหว่างตั้งครรภ์ ทารกก็จะมีอารมณ์รุนแรง ฉุนเฉียว หงุดหงิด และโกรธง่าย (สุภา มาลากุล ณ อยุธยา, 2524 : 27) ภายหลังเกิดสภาพอารมณ์ของมารดาสามารถถ่ายทอดไปสู่เด็กได้ เด็กสามารถรับรู้ต่อสภาพอารมณ์ของมารดาได้เมื่แม่ทารกแรกเกิดใหม่ ๆ ผลการทดลองพบว่า บางครั้งทารกอายุแค่ 36 ชั่วโมง ก็สามารถแบ่งแยกได้ระหว่างความรู้สึกสุข เศร้า หรือเสียใจของมารดา (พรรณรัตน์, 2526 : 57) ทารกจะมีความรู้สึกไวต่ออารมณ์จากสีหน้า น้ำเสียง ตลอดจนการโอบอุ้มของมารดา มารดาที่ตึงเครียดและกังวลใจมากกว่าปกติ เด็กก็จะรับรู้ความรู้สึกอันนี้ของมารดาได้จากความผิดปกติของการสัมผัสสายตา น้ำเสียง ท่าที หรืออิริยาบถต่าง ๆ ที่โอบอุ้ม หรือโอบกอดที่เปลี่ยนไปจากที่เด็กเคยได้รับ เด็กก็จะมีอาการตึงเครียด และกังวลใจตามไปด้วย ซึ่งจะแสดงออกด้วยการอาเจียน กระสับกระส่าย ไม่ยอมนอน (โคมดาว, 2526 : 88)

เบลงค์ ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลของมารดา กับระดับของสารคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดของทารก โดยทำการประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อน ขณะและหลังให้นม ซึ่งสารคอร์ติซอลนี้เป็นสารที่ร่างกายสร้างขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของมารดา จะสัมพันธ์กับระดับคอร์ติซอลในเลือดของทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับอ่อนในเวลาก่อนให้นม ทารกจะมีระดับของสารคอร์ติซอลในเลือดต่ำด้วย ทั้งในเวลาก่อนและหลังได้รับนม (Blank, 1986 : 347-351)

ความวิตกกังวลของมารดายังมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารก (Avant, 1981 : 416-419) สัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารกที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล (anxious attachment) จะทำให้เด็กเติบโตเป็นเด็กที่ไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ขุนเขี้ยว ขี้กลัว ก้าวร้าว และทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (Dizon, 1984 : 27-30)

นอกจากนี้สภาพอารมณ์และสุขภาพจิตของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเลี้ยงดูบุตร มารดาที่มีสุขภาพจิตดี จะรักและสนับสนุนเด็กมาก ฝึกให้เด็กพึ่งตนเองเร็ว ใช้เหตุผลกับเด็กมากกว่าอารมณ์ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ, 2528) มารดาที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และมีลักษณะกลัดกลุ้ม มักจะปฏิบัติต่อเด็กอย่างไม่เหมาะสม คือมักจะมีการเกี้ยวข้องและให้การสนับสนุนเด็กน้อย ปฏิบัติต่อเด็กในทางลบมากกว่ามารดาปกติ เช่น ไม่แสดงความรักลูก หาดูเหินห่าง ใช้อารมณ์กับเด็กมากกว่าเหตุผล

สภาพอารมณ์ของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบเลี้ยงดูบุตร ในขณะเดียวกันเป็นที่ยอมรับกันว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กจะมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมของเด็ก เช่น เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่ได้รับการเอาใจใส่ จะมีความวิตกกังวลทั้งด้านส่วนตัวและสังคมสูงกว่าเด็กที่ได้รับการเอาใจใส่ (สมัญญา เสี่ยงใส, 2521) เสฎียร ศรีรัตน์ ศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูต่างกันจะมีความก้าวร้าวต่างกัน (เสฎียร ศรีรัตน์, 2522) ซึ่งประพันธ์ สุทธาวาส ได้ศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง จะมีความก้าวร้าวมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอื่น (ประพันธ์ สุทธาวาส, 2519) ในด้านสุขภาพจิตนั้น เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลมากจะมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลน้อย (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และแพญเช ประจวบจักษ์, 2524) ส่วนเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบฝึกให้พึ่งตนเอง จะปรับตัวได้ดีกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบอื่น (รัตนา ยัญทิพย์, 2522) และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูต่างกันจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกต่างกัน (สุกัญญา กุลอึ้ง, 2522 ; รัชฎาวัน คำวชิระพิทักษ์, 2524)

ดังนั้น จะเห็นว่าสภาพอารมณ์หรือสุขภาพจิตของมารดาที่มีผลไปถึงพัฒนาการด้านอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพของเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ภายหลังเกิดเด็กก็จะรับรู้และได้รับการถ่ายทอดสภาพอารมณ์ของมารดาโดยการสัมผัส โอบอุ้ม น้ำเสียง และท่าทีของมารดา นอกจากนี้สุขภาพจิตของมารดายังมีอิทธิพลต่อรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูต่าง ๆ กัน ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมและบุคลิกภาพของเด็กต่างกันไปด้วย มารดาที่มีสุขภาพจิตไม่ดี มีความเครียด หรือวิตกกังวลสูง จะมีการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมทำให้เด็กมีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมด้วยเช่นกัน



ความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเด็กเท่านั้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังเป็นวิกฤตการณ์ที่สร้างความเครียดและความวิตกกังวลแก่มารดาเด็กป่วยด้วยเช่นกัน (Tackett & Hunsberger, 1981 : 301; Waechter, et.al., 1985 : 91) โดยทั่วไปมารดาจะเกิดความวิตกกังวลมากกว่าตัวผู้ป่วยเด็กเอง (Lipkin, 1978 : 175) ไฟรีเบิร์ก (Freiberg, 1972 : 1270-1272) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปฏิกิริยาของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาเด็กป่วยทุกคนกล่าวว่า เธอมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเมื่อบุตรของตนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจะไม่มีสิ่งทำให้เกิดความหวุ่นวิตกกังวลก็ตาม

ความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ (Evans & Hansen, 1980 : 19; Smith, et.al., 1982 : 350; Teung, 1982 : 140)

1. การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กและการรักษา
2. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
3. การสูญเสียบทบาท
4. ปัญหาด้านการเงิน

การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กและการรักษา

การที่ไม่ได้รับคำอธิบายหรือรายละเอียดจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก วิธีการตรวจและรักษา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความวิตกกังวล (Tackett & Hunsberger, 1981 : 302; Whaley & Wong, 1979 : 882) เนื่องจากมารดาที่มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็กอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพาเด็กมาหาแพทย์ มารดาได้พบกับเสียงร้องหรือการซัดซิ้นของเด็กที่หวาดกลัวบาดเจ็บ หรือเจ็บปวด เมื่อแพทย์ทำการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือให้การรักษาเบื้องต้น มารดาก็จะยิ่งเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Whaley & Wong, 1979 : 882) และเมื่อทราบว่าเด็กจะต้องอยู่โรงพยาบาล ความวิตกกังวลก็จะมีมากขึ้นจนเป็นภาวะวิกฤตสำหรับมารดาเด็กป่วย (Bright, 1965 : 30) เพราะมารดาคิดว่าแพทย์จะต้องตรวจพบความผิดปกติที่ร้ายแรงอย่างแน่นอน เกิดความกังวลว่าแพทย์

จะสามารถรักษาได้หรือไม่ รักษาอย่างไร ถ้าหากสามารถรักษาได้ เด็กจะหายกลับคืนเป็นปกติหรือไม่ และถ้าหากรักษาไม่ได้ เด็กจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดความพิการหรือไม่ สิ่งเหล่านี้จะสร้างความเครียดหรือหวั่นวิตกให้แก่มารดาเด็กป่วยเป็นอย่างยิ่ง

สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจะทำให้มารดาของเด็กป่วยเกิดความไม่สบายใจและวิตกกังวล เพราะสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลแตกต่างไปจากบ้าน เป็นสถานที่ใหญ่โต มีเจ้าหน้าที่จำนวนมากและหลายระดับ ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าสำหรับมารดาเด็กป่วย ได้พบเห็นเด็กป่วยคนอื่น ๆ ที่เจ็บป่วยรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มองดูน่ากลัว ได้เห็นวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ทำให้เด็กเกิดบาดเจ็บหรือเจ็บปวด (Mahaffy, 1965 : 12) ทำให้มารดาหวาดกลัวว่าเหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดขึ้นกับบุตรของตนเองบ้าง

กิจวัตรและกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย ก็ทำให้มารดาเด็กป่วยเกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน ในโรงพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าเด็ก และกำหนดเวลาเยี่ยมเด็กเพียงวันละไม่กี่ชั่วโมง จะทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลต่อการพรางจากบุตร (Lipkin, 1978 : 163; Gofman, et al., 1957 : 629-637) มารดามักจะกลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแลอย่างพอเพียง หรือเจ้าหน้าที่จะไม่เข้าใจเด็กได้ดีเท่าตนเอง นอกจากนี้ ความรีบร้อนในการทำงานของเจ้าหน้าที่ หรือบางโรงพยาบาลมุ่งให้ความสนใจเฉพาะผู้ป่วยเด็ก แต่ละเลยครอบครัว ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อเจ้าหน้าที่ รู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ไม่สนใจ ไม่ต้อนรับเธอ และไม่กลาสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ ที่ไม่เข้าใจหรือสงสัย สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทำให้มารดาเด็กป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น

การสูญเสียบทบาท

มารดามักจะเกิดความรู้สึกผิด คิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่เด็กเจ็บป่วย (Poster, 1984 : 123; Tackett & Hunsberger, 1981 : 780-798) เธอทอดทิ้ง และดูแลเด็กไม่ดีเท่าที่ควร ไม่เอาใจใส่ต่อความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติเล็ก ๆ น้อย ๆ จนทำให้เด็กเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงความล้มเหลวในการเป็นมารดาที่ดีของตนเอง (Lipkin, 1978 : 175)

ความแปลกใหม่ของสถานที่ ความเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้มารดาเกิดความสับสน และลังเลใจในบทบาทของตน (Smith, et al., 1982 : 322) แต่ก็ยังต้องการช่วยเหลือดูแลเด็ก จากการศึกษาของ มิโรว์ (Merrow, 1968 : 155-156) พบว่า มารดาเด็กป่วย ต้องการแสดงบทบาทมากกว่าบทบาทที่พยาบาลเห็นว่ามารดาควรทำได้ แต่มารดามักจะไม่ค่อยมั่นใจในความสามารถของตนเอง เกรงจะทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเกิดอันตรายต่อเด็ก ลังเลใจว่าแพทย์หรือพยาบาลจะอนุญาตให้ตนเองทำอะไรได้บ้าง (Mahaffy, 1966 : 506) เกรงจะถูกวิพากษ์วิจารณ์จากเจ้าหน้าที่ถึงบทบาทและความสามารถในการเป็นมารดาของตน

ไม่เพียงแต่กังวลต่อเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดายังหวงกังวลถึงบุตรคนอื่น ๆ ที่ทางที่ต้องนำไปจ้างผู้อื่นเลี้ยงดู นำไปฝากเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้องดูแลแทน หรือทิ้งให้อยู่กับสามีตามลำพัง มารดาจะเกิดความไม่สบายใจที่ตนเองไม่สามารถทำหน้าที่ของมารดาดูแลบุตรคนอื่น หรือทำหน้าที่ของภรรยาได้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล

ปัญหาทางการเงิน

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก อาจสร้างปัญหาการเงินให้แก่ มารดาเด็กป่วย จากค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง อาหาร แม่กระทั้งค่าที่พัก ค่าจ้างคนดูแลบุตรคนอื่น ๆ ในกรณีที่มารดาต้องการขาดงานเพื่อพาเด็กมาตรวจรักษา ก็จะทำให้ขาดรายได้ของครอบครัวไป ปัญหาทางการเงินจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความวิตกกังวลได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของมารดากับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เด็กสามารถรับรู้สภาพอารมณ์ของมารดาได้ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ดังนั้น ความวิตกกังวลของมารดาสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยเด็กได้เช่นกัน เด็กรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในมารดาของเขาเพราะในภาวะวิตกกังวลจะทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว การอุ้มชูของมารดาจะเปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นอยู่ (Vernon, et al., 1965 : 122) ในขณะที่ตัวมารดาที่มีความวิตกกังวลจะขาดความมั่นใจ ความสามารถในการดูแลเด็กจะลดลง

ภาวะการณ์เหล่านี้จะไปเพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเกิดจากสาเหตุอื่นตามที่กล่าวมาแล้ว ให้มากขึ้นอีก (Bright, 1965 : 30-31; Shaw & Lucas, 1970:286). ความวิตกกังวลเหล่านี้ทำให้เด็กเกิดปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกทางพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงกล่าวได้ว่าความวิตกกังวลของมารดาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Gibson, 1965 : 229; Nagera, 1978 : 3; Waechter et al., 1985 : 82) การ์เมอร์ซี่ กับรัตเตอร์ (Garmerzy & Rutter, 1983 : 11) และเมลลิช (Mellish, 1969 : 548) กล่าวว่าความวิตกกังวลของมารดาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังการอยู่โรงพยาบาลพอ ๆ กับการได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์ (emotional trauma) ที่เกิดจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับทีเดียว

เวอร์นอน และคณะ ได้อ้างถึงการศึกษาของวินิค (Weinick) ในปี 1958 กับการศึกษาของ วูเวอร์ต และแจ๊คสัน (Woodward & Jackson) ในปี 1961 ที่พบว่าปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอยู่โรงพยาบาลของมารดา และผู้ป่วยเด็กจะคล้ายคลึงกัน มารดาที่มีจิตใจเป็นทุกข์ ผู้ป่วยเด็กก็จะมีจิตใจที่เป็นทุกข์ด้วยเช่นกัน (Cited in Vernon, et al., 1965:130)

ได้มีการศึกษาถึงผลของการลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น มาฮาฟฟี (Mahaffy, 1965 : 12-19) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะที่ยังป่วย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กจะมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่แสดงถึงความวิตกกังวลต่อการพำนักจากมารดา และมีปัญหาในการนอนน้อยกว่า และพฤติกรรมเหล่านี้กลับคืนสู่ระดับปกติ เช่น ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วกว่าเด็กป่วยที่มารดาไม่ได้รับการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล

สคิปเปอร์ และเลียวนาค (Skipper, & Leonard, 1968 : 274-287) ได้ศึกษาพบว่ามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและประคับประคองด้านอารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวล เด็กป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหอนซิลน้อยกว่า และมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มารดาไม่ได้รับการช่วยเหลือและประคับประคองด้านอารมณ์

แนวทางการพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤตสำหรับเด็ก จนเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งผลถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ดังนั้น พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้หนึ่งที่ทำให้การดูแลเด็ก ควรจะตระหนักถึงอิทธิพลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีต่อเด็ก และให้การดูแลไม่เพียงแต่ด้านร่างกาย แต่จะต้องให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจด้วย เพื่อมิให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่สร้างความบาดเจ็บทางอารมณ์ให้แก่เด็กจนเกินไป พยาบาลสามารถช่วยลดผลกระทบของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีต่อเด็กได้ดังนี้

1. การเตรียมเด็กด้านจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเตรียมตัวสำหรับการอยู่โรงพยาบาลของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลและการรักษาพยาบาล ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย จะช่วยลดความกลัวต่อสิ่งที่เด็กไม่รู้และจินตนาการเองในนอยลง โดยอาจจะให้ข้อมูลที่เป็จริงแก่เด็กและครอบครัวเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล การตรวจรักษาพยาบาล บทบาทหน้าที่ของมารดาในการดูแลเด็ก กระตุ้นให้เด็กได้มีโอกาสนบายนความรู้สึทงตนเอง ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่น ซึ่งจะช่วยให้เด็กเกิดความไว้วางใจบุคลากร ได้มีการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการเตรียมเด็กสำหรับการอยู่โรงพยาบาลและทำผ่าตัด เช่น การให้ข่าวสารข้อมูล การให้ภาพยนตร์เกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาลของเด็ก การใช้หุ่นมือ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าไม่เพียงแต่ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และเด็กให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นแล้ว ยังช่วยลดการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอีกด้วยเช่นกัน (Apt, et al., 1974 : 11-19; Ferguson, 1979 : 656-664; Visintainer & Wolfer, 1975 : 187-192; Wolfer & Visintainer, 1979 : 646-655)

2. ช่วยสร้างความสามารถในการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมให้เด็ก ควรวางแผนการพยาบาลที่พยายามให้เด็กยังคงปฏิบัติตามกิจวัตรเดิมที่เคยทำมาจากบ้าน ในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล ตลอดจนให้เด็กได้มีโอกาสดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง ตัดสินใจสิ่งบางอย่างในขอบเขตที่ทำได้ ฝึกยืดเด็กเท่าที่จำเป็น หรือหากมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะใด ๆ ก็ตาม ควรให้มีการเคลื่อนไหวในส่วนอื่นทดแทน เช่น เด็กที่ใส่เฝือกขา อาจจะ让孩子นั่งรถเข็นหรือชิงช้า

เมื่อเด็กเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย ควรแนะนำให้เด็กรู้จักของใช้ที่จำเป็นและสถานที่ เช่น หอน้ำ หองเลน แนะนำให้รู้จักแพทย์ พยาบาล และเด็กป่วยร่วมห้อง อนุญาตให้เด็กนำสิ่งของส่วนตัวที่เขาชอบมาด้วย เช่น หมอน ผ้าห่ม ตุ๊กตา

3. ลดความกลัวสิ่งคุกคามร่างกาย ก่อนให้การรักษายาบาลใด ๆ ควรอธิบายให้เด็กเข้าใจว่ากำลังจะทำอะไรกับเขา โดยใช้คำพูดที่เด็กเข้าใจง่าย และพูดความจริงกับเด็ก ไม่ควรหลอกเด็ก เพราะจะทำให้เด็กเกิดความไม่วางใจบุคลากร อาจจะเตรียมเด็กก่อนทำการตรวจวินิจฉัยโรคหรือรักษา โดยใช้การเล่น การเล่านิทาน ใช้หุ่นมือ (Puppet) เล่นเครื่องมือเครื่องใช้ที่เป็นจริง (เท่าที่ทำได้) หรือเป็นของจำลอง ภายหลังการตรวจรักษายาบาลควรจะให้การประทับประคองด้านจิตใจเด็ก เช่น อุ้ม หรืออยู่กับเด็กต่อไปอีกสักระยะหนึ่ง

4. ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการขณะอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากการดูแลด้านร่างกายที่จะช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตด้านร่างกายแล้ว พยาบาลควรเข้าใจถึงพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย ตลอดจนเข้าใจถึงการที่เด็กแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ และสาเหตุที่ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมนั้นด้วย ยอมรับพฤติกรรมของเด็ก และช่วยเหลือประทับประคองมิให้พฤติกรรมเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้น เช่น ประเมินการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและครอบครัว ให้เด็กมีโอกาสระบายความรู้สึกของเขาโดยใช้การเล่น การวาดภาพ เล่านิทาน รวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กได้มีการเล่นอย่างเหมาะสมกับความต้องการอายุ และสภาพร่างกาย

5. ลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย เป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงครอบครัวของเด็ก ผลที่ตามมาคือลดความวิตกกังวลในเด็กป่วยด้วย เพราะความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยมีส่วนเพิ่มความวิตกกังวลในเด็กด้วย

บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของมารดา เช่น ให้การประทับประคองด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีความมั่นใจ โดยให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของเด็ก บทบาทของมารดาขณะที่เด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แนะนำสิ่งแวดล้อมและกฎระเบียบของโรงพยาบาล ให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ตลอดจนการส่งต่อไปยังแหล่งที่ให้การช่วยเหลือในกรณีที่มีปัญหาด้านการเงิน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกอื่นในครอบครัว

6. ในรายที่ทางโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และจำกัดเวลาเยี่ยมเด็ก พยาบาลควรมีบทบาทที่จะลดความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพراقจากมารดาของเด็ก เช่น กระตุ้นให้มารดามาเยี่ยมเด็กตามเวลาที่กำหนดทุกวัน และเมื่อมาเยี่ยมควรเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้เด็กได้รับการดูแลจากพยาบาลคนเดิม หรือกลุ่มเดิม เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกสนิทสนมคุ้นเคย และไว้วางใจบุคลากร ลดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยของเด็ก (ประคิน คชภักดี, 2528 : 194, สิริมาศ มุตตามาระ, 2527 : 175)

7. ช่วยให้เด็กดำเนินชีวิตในครอบครัวตามปกติ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะอยู่ในสภาพแวดล้อมใหม่ เมื่อจะกลับไปอยู่ที่บ้าน ถึงแม้จะเป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมาก่อน เด็กก็จะต้องปรับตัวใหม่อีกเช่นกัน พยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยให้เด็กได้กลับมามีการดำเนินชีวิตในครอบครัว เช่นที่เด็กเคยเป็นอยู่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการเตรียมมารดาและเด็กป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกาย และพฤติกรรมของเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ตลอดจนการปฏิบัติต่อเด็กที่จะไม่เป็นการส่งเสริมให้พฤติกรรมนั้นรุนแรงมากขึ้น จนส่งผลถึงพัฒนาการและบุคลิกภาพของเด็กจนแก้ไขไม่ได้ เช่น ไม่ทิ้งให้เด็กอยู่ตามลำพังเป็นเวลานาน ใช้การอยู่โรงพยาบาลของเด็ก ตลอดจนคำทักหรือส่งเสริมพฤติกรรมดกอดของเด็ก และการวางระเบียบกฎเกณฑ์และลงโทษ เด็กก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นอยู่เช่นกัน (Evan & Hansen, 1980 : 64)

แนวทางการพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเด็กดังกล่าวมาข้างต้น จะช่วยบรรเทาหรือป้องกัน ตลอดจนขจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดจิตใจเป็นทุกข์ที่แสดงออกทางพฤติกรรมรูปแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มิให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ตลอดจนพัฒนาการของเด็กมากจนเกินไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาติดตาม (Prospective study)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กและมารดาผู้ป่วย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นมารดาและผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและหญิง อายุ 1-5 ปี ที่ได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ 2, 3, 4 และ 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2529 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2530 กลุ่มตัวอย่างจะเป็นมารดาและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 90 คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กดังนี้

1. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ก่อน และไม่มีภาวะผิดปกติด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างชัดเจน
2. ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 3-21 วัน

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วย ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากในขณะที่ทำการศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้เริ่มนโยบายใหม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าดูแลผู้ป่วยเด็กตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงไม่มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่พลัดพรากจากมารดาขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนกลุ่มตัวอย่างมารดาเด็กป่วยจะเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น โดยไม่จำกัดอายุ, ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ มีการรับรู้ดี สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างมารดาเป็น 3 กลุ่ม โดยจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้านดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่ 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมารดาที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้านเปลี่ยนแปลงไปทางบวก
- กลุ่มที่ 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมารดาที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้านไม่เปลี่ยนแปลง
- กลุ่มที่ 3 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมารดาที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้านเปลี่ยนแปลงไปทางลบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กและมารดาเด็กป่วย ซึ่งรวบรวมจากแบบสัมภาษณ์มารดาเด็กป่วยและจากรายงานประวัติของผู้ป่วยเด็กประกอบด้วย
 - ก. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - ข. ข้อมูลส่วนตัวของมารดาเด็กป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและที่อยู่

2. แบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) ชื่อว่า The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิศยา อชภักดี, ดร. สายฤดี วรภักดิ์ และ ดร. มาลี นิสัยสุข แบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่หนึ่ง เรียกว่า Form X-I (State anxiety) เป็นการวัดความวิตกกังวลแบบสแตต ซึ่งเป็นการวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น แบบวัดประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่มีลักษณะในทางบวก 10 ข้อ และข้อความที่มีลักษณะในทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก

4 คำตอบ ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของมารดาเด็กป่วยเลย

หมายเลข 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของมารดาเด็กป่วยบ้างเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของมารดาเด็กป่วยค่อนข้างมาก

หมายเลข 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของมารดาเด็กป่วยมากที่สุด

การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความดังนี้คือ

ถ้าเป็นข้อความที่มีลักษณะในทางบวกจะให้คะแนนดังต่อไปนี้

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 1 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 2 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 3 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 4 ได้ 1 คะแนน

ถ้าเป็นข้อความที่มีลักษณะในทางลบ จะให้คะแนนดังต่อไปนี้

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 1 ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 2 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 3 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก คำตอบหมายเลข 4 ได้ 4 คะแนน

ตอนที่สองเรียกว่า Form X-II (Trait anxiety) เป็นการวัดความวิตกกังวลแบบเทรท ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีเป็นประจำและเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล แบบวัดประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึก 20 ข้อ เป็นข้อความที่มีลักษณะในทางบวก 7 ข้อ และข้อความที่มีลักษณะในทางลบ 13 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง มารดาเด็กป่วยไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

หมายเลข 2 หมายถึง มารดาเด็กป่วยมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

หมายเลข 3 หมายถึง มารดาเด็กป่วยมีความรู้สึกตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง

หมายเลข 4 หมายถึง มารดาเด็กป่วยมีความรู้สึกตามข้อความนั้นอยู่เสมอ

ตลอดเวลา

การให้คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบวัดตอนที่ 1

คะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่ได้จากแบบวัดนี้แต่ละตอน จะเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดที่มีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และค่าสูงสุด 80 คะแนน คะแนนค่าสูงสุดแสดงว่ามารดาเด็กป่วยมีความวิตกกังวลแบบสเตท หรือแบบเทรนนอยที่สุด คะแนนสูงสุดแสดงว่ามารดาเด็กป่วยมีความวิตกกังวลแบบสเตทหรือแบบเทรนมากที่สุด

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย

การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย เนื่องจากแบบวัดนี้ผู้วิจัยได้นำมาจกแบบวัดความวิตกกังวล ของสปีลเบอร์เกอร์ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ ศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิตยา.ศษภักดิ์, ดร. สายฤดี วรกิจโกทาพร.และ ดร. มวลี นิสสัยสุข ได้แปลเป็นภาษาไทย และได้หาความเที่ยงตรงไว้เรียบร้อยแล้ว ดังนั้น จึงถือได้ว่าแบบวัดนี้มีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับมารดาเด็กป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดแต่ละตอน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2525 : 52)

$$L = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ L = ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย

s_i^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบวัดแต่ละข้อ

s_t^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบวัดทั้งหมด

n = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยตอนที่หนึ่ง

(Form X-I) เท่ากับ 0.86 และตอนที่สอง (Form X-II) เท่ากับ 0.74

3. แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Posthospital Behavior Questionnaire) ของเวอร์นอน, ซอลแมน และโฟลีย์ (Vernon, Schulman, & Foley, 1966 : 581-593) ลักษณะของแบบวัดประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กต่างกัน 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมถดถอย (General anxiety and regression) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5
 2. ความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรากจากมารดา (Separation anxiety) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-10
 3. พฤติกรรมยากลำบากในการนอน (Anxiety about sleep) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-15
 4. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Eating disturbance) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-20
 5. พฤติกรรมก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ (Aggression toward authority) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-25
 6. พฤติกรรมเพิกเฉย-แยกตัว (Apathy-Withdrawal) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26-30
- แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก คือ ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กเคยแสดงพฤติกรรมนั้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้นน้อยลง หรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย

หมายเลข 2 หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง คือ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดง หรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หมายเลข 3 หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ คือ ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กเคยแสดงพฤติกรรมนั้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้นมากขึ้น หรือแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งไม่เคยแสดงก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะแยกประเมินเป็นพฤติกรรมแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน โดยแบ่งผู้ป่วยเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งคือเกณฑ์ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางบวก คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมด้านนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือมีพฤติกรรมด้านนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก 2 ข้อ และมีพฤติกรรมด้านนั้นไม่เปลี่ยนแปลงไม่เกิน 2 ข้อ

ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมด้านนั้นไม่เปลี่ยนแปลงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมด้านนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางลบตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือมีพฤติกรรมด้านนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ 2 ข้อ และมีพฤติกรรมด้านนั้นไม่เปลี่ยนแปลงไม่เกิน 2 ข้อ หรือผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมด้านนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ 2 ข้อ และมีพฤติกรรมด้านนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกไม่เกิน 2 ข้อ

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของเวอร์นอน ชอลแมน และโฟเลย์ (Vernon, Schulman, & Foley, 1966 : 581-593) แล้วนำแบบวัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางสาขาวิชาจิตวิทยาเด็ก พฤติกรรมศาสตร์และการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 8 ท่าน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก) พิจารณาความเที่ยงของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมทางภาษาแล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เช่นเดียวกับการหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทุกวันเวลา 13.00–20.00 น. ที่ตึกกุมารเวชศาสตร์ 2, 3, 4 และ 5 แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้คัดเลือกมารดาและผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีลักษณะตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากบัตรรายงานประจำตัวผู้ป่วยนอก (O.P.D. card) และสัมภาษณ์มารดาเด็กป่วยเพิ่มเติม
3. ภายหลังรับผู้ป่วยเด็กเข้าอยู่ในโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และมารดาเด็กป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะตอบคำถาม คือ ไม่ตื่นเต้น สับสน ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและผู้ป่วยเด็ก ขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อมารดายินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของมารดา และผู้ป่วยเด็ก แล้วจดบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดา และผู้ป่วยเด็กใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที
4. จากนั้นผู้วิจัยให้มารดาเด็กป่วยตอบแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที โดยแจ้งให้มารดาทราบว่าถ้ามีข้อสงสัยให้สอบถามจากผู้วิจัยได้

5. ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กกลับบ้านได้ ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการนัดผู้ป่วยเด็กมาตรวจหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของแพทย์ แล้วฉบับที่กลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 120 คน

5. การศึกษาติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ดำเนินการโดย

5.1 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ที่แผนกเด็กป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์นัดมาตรวจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ในแต่ละวันมาก่อน เมื่อมารดานำผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์มารดาเด็กป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่แผนกเด็กป่วยนอก จำนวน 53 คน

5.2 ในรายที่มารดาไม่นำผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือรายที่แพทย์นัดมาตรวจก่อนหรือหลัง 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือรายที่แพทย์ไม่นัดมาตรวจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ติดตามไปสัมภาษณ์มารดาที่บ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยเด็กที่ผู้วิจัยติดตามไปสัมภาษณ์มารดาที่บ้านจำนวน 37 คน

สรุปการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 90 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กหายไป จำนวน 30 คน เนื่องจาก

ก. ผู้ป่วยเด็กบางรายที่ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือบางรายที่แพทย์นัดมาตรวจก่อนหรือหลัง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามไปสัมภาษณ์มารดาเพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงบ้านได้ เพราะผู้ป่วยเด็กเหล่านั้นอาศัยอยู่ต่างอำเภอ ซึ่งเป็นอำเภอที่อยู่ห่างจากตัวจังหวัด ตั้งแต่ 40 กิโลเมตรขึ้นไป การติดตามไปถึงบ้านจึงทำได้ยาก

ข. ผู้ป่วยเด็กบางรายเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตามหอผู้ป่วยเด็กที่กำหนดไว้ แต่ต่อมามีอาการหนัก แพทย์ให้ย้ายเข้ารักษาในหน่วยเด็กป่วยหนัก ซึ่งอยู่นอกขอบเขตที่จะศึกษา

ค. ผู้ป่วยเด็กบางรายเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแล้วต่อมาแพทย์อนุญาตให้ลากลับบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะลากลับบ้านนานประมาณ 3-10 วัน ทำให้ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรซ้อนได้ ผู้วิจัยจึงตัดผู้ป่วยเด็กประเภทนี้ออกไป

ง. ผู้ป่วยเด็กบางรายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่ถึง 2 สัปดาห์ต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง (readmission)

จ. ผู้ป่วยบางรายเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่า 3 สัปดาห์ซึ่งเกินขอบเขตที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

6. นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

1. หาความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กและมารดาเด็กป่วย
2. หาความถี่และร้อยละของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้าน ทั้ง 6 ด้าน
3. ทดสอบความแตกต่างของจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน ในแต่ละด้าน ทั้ง 6 ด้าน โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square) โดยใช้สูตรดังนี้ (นิภา ศรีไพโรจน์, 2527 : 232)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

เมื่อ χ^2 = ค่าไคสแควร์

O_i = จำนวนผู้ป่วยเด็กที่สังเกตได้ในแต่ละกลุ่ม

E_i = จำนวนผู้ป่วยเด็กที่คาดหวังในแต่ละกลุ่ม

k = จำนวนกลุ่มของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่างกายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้าน ทั้ง 6 ด้าน กับปัจจัยดังต่อไปนี้

ก. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่

1. อายุ
2. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ข. ปัจจัยเกี่ยวกับมารดาเด็กป่วย ได้แก่

1. ระดับการศึกษา
2. ฐานะทางเศรษฐกิจ

โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square)

มีสูตรดังนี้ (นิภา ศรีโพธิ์โรจน์,

2527 : 233-234)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

เมื่อ χ^2 = ค่าไคสแควร์

O_{ij} = ความถี่ที่เกิดขึ้นจริงในแถวที่ i คอลัมน์ที่ j
โดย $i = 1, 2, \dots, r$ $j = 1, 2, \dots, c$

E_{ij} = ความถี่ที่คาดหวังในแถวที่ i คอลัมน์ที่ j

r = จำนวนแถว

c = จำนวนคอลัมน์

มี $df = (r-1)(c-1)$

โดยที่ $E = \frac{R \times C}{N}$

เมื่อ E = ความถี่ที่คาดหวัง

R = ผลรวมของความถี่ในแถวนั้น

C = ผลรวมของความถี่ในคอลัมน์นั้น

N = ผลรวมของความถี่ทั้งหมด

ในกรณีที่การวิเคราะห์อยู่ในรูปของตารางแบบ 2×2 จะใช้สูตร

ดังนี้

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(10 - E - 0.5)^2}{E} \right]$$

คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แห่งการถ่วง (Contingency coefficient)

โดยใช้สูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2528 : 313)

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

C = สัมประสิทธิ์แห่งการถ่วง

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่คำนวณได้

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

5. หาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้ง 6 ด้าน โดยใช้สูตรดังนี้ (อนันต์ ศรีโสภา, 2525 : 53)

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^N x_i}{N}$$

เมื่อ $\bar{x}$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย
 $\sum x$ = ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม
 N = จำนวนคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม

6. หาค่าความแปรปรวน (variance) ของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้ง 6 ด้าน โดยใช้สูตรดังนี้ (จรัญ จันทลักษณ์, 2519 : 22-23)

$$s^2 = \frac{N \sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}$$

เมื่อ s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม

N = จำนวนคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม
 $\sum x^2$ = ผลรวมกำลังสองของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยแต่ละกลุ่ม
 $\sum x$ = ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยแต่ละกลุ่ม

7. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของมารดา 2 กลุ่ม ในพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 ด้าน คือ ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอง ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน และด้านก้าวร้าวและขี้ดื้อ ผู้ใหญ่หรือภรรยาเปี่ยม โดยใช้สูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2526 : 65)

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

เมื่อ s_1^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของมารดา
เด็กป่วยกลุ่มที่ 1

s_2^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของมารดา
เด็กป่วยกลุ่มที่ 2

พบว่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน

8. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของมารดา
2 กลุ่ม ในพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ตามข้อ 7
โดยใช้สูตร t-test เมื่อความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน ($\sigma_1^2 = \sigma_2^2$)
จะใช้สูตรดังนี้ (วันทนี ชูศิลป์, 2525 : 314)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{s_p^2 \left[\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right]}} \quad (df = N_1 + N_2 - 2)$$

เมื่อ s_p^2 หมายถึง ความแปรปรวนรวม (pooled variance)
ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(N_1 - 1) s_1^2 + (N_2 - 1) s_2^2}{N_1 + N_2 - 2}$$

9. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ความวิตกกังวลของมารดา
3 กลุ่ม ในพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และด้านฝึกเฉยแยกตัว โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว
(One way analysis of variance) ทดสอบหาค่า F (F-test).
โดยใช้สูตรดังนี้ (นิภา ศรีโพธิ์โรจน์, 2527 : 206)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม (Between group)	$k - 1$	$SSB = \sum_{j=1}^k \left[\frac{T_j^2}{n_j} \right] - \frac{T^2}{N}$	$MSB = \frac{SSB}{k-1}$	$F = \frac{MSB}{MSW}$
ภายในกลุ่ม (Within group)	$N - k$	$SSW = SST - SSB$	$MSW = \frac{SSW}{N - k}$	
รวม (Total)	$N - 1$	$SST = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^n x_{ij}^2 - \frac{T^2}{N}$		

เมื่อ N = จำนวนคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยทั้งหมด

T = ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยทั้งหมด

k = จำนวนกลุ่มของมารดา

$\sum_{j=1}^k x_j^2$ = ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยแต่ละตัวยกกำลังสอง n ค่าของมารดาแต่ละกลุ่ม

$T_j = \sum_{j=1}^k x_j$ = ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย n ค่าของมารดาเด็กป่วยแต่ละกลุ่ม

n_j = จำนวนกลุ่มของมารดา

10. นำคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลของมารดา 3 กลุ่ม ที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาทดสอบความแตกต่างในแต่ละคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Sheffé test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2521 : 82-83)

$$\hat{\sigma} = \sqrt{MSW \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}$$

$$\hat{\gamma} = \bar{x}_1 - \bar{x}_2$$

เมื่อ $\bar{x}_1, \bar{x}_2$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยแต่ละกลุ่ม

MSW = ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

n_1, n_2 = จำนวนมารดาเด็กป่วยแต่ละกลุ่ม

เปรียบเทียบค่า $\hat{\gamma}/\hat{\sigma}$ กับค่า $\sqrt{(k-1) F}$ เปิดตารางเอฟ (F)

ที่ $df_1 = k - 1, df_2 = N - k$ ถ้าค่า $\hat{\gamma}/\hat{\sigma}$ มากกว่า แสดงว่าไม่ยอมรับสมมติฐาน และสรุปว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมารดาเด็กป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ,

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิธีตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาเด็กป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและความวิตกกังวล ซึ่งผลการวิจัยจะนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
1-3 ปี	51	56.67
3+ -5 ปี	39	43.33
เพศ		
เพศชาย	56	62.22
เพศหญิง	34	37.78
การวินิจฉัยโรค		
ระบบทางเดินหายใจ	37	41.11
ระบบประสาท (ชักจากไข้สูง)	21	23.33
ระบบทางเดินปัสสาวะ	10	11.11
ระบบทางเดินอาหาร	8	8.89
อื่น ๆ	14	15.56
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
เคย	34	37.78
ไม่เคย	56	62.22
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	61	67.78
1-3 สัปดาห์	29	32.22
วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล		
ประเภทที่ 1	57	63.33
ประเภทที่ 2	33	36.67

จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 90 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 1-3 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเด็กเพศชาย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศัลยกรรมทางระบบทางเดินหายใจ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 41.11 ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 67.78 และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลประเภทที่ 1 จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามชนิดของวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ประเภทที่ 2

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของวิธีการตรวจรักษาพยาบาล ประเภทที่ 2		
เจาะหลัง	21	63.64
เจาะผิวหนังเพื่อระบายเอาหนองออก	5	15.15
เจาะปอด	4	12.12
เจาะไขกระดูก	3	9.09
รวม	33	100

จากตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กได้รับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลประเภทที่ 2 ด้วยการเจาะหลัง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64

1.2 ข้อมูลส่วนตัวของมารดาเด็กป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และ
ฐานะทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กป่วย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และ
ฐานะทางเศรษฐกิจ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-30 ปี	55	61.11
30 ⁺ -40 ปี	35	38.89
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	57	63.33
มัธยมศึกษาขึ้นไป	33	36.67
ฐานะทางเศรษฐกิจ (รายได้ของครอบครัว/เดือน)		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	53	58.89
ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	37	41.11

จากตารางที่ 3 พบว่ามารดาเด็กป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี
จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน
57 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท
จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 58.89

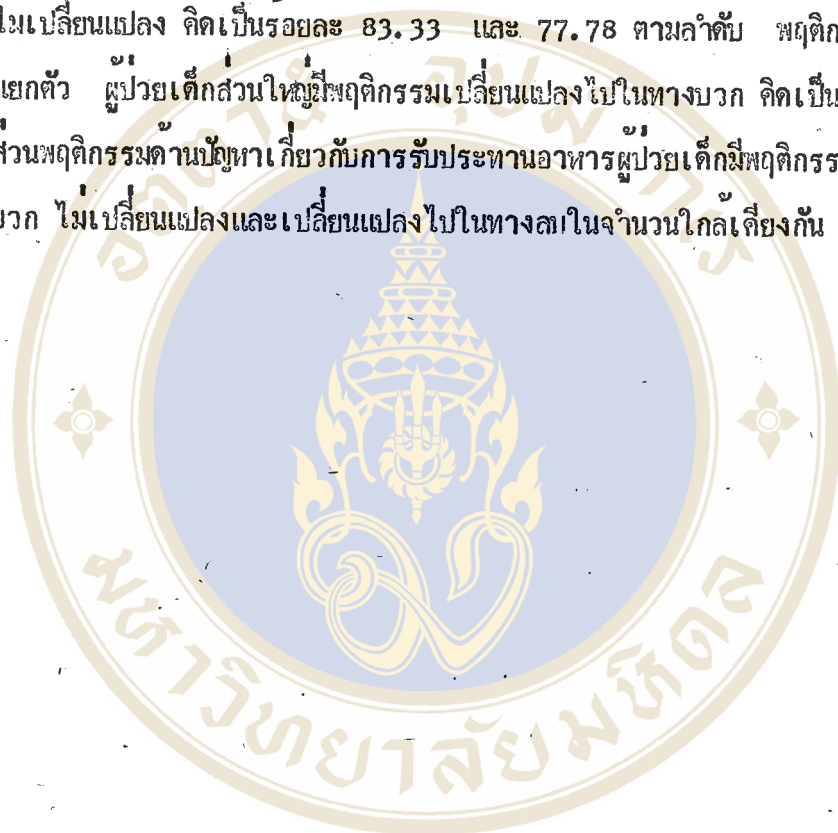
2. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล					
	เปลี่ยนแปลงไปทางบวก		ไม่เปลี่ยนแปลง		เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอย	—	—	75	83.33	15	16.67
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรวดจากมารดา	—	—	35	38.89	55	61.11
3. ด้านยากลำบากในการนอน	—	—	70	77.78	20	22.22
4. ด้านการร้าวและขัดแย้งกับผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ	—	—	28	31.11	62	68.89
5. ด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	30	33.33	35	38.89	25	27.78
6. ด้านเพิกเฉย-แยกตัว	41	45.55	34	37.78	15	16.67

จากตารางที่ 4 พบว่าพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพราง
จากมารดา และด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ภายหลัง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ คิดเป็นร้อยละ 61.11
และ 68.89 ตามลำดับ พฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดื้อดอย
และต้านยากลำบากในการนอน ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมี
พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 77.78 ตามลำดับ พฤติกรรมด้าน
เพิกเฉย-แยกตัว ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก คิดเป็นร้อยละ
45.55 ส่วนพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
ไปในทางบวก ไม่เปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนแปลงไปในทางลบในจำนวนใกล้เคียงกัน



2.2 การเปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลัง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออก
จากโรงพยาบาลแตกต่างกันในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ ²
	เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ		
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดกดอย	-	75	15	90	40**
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา	-	35	55	90	4.44*
3. ด้านยากลำบากในการนอน	-	70	20	90	27.78**
4. ด้านการก้าวร้าวและขัดแย้งกับผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ	-	28	62	90	12.84**
5. ด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	30	35	25	90	1.67 ^{NS}
6. ด้านฝึกเฉย-แยกตัว	41	34	15	90	12.00**

* P < .05,

** P < .01

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดื้อออย และด้านยากลำบากในการนอน ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพรางจากมารดาและด้านก้าวร้าวและขัดแย้งผู้ใหญ่หรือภรรยาของผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ มีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางบวก ส่วนพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านนี้แตกต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนในพฤติกรรม 5 ด้าน เท่านั้น ได้แก่ พฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดื้อออย ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพรางจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน ด้านก้าวร้าวและขัดแย้งผู้ใหญ่หรือภรรยา และด้านเพิกเฉย-แยกตัว

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยต่าง ๆ

3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่

3.1.1 อายุ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมควนต่าง ๆ

พฤติกรรม	อายุของผู้ป่วยเด็ก	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ		
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมผิดปกติ	1-3 ปี	-	44	7	51	0.03 ^{NS}
	3 ⁺ -5 ปี	-	31	8	39	
	รวม	-	75	15	90	
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา	1-3 ปี	-	20	31	51	0.02 ^{NS}
	3 ⁺ -5 ปี	-	15	24	39	
	รวม	-	35	55	90	
3. ด้านยากลำบากในการนอน	1-3 ปี	-	39	12	51	0.008 ^{NS}
	3 ⁺ -5 ปี	-	31	8	39	
	รวม	-	70	20	90	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

พฤติกรรม	อายุของผู้ป่วยเด็ก	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ		
4. ด้านการก้าวร้าวและชักขึ้นผู้ใหญ่หรือกระดูกเปื่อย	1-3 ปี	-	14	37	51	0.40 NS
	3+ -5 ปี	-	14	25	39	
	รวม	-	28	62	90	
5. ด้านปัญหาเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร	1-3 ปี	17	20	14	51	0.009 NS
	3+ -5 ปี	13	15	11	39	
	รวม	30	35	25	90	
6. ด้านเพิกเฉยแยกตัว	1-3 ปี	27	18	6	51	3.30 NS
	3+ -5 ปี	14	16	9	39	
	รวม	41	34	15	90	

P>.05

จากตารางที่ 6 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน อย่างไรก็ตามไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าอายุของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ได้รับการสนับสนุน

3.1.2 ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ		
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอง	เคย	-	28	6	34	0.007 NS
	ไม่เคย	-	47	9	56	
	รวม	-	75	15	90	
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา	เคย	-	13	21	34	0.002 NS
	ไม่เคย	-	22	34	56	
	รวม	-	35	55	90	
3. ด้านยากลำบากในการนอน	เคย	-	27	7	34	0.001 NS
	ไม่เคย	-	43	13	56	
	รวม	-	70	20	90	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

พฤติกรรม	ประสบการณ์การ เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล	พฤติกรรมภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
4. ด้านการราว และชักขึ้น ผู้ใหญ่หรือ กระดูกเปี่ยม	เคย	-	9	25	34	0.15 ^{NS}
	ไม่เคย	-	19	37	56	
	รวม	-	28	62	90	
5. ด้านปัญหา เกี่ยวกับการ รับประทาน อาหาร	เคย	14	12	8	34	1.55 ^{NS}
	ไม่เคย	16	23	17	56	
	รวม	30	35	25	90	
6. ด้านเพิกเฉย- แยกตัว	เคย	14	15	5	34	0.94 ^{NS}
	ไม่เคย	27	19	10	56	
	รวม	41	34	15	90	

p>.05

จากตารางที่ 7 พบว่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน อย่างไรก็ตามไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ได้รับการสนับสนุน

3.1.3 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมของผู้ป่วย
เด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	ระยะเวลาที่เข้า รับการรักษาใน โรงพยาบาล	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมถดถอย	น้อยกว่า 1 สัปดาห์	-	48	13	61	1.99 ^{NS}
	1-3 สัปดาห์	-	27	2	29	
	รวม	-	75	15	90	
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา	น้อยกว่า 1 สัปดาห์	-	23	38	61	0.01 ^{NS}
	1-3 สัปดาห์	-	12	17	29	
	รวม	-	35	55	90	
3. ด้านยากลำบากในการนอน	น้อยกว่า 1 สัปดาห์	-	44	17	61	2.54 ^{NS}
	1-3 สัปดาห์	-	26	3	29	
	รวม	-	70	20	90	
4. ด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ	น้อยกว่า 1 สัปดาห์	-	17	44	61	0.52 ^{NS}
	1-3 สัปดาห์	-	11	18	29	
	รวม	-	28	62	90	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

พฤติกรรม	ระยะเวลาที่เข้า รับการรักษาใน โรงพยาบาล	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
5. ด้านปัญหา เกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	น้อยกว่า 1 สัปดาห์	15	25	21	61	7.56 [*] c = 0.28
	1-3 สัปดาห์	15	10	4	29	
	รวม	30	35	25	90	
6. ด้านเพิก เฉย-แยกตัว	น้อยกว่า 1 สัปดาห์	27	24	10	61	0.20 ^{NS}
	1-3 สัปดาห์	14	10	5	29	
	รวม	41	34	15	90	

* $P < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่าระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนเฉพาะพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ส่วนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน ไม่ได้รับการสนับสนุน

3.1.4 วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	วิธีการตรวจ รักษาพยาบาล	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
1. ด้านความ วิตกกังวล ทั่วไปและ การแสดง พฤติกรรม ถดถอย	ประเภทที่ I	-	45	12	57	1.38 NS
	ประเภทที่ II	-	30	3	33	
	รวม	-	75	15	90	
2. ด้านความ วิตกกังวล อันเนื่อง จากการ พรางจาก มารดา	ประเภทที่ I	-	19	38	57	1.44 NS
	ประเภทที่ II	-	16	17	33	
	รวม	-	35	55	90	
3. ด้านยาก ลำบากใน การนอน	ประเภทที่ I	-	45	12	57	0.008 NS
	ประเภทที่ II	-	25	8	33	
	รวม	-	70	20	90	

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรม	วิธีการตรวจ รักษาพยาบาล	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
4. ด้านการวาง และจัดชั้น ผู้ใหญ่หรือ กฎระเบียบ	ประเภทที่ I	-	19	38	57	0.13 ^{NS}
	ประเภทที่ II	-	9	24	33	
	รวม	-	28	62	90	
5. ด้านปัญหา เกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	ประเภทที่ I	20	20	17	57	0.96 ^{NS}
	ประเภทที่ II	10	15	8	33	
	รวม	30	35	25	90	
6. ด้านเพิกเฉย- แยกตัว	ประเภทที่ I	24	23	10	57	0.75 ^{NS}
	ประเภทที่ II	17	11	5	33	
	รวม	41	34	15	90	

P>.05

จากตารางที่ 9 พบว่าวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน อย่างไรก็ดีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุน

3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับมารดาเด็กป่วย ไตแก่

3.2.1 ระดับการศึกษาตั้งแต่แสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดากับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	ระดับการศึกษา ของมารดา	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดื้อ	ประถมศึกษา	-	49	8	57	0.34 ^{NS}
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	-	26	7	33	
	รวม	-	75	15	90	
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรวดพราดจากมารดา	ประถมศึกษา	-	23	34	57	0.02 ^{NS}
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	-	12	21	33	
	รวม	-	35	55	90	
3. ด้านยากลำบากในการนอน	ประถมศึกษา	-	45	12	57	0.008 ^{NS}
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	-	25	8	33	
	รวม	-	20	70	90	
4. ด้านการก้าวร้าวและขัดแย้งผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ	ประถมศึกษา	-	18	39	57	0.01
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	-	10	23	33	
	รวม	-	28	62	90	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับการศึกษา ของมารดา	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลง ทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง ทางลบ		
5. ด้านปัญหาเกี่ยว กับการรับ ประทานอาหาร	ประถมศึกษา	22	24	11	57	5.72 ^{NS}
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	8	11	14	33	
	รวม	30	35	25	90	
6. ด้านเพิกเฉย- แยกตัว	ประถมศึกษา	24	21	12	57	2.24 ^{NS}
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	17	13	3	33	
	รวม	41	34	15	90	

P>.05

จากตารางที่ 10 พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก
ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน อย่างไรก็ดีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
แสดงว่าสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุน

3.2.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของมารดา กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดา	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ		
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมถดถอย	ต่ำกว่า 3,000 บาท	-	45	8	53	0.04 ^{NS}
	ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	-	30	7	37	
	รวม	-	75	15	90	
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา	ต่ำกว่า 3,000 บาท	-	18	35	53	0.86 ^{NS}
	ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	-	17	20	37	
	รวม	-	35	55	90	
3. ด้านยากลำบากในการนอน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	-	40	13	53	0.14 ^{NS}
	ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	-	30	7	37	
	รวม	-	70	20	90	

ตารางที่ 11 (ต่อ)

พฤติกรรม	ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดา	พฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			รวม	χ^2
		เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ		
4. ด้านการร่ำและซัดขึ้นผู้ใหญ่หรือกระดูกเปื่อย	ต่ำกว่า 3,000 บาท	-	18	35	53	0.22 ^{NS}
	ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	-	10	27	37	
	รวม	-	28	62	90	
5. ด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	ต่ำกว่า 3,000 บาท	19	22	12	53	1.69 ^{NS}
	ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	11	13	13	37	
	รวม	30	35	25	90	
6. ด้านเพิกเฉย-แยกตัว	ต่ำกว่า 3,000 บาท	19	24	10	53	4.90 ^{NS}
	ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป	22	10	5	37	
	รวม	41	34	15	90	

จากตารางที่ 11 พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน อย่างไรก็ดีมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุน



4. การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม จำแนกตาม
พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.1 ความวิตกกังวลแบบสเตท ดังแสดงในตารางที่ 12, 13, 14 และ 15

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตท ของมารดา
กลุ่ม 2 และ 3 ในพฤติกรรมต่างๆ

พฤติกรรม	N	$\bar{X}$	S.D.	t
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดง				
พฤติกรรมดกอด				
กลุ่มที่ 2	75	56.00	8.44	0.45 ^{NS}
กลุ่มที่ 3	15	52.13	9.37	
2. ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจาก				
พรากจากมารดา				
กลุ่มที่ 2	35	54.74	10.14	-0.12 ^{NS}
กลุ่มที่ 3	55	55.75	7.66	
3. ด้านขากลำบากในการนอน				
กลุ่มที่ 2	70	55.37	8.76	0.01 ^{NS}
กลุ่มที่ 3	20	55.30	8.55	
4. ด้านการร้าวและขัดขึ้นผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบ				
กลุ่มที่ 2	28	57.14	9.26	0.30 ^{NS}
กลุ่มที่ 3	62	54.55	8.34	

$P > .05$

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตพของมารดา กลุ่ม 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดุดอຍ ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพราจจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน และด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือทุเรเปียบ แตกต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตพของมารดา กลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เปลี่ยนแปลงกับกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางลบไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดุดอຍ ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพราจจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน และด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือทุเรเปียบ



ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตพของมารดา
กลุ่ม 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและ
ด้านเพิกเฉย-แยกตัว

พฤติกรรม	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ด้านปัญหาเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	55.20	7.83	55.54	8.67	55.28	9.91
2. ด้านเพิกเฉย-แยกตัว	55.27	9.38	54.53	8.61	57.47	6.75

จากตารางที่ 13 พบว่าค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตพของมารดากลุ่ม 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและด้านเพิกเฉย-แยกตัวใกล้เคียงกันมาก นั่นคือค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตพของมารดากลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และด้านเพิกเฉย-แยกตัวใกล้เคียงกันมาก

ตารางที่ 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดา กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	2	2.096	1.048	1.01 ^{NS}
	ภายในกลุ่ม	87	6688.526	76.880	
	รวม	89	6690.622		

$p > .05$

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดา กลุ่ม 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดา กลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ ไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ตารางที่ 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาคนที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ด้านเพิกเฉย-แยกตัว	ระหว่างกลุ่ม	2	90.369	45.185	0.60 ^{NS}
	ภายในกลุ่ม	87	6600.253	75.865	
	รวม	89	6690.622		

$P > .05$

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาคนที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาคนที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ ไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

4.2 ความวิตกกังวลแบบเทรท ดังแสดงในตารางที่ 16, 17, 18 และ 19

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดา
กลุ่ม 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ

พฤติกรรม	N	$\bar{X}$	S.D.	t
1. ด้านความวิตกกังวลทั่วไปและ การแสดงพฤติกรรมดกตอย				
กลุ่มที่ 2	75	42.83	7.65	-0.34 NS
กลุ่มที่ 3	15	45.53	9.20	
2. ด้านความวิตกกังวลอันเนื่อง จากการพรางจากมารดา				
กลุ่มที่ 2	35	42.54	7.79	-0.15 NS
กลุ่มที่ 3	55	43.75	8.06	
3. ด้านยากลำบากในการนอน				
กลุ่มที่ 2	70	43.77	7.74	0.10 NS
กลุ่มที่ 3	20	42.95	8.78	
4. ด้านการว้าวและขัดขืนผู้ใหญ่ หรือกฎระเบียบ				
กลุ่มที่ 2	28	42.57	8.69	-0.13 NS
กลุ่มที่ 3	62	43.60	7.65	

$p > .05$

จากตารางที่ 16 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดา กลุ่ม 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอຍ ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพราจจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน และด้านก้าวร้าวและขัดขึ้น ผู้ใหญ่หรือภรรยาเป็ยบ แตกต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดา กลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง กับกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางลบ ไม่แตกต่างกัน ในพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอຍ ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพราจจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน และด้านก้าวร้าวและขัดขึ้นผู้ใหญ่หรือภรรยาเป็ยบ



ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรท ของมารดา
กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและ
ด้านเพิกเฉย-แยกตัว

พฤติกรรม	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ด้านปัญหาเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร	41.73	8.66	42.86	8.74	45.72	5.02
2. ด้านเพิกเฉย-แยกตัว	41.63	9.47	43.06	4.82	48.27	7.37

จากตารางที่ 17 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่ม 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารใกล้เคียงกันมาก ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่มที่ 3 มีค่ามากที่สุด นั่นคือค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารใกล้เคียงกันมาก ส่วนพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางลบมีค่ามากที่สุด

ตารางที่ 18 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบเกรทของมารดาในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	2	226.863	113.432	1.84 ^{NS}
	ภายในกลุ่ม	87	5377.193	61.807	
	รวม	89	5604.056		

$P > .05$

จากตารางที่ 18 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบเกรทของมารดาในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ คะแนนความวิตกกังวลแบบเกรทของมารดาในกลุ่มที่ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ตารางที่ 19 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
กานเพิกเฉย-แยกตัว	ระหว่างกลุ่ม	2	485.729	242.805	4.13 *
	ภายในกลุ่ม	87	5118.327	58.831	
	รวม	89	5604.056		

* $P < .05$

จากตารางที่ 19 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาในกลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ แตกต่างกัน ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' test) ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาในกลุ่ม 1, 2 และ 3 ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	เปลี่ยนแปลงทางบวก	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงทางลบ
เปลี่ยนแปลงทางบวก	41.634	-	-1.425	-6.633*
ไม่เปลี่ยนแปลง	43.059		-	-5.208
เปลี่ยนแปลงทางลบ	48.267			-

* P < .05

จากตารางที่ 20 พบว่ามารดาในกลุ่ม 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทแตกต่างจากมารดาในกลุ่ม 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาในกลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทสูงกว่ามารดาในกลุ่ม 1 นั่นคือมารดาในกลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางลบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิตกกังวลแบบเทรทสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก ในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

แสดงว่าสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าคะแนนความวิตกกังวลของมารดาแต่ละกลุ่ม จำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุน เฉพาะคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัวเท่านั้น ซึ่งพบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาในกลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางบวก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กและปัจจัยเกี่ยวกับมารดา เด็กป่วย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามผลการทดสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. สมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ได้รับการสนับสนุนใน พฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดกอดย ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพรางจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอน ด้านก้าวร้าว และชักขึ้นผู้ใหญ่หรือถูกระเบียบ และด้านเพิกเฉยแยกตัว ซึ่งมีรายละเอียดการอภิปรายผลดังนี้

1.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความ วิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพรางจากมารดา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานโดยพบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปทางลบ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่าง จะเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลก็ตาม แต่ในบางช่วงเวลาเด็ก จะถูกพรางจากมารดาเพื่อทำการตรวจรักษาพยาบาล ซึ่งในเวลานั้นเจ้าหน้าที่จะพาเด็กไปหาที่ ห้องรักษาพยาบาล และไมอนุญาตให้มารดาเข้าไปอยู่ด้วย วิธีการตรวจรักษาพยาบาลแบบทุกอย่าง สร้างความบาดเจ็บ เจ็บปวด และหวาดกลัวให้แก่เด็กเป็นอย่างมาก (Nelms & Mullin, 1982 : 738) ในเวลาเช่นนี้เด็กต้องการใครสักคนที่เป็นเสมือนโล่คอยป้องกัน และคุ้มครอง เขาให้ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และคนที่ทำหน้าที่นี้ได้ในความนึกคิดของเด็กก็คือ มารดา (สิริมาศ มุกตามาระ, 2527 . 173) แต่เด็กกลับต้องเผชิญกับภาวะการฉีกขาดสัมพันธ์ทางกลาง

แพทย์และพยาบาลที่เปรียบเสมือนคนแปลกหน้า และเป็นคนที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกอันขมขื่นนี้ ความต้องการและเรียกร้องมารดาจึงมีมากขึ้น ภายหลังจากได้รับการตรวจรักษาพยาบาลแล้ว ความต้องการนี้จะคงมีอยู่ เพราะเกรงจะถูกพรากจากมารดาและพบกับเหตุการณ์ เช่นนั้นอีก จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กทุกรายเมื่อมีบุคลากรทางการแพทย์เดินไปหาที่เตียง ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลอะไร เด็กจะต้องรีบโผล่เข้าหา หรือจับมือจับแขนมารดาไว้มั่น ที่เป็นอย่างนี้ อาจเป็นเพราะเด็กคิดว่าจะต้องถูกพรากจากมารดาไปเผชิญกับเหตุการณ์ เช่นนั้นอีก เด็กจึงมีความต้องการมารดาและกลัวต่อการพรากจากมารดาอยู่ตลอดเวลา จนถึงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ช่วงเวลา 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันสั้น เด็กยังคงจำเหตุการณ์ เช่นนั้นอยู่ และความรู้สึกเหล่านั้นก็ยังคงมีอยู่หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเด็กจึงมีความกลัว และกังวลต่อการพรากจากมารดาอยู่ต่อไป

ส่วนพฤติกรรมด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่หรือกฎระเบียบที่สนับสนุนสมมติฐาน เช่นกัน โดยภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปทางลบ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าความเครียด ความวิตกกังวล และความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็ก เด็กไม่สามารถระบายออกมาขอรับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ซึ่งอาจจะเนื่องจากความเจ็บป่วย อ่อนเพลีย หรือวิธีการรักษาพยาบาลที่ทำให้เด็กเคลื่อนไหวหรือแสดงออกได้น้อยลง รวมทั้งความหวาดกลัวต่อสถานที่ ตลอดจนบุคลากรของโรงพยาบาลเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน ซึ่งเด็กมีความคุ้นเคย, ไม่หวาดกลัว จึงแสดงความก้าวร้าวกับบิดามารดาเป็นการระบายอารมณ์ (Jackson, et al, 1953 : 23-27; วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2521 : 119) ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ บราวน์ ในปี 1979 ที่พบว่าหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เด็กจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Brown cited in Fletcher, 1981 : 188)

1.2 พฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดุดอง และ ค้านยากลำบากในการนอน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานโดยพบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ จะมีพฤติกรรม 2 ด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การมีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษา ในโรงพยาบาล เด็กมีคนที่เขาค้นเคย รู้ เข้าใจ และไวต่อความต้องการของเขามากที่สุดมาอยู่ด้วย ความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือความรู้สึกหวั่นวิตก ไม่น่าคงปลอดภัยที่เกิดขึ้นขณะรับการรักษาใน โรงพยาบาลจึงไม่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีพฤติกรรมทั้ง 2 ด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปทางลบอย่างชัดเจน

1.3 พฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐาน โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปทางบวก อาจอธิบายได้ว่าเมื่อเด็กเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดามักจะเอาใจเด็กมากกว่าปกติ และผู้วิจัยสังเกตพบวามารดาแทบทุกคนจะพยายามจำกัดหาของเล่น และกระตุ้นให้เด็กเล่นของเล่น เพื่อปลอบประโลมหรือเอาใจเด็ก และในขณะที่เดียวกันผู้วิจัยก็สังเกตพบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะมีบุคคลที่เด็กใกล้ชิดคุ้นเคย เช่น บิดา ปู่ ย่า ตา ยาย มาเยี่ยมอยู่เสมอ หรือผู้ป่วยเด็กบางคนจะมีบุคคลดังกล่าวคนใดคนหนึ่งมาอยู่เฝ้าร่วมกับมารดาขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เพียงเท่านั้นยังมีความที่พี่น้องคนอื่น ๆ ตลอดจนเพื่อนบ้านใกล้เคียงมาเยี่ยมอยู่เสมอขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และจากการติดตามพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยมักจะได้รับคำบอกเล่าจากมารดาว่ามีญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านมาแสดงความห่วงใยและเยี่ยมเยียนเด็กที่บ้านไม่ขาดสาย ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลทั่วไปที่ได้พบปะเด็กก็มักจะหยอกล้อชวนเด็กพูดคุย ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยเด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และได้รับการกระตุ้นให้เล่น หรือพูดคุยมากขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยเด็กจึงมีพฤติกรรมด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปทางบวกได้

1.4 พฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่สนับสนุนสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกันกับข้อ 1.2

2. สมมติฐานที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ได้รับการสนับสนุน อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ศึกษาีอายุอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ซึ่งเด็กช่วงอายุดังกล่าวมีพัฒนาการด้านความคิดตามทฤษฎีของพียาเจต์อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ขั้นความนึกคิดที่ยังขาดเหตุผล (อัมพล สุอำพัน, 2528 : 554) โดยเด็กช่วงอายุนี้มักจะคิดว่าการที่เขาเจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากตนเองแทบทั้งสิ้น เช่น ชนเกินไป ไม่เชื่อฟัง หรือเป็นการลงโทษ (Waechter et al, 1985 : 479) จึงทำให้เด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองแสดงออกทางพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน หรืออาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กที่ศึกษาอยู่ในช่วงอายุที่มีความต้องการและต้องพึ่งพามารดาเป็นอย่างมาก การพรางจากมารดาเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เด็กช่วงอายุนี้ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเกิดความเครียดจนแสดงออกทางพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Bernier, 1976 : 176; Spence, 1947 : 125-130) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัย 1-3 ปี แต่เมื่ออายุมากขึ้นคือมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ความสำคัญนี้จะลดลง เด็กจะทนต่อการพรางจากมารดาได้ดีขึ้น นิลองรัฐ อินทรีย์, 2522 : 56 ; Nagera, 1978 : 5) ผลกระทบจากการพรางจากมารดาขณะรับการรักษา

รักษาในโรงพยาบาลต่อเด็กกลุ่มนี้จะแตกต่างจากเด็กในช่วงอายุ 1-3 ปี แต่ผู้ป่วยเด็กที่ศึกษาครั้งนี้ทั้ง 2 กลุ่ม มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจึงไม่แตกต่างกัน

3. สมมติฐานที่ว่าประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยเด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมี 34 คน ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 1 ครั้ง จำนวน 23 คน โดยมี 17 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมา ซึ่งนับว่าเป็นเวลาค่อนข้างนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเหล่านั้นลืมเหตุการณ์เหล่านั้นหมดแล้วก็ได้ เมื่อกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งจึงเสมือนเป็นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ปฏิกริยาและการตอบสนองที่แสดงออกทางพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงไม่แตกต่างกัน

4. สมมติฐานที่ว่าระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพียงด้านเดียว โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง และเปลี่ยนแปลงไปทางลบในจำนวนใกล้เคียงกัน แต่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าในขณะที่เด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาส່วนใหญ่มักจะทะนุถนอมและตามใจเด็กมากกว่าปกติ (อัมพล สุธำพันธ์, 2528 : 579) เช่น ในเรื่องการจัดหาของเล่น ระเบียบวินัย จนกระทั่งในเรื่องอาหาร มารดาจะพยายามจัดหาอาหารที่เด็กชอบมาให้แก่เด็กเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการประทับประคองด้านจิตใจมากขึ้น ได้รับประทานอาหารตามที่ตนชอบมากกว่าปกติ จึงเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดีขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า มักเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกว่าเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น มารดาของเด็กเหล่านี้อาจจะตามใจและเอาใจใส่มากกว่าเด็กที่อาการเจ็บป่วยไม่คอบรุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลานานกว่า จึงได้รับแรงกระตุ้นดังกล่าวมากกว่าและเป็นเวลานานกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กเหล่านั้นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปทางบวก

ส่วนพฤติกรรมด้านอื่นอีก 5 ด้าน ไม่ได้สนับสนุนสมมติฐาน อาจอธิบายได้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์รักษาที่เด็กจะต้องมีการปรับตัว ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือระยะเวลาที่เด็กจะต้องเผชิญสถานการณ์วิกฤตนี้ที่แตกต่างกันย่อมจะทำให้เด็กมีการปรับตัวที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันเด็กจะปรับตัวได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งคือลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก (Temperament) เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาเท่ากัน อาจจะมีปฏิกิริยาหรือปรับตัวต่อการอยู่ในโรงพยาบาลที่แสดงออกทางพฤติกรรมแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน เด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ดีก็จะมีปฏิกิริยาไม่มากนัก แต่ถ้าวเป็นเด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ไม่ดีก็จะเป็นเด็กที่มีปฏิกิริยาได้มากและง่าย (อัมพล สุอำพัน, 2528 : 584-585) ในทำนองเดียวกันเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่ต่างกัน แต่ถ้ามมีพื้นฐานทางอารมณ์เหมือนกันก็จะปรับตัวและเกิดปฏิกิริยาแสดงออกทางพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กเป็นสำคัญ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก

5. สมมติฐานที่ว่าวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้ได้รับการสนับสนุน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กที่ได้รับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลประเภทที่ 2 ซึ่งมีจำนวน 33 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเด็ก 21 คน ได้รับการเจาะหลัง ในการเตรียมเด็กเพื่อรับการเจาะหลังนั้นผู้ป่วยจะได้รับยาส้อมประสาทหรือยานอนหลับก่อนทำการเจาะหลัง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยารับประทานทางปาก เช่น chloral hydrate การให้ยารับประทานทางปากก็ไม่ได้ทำให้เด็กขาดใจ หรือเจ็บปวดแต่อย่างใด เมื่อได้รับยาแล้วเด็กจะง่วงและหลับไป การรับรู้ต่อเหตุการณ์ทำให้ขาดใจ, หวาดกลัว สดลง การขาดใจทางอารมณ์ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงก็ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยเด็กที่ได้รับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลประเภทที่ 1

6. สมมติฐานที่ว่าระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้ได้รับการสนับสนุน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่มารดาจะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งมีถึงร้อยละ 63.33 มารดาในกลุ่มนี้จึงอาจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและจิตวิทยาของเด็กที่เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคล้ายกัน จึงให้การดูแลและตอบสนองต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยเด็กที่มีต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดากับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเด่นชัด

7. สมมติฐานที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่มารดาเด็กป่วยจะมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 58.89 การที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ มารดากลุ่มนี้จะมีระบบการช่วยเหลือ (supporting system) ที่จะช่วยให้สามารถให้การดูแลตลอดจนการเอาอกเอาใจ และจัดหาสิ่งต่าง ๆ ที่จะประทับใจประกอบจิตใจเด็กได้ไม่แตกต่างกัน เช่น ของเล่น, อาหาร ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีการตอบสนองต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่แสดงออกทางพฤติกรรมคล้าย ๆ กันเป็นส่วนใหญ่

8. สมมติฐานที่ว่าคะแนนความวิตกกังวลของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล แต่ละกลุ่มจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว เพียงด้านเดียว ซึ่งการอภิปรายมีรายละเอียดดังนี้

8.1 คะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดากลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบสูงกว่ากลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางบวก ดังแสดงในตารางที่ 17 และ 20 ซึ่งอธิบายได้ว่ามารดาที่มีนิสัยหรือสภาพอารมณ์วิตกกังวล หรือกลัากลุ่มสูงอยู่เป็นประจำมักจะเกี่ยวข้องกับบุตรน้อย เช่น ไม่แสดงความเอาใจใส่ หรือรักบุตร และทำตัวเหินห่างกับบุตร (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ, 2528 : 51) ซึ่งการแสดงออกของมารดา เช่นนี้จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเพิกเฉยและแยกตัว (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2526 : 21 ; ศิริวิไล, 2526 : 43) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กนอกจากจะทำให้เด็กเกิดความเครียดและวิตกกังวลจากสาเหตุต่าง ๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ยังเราให้มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าปกติ ดังจะเห็นจากตารางที่ 12, 13 16 และ 17 จะเห็นว่าความวิตกกังวลของมารดาแบบเทรทสูงกว่าแบบสเตทในมารดาทุกกลุ่ม นอกจากนี้จะเห็นว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดากลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว เปลี่ยนแปลงไปทางลบที่สูงกว่ามารดาทุกกลุ่ม ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะถ่ายทอดไปสู่เด็ก ทำให้เด็กเหล่านี้มีความวิตกกังวลมากขึ้นกว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น ซึ่งในภาวะเช่นนี้อาจทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมเพิกเฉย-แยกตัวมากขึ้น

8.2 คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ละกลุ่มจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มมารดาเด็กป่วยที่ศึกษารังนี้ไม่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ และจากตารางที่ 1 จะเห็นว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นความเจ็บป่วยที่มีลักษณะหรือความรุนแรงไม่แตกต่างกันมากนัก และภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้มารดาได้เผชิญมาก่อนในระยะเวลาหนึ่งอย่างน้อย 1 วันก่อนผู้ป่วยเด็กจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ได้เป็นโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน มารดามีได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนแต่อย่างใด ด้วยสาเหตุดังกล่าวมาข้างต้น ประกอบกับโดยทั่วไปและจากการได้รับคำบอกเล่าจากมารดาของเด็กป่วย ส่วนใหญ่เมื่อเด็กเจ็บป่วยจนถึงต้องพามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อแพทย์ให้ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดามักจะคลายความวิตกกังวลลง เพราะเห็นว่าบุตรของตนได้อยู่ใกล้แพทย์ พยาบาล และเชื่อในความสามารถของบุคลากรเหล่านี้ว่าจะสามารถให้การดูแลรักษาบุตรของตนได้ดีกว่าตนเองดูแลที่บ้าน ดังนั้นความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของมารดากลุ่มนี้จึงไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กและมารดาเด็กป่วย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นมารดาและผู้ป่วยเด็ก ไม่จำกัดเพศ อายุ 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ 2, 3, 4 และ 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2529 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2530

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยเด็กที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ก่อน ไม่มีภาวะผิดปกติด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างชัดเจน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 3-21 วัน จำนวน 90 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กและมารดาเด็กป่วย
2. แบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเนอร์เกอร์ และได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของ Form X-I (State anxiety) และ Form X-II (Trait anxiety) มีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ
3. แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเวอร์นอน และคณะ และได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อมารดาคลายความตื่นตัวแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการวิจัย แล้วให้มารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวล ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้วิจัย

ติดตามสัมภาษณ์มารดาด้วยแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตามที่แผนกผู้ป่วยเด็กนอกในรายที่มารดานำผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือติดตามไปที่บ้านในกรณีที่ไม่สามารถติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ดังนี้

1. ทดสอบความแตกต่างของจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกันแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square)
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน กับปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยเกี่ยวกับมารดาเด็กป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดาจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความวิตกกังวลทั่วไป และการแสดงพฤติกรรมดุดอง ด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพรากจากมารดา ด้านยากลำบากในการนอนและด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่อีกหรือทุเร่เปียบ โดยใช้การทดสอบที
4. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และด้านเพิกเฉย-แยกตัว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอง และด้านยากลำบากในการนอน ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางลบมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านความวิตกกังวลอื่นเนื่องจากการพรากจากมารดาและด้านก้าวร้าวและขัดขืนผู้ใหญ่ หรือทุเร่เปียบ ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางลบมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว ผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางลบมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางบวก ($P < .01$) ส่วนพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยเด็กที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกัน มีจำนวนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ
 3. ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ
 4. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉพาะพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน มีความสัมพันธ์อย่างไรมีนัยสำคัญ
 5. วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ
 6. ระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ
 7. ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติ
 8. คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล แต่ละกลุ่มจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลงกับกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทางลบไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลทั่วไปและการแสดงพฤติกรรมดุดอง ด้านความวิตกกังวลอื่น เนื่องจากการพรางจากมารดา ด้านขาดความมั่นใจในการนอนและด้านก้าวร้าวและซัดขึ้นผู้ใหญ่หรือถูกระเบียบ
- คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและด้านฝึกเฉย-แยกตัว

9. คะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ละกลุ่มจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว ($P < .05$) กล่าวคือ คะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทของมารดาเมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงทางบวก กลุ่มที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง และกลุ่มที่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางลบ แตกต่างกันในพฤติกรรมด้านเพิกเฉย-แยกตัว



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของมารดาที่มีต่อผู้ป่วย เพราะจากผลการวิจัยพบว่าแม่มารดาจะเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กยังมีพฤติกรรมด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรากจากมารดา และด้านก้าวร้าว และขัดขืนผู้ใหญ่ หรือกฎระเบียบเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ดังนั้น ในโรงพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรกระตุ้นให้มารดามาเยี่ยมผู้ป่วยเด็กในช่วงเวลาที่อนุญาตให้เยี่ยมทุกวัน และในช่วงเวลาที่มารดามาเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก พยาบาลควรเปิดโอกาสและกระตุ้นให้มารดาดูแลเด็กในส่วนที่มารดาจะทำได้ และในช่วงเวลานั้นไม่ควรแยกเด็กจากมารดาเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรค หรือให้การรักษาพยาบาล ควรให้มารดาและผู้ป่วยเด็กได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา

นอกจากนี้ พยาบาลควรกระตุ้นให้ญาติพี่น้อง ตลอดจนเพื่อนเล่นที่เด็กคุ้นเคยมาเยี่ยม รวมทั้งพยายามจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้สภาพคล้ายบ้านมากที่สุด เพื่อลดความรู้สึกพลัดพรากจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยในผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนมีการจัดโปรแกรมการเล่นสำหรับเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นอาจจะช่วยป้องกันหรือบรรเทาการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กได้

2. พยาบาลควรอธิบายให้มารดาทราบและเข้าใจว่า ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กอาจจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบได้ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการเผชิญกับพฤติกรรมเหล่านี้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มารดาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้อง เช่น ยอมรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบขณะเดียวกันก็ไม่ปฏิบัติต่อเด็กในทางที่จะทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นมาก หรือนานเกินไป จนไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ หึงเด็กให้อยู่ตามลำพังเป็นเวลานาน ใช้การอยู่โรงพยาบาลเด็ก ลงโทษเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตลอดจนตำหนิหรือส่งเสริมเมื่อเด็กไม่ยอมทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เป็นต้น

3. พยาบาลควรให้ความสำคัญแก่วิธีการเตรียมเด็กเพื่อรับการตรวจรักษาพยาบาลเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การเจาะเลือด การทดสอบทางผิวหนัง (skin test) การฉีดยา และการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ เพราะผลการวิจัยพบว่าวิธีการตรวจรักษาพยาบาลเหล่านี้

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากวิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กบาดเจ็บ เจ็บปวดและหวาดกลัวมากกว่า เช่น การเจาะปอด, เจาะไขกระดูก การเจาะระบายเอาหนองหรือสำรอน้ำออกทางผิวหนัง รวมทั้งให้การดูแลและประทับประตอตามจิตใจทั้งขณะและหลังทำวิธีการตรวจรักษาพยาบาลดังกล่าวด้วย เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับนำไปใช้ในการศึกษาพยาบาล

ในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ควรตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องอิทธิพลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรสอดแทรกหัวข้อดังกล่าวไว้ในเนื้อหาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

ข้อเสนอแนะสำหรับนำไปใช้ในการบริหาร

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาอยู่ด้วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวยังมีพฤติกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านความวิตกกังวลอันเนื่องจากการพรางจากมารดา และด้านก้าวร้าวหรือขัดแย้ง ผู้ใหญ่ หรือกฎระเบียบเปลี่ยนแปลงไปทางลบ ดังนั้น โรงพยาบาลที่ไม่มีนโยบายอนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าเด็กขณะรับการรักษาพยาบาล พยาบาลควรมีบทบาทที่จะกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งฝ่ายทางการแพทย์และการพยาบาลทบทวนนโยบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยอาจจะอนุญาตให้มารดามีเวลาเยี่ยมเด็กถี่ครั้งขึ้น หรือนานขึ้นกว่าเดิม หรือถ้าเป็นไปได้อาจอนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าเด็กได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในลักษณะเดียวกันนี้ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรบางปัจจัยละเอียดยิ่งขึ้น เช่น อายุของผู้ป่วยเด็ก, ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของมารดา

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับการปรากฏอาการและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีมารดาอยู่ด้วย และกลุ่มที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย โดยอาจจะเลือกเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นหรือไม่เข้มงวดเกี่ยวกับการเยี่ยมหรือการอยู่เฝ้าเด็กของมารดา

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก (temperament) สัมพันธภาพระหว่างมารดากับเด็ก, ลักษณะของครอบครัว, ลำดับที่บุตร และอายุของมารดา เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหน่วยเด็กป่วยหนัก (Intensive care unit)

5. ควรมีการศึกษาผลของการให้การพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การจัดโปรแกรมการเล่น การเตรียมเด็กสำหรับการอยู่โรงพยาบาลหลังจากแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

6. ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยวิธีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมแทนการใช้วิธีสัมภาษณ์มารดา เช่น ติดตามเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของเด็กที่บ้าน หรือสังเกตพฤติกรรมของเด็กโดยการสร้างสถานการณ์ขึ้นขณะที่เด็กมาตรวจตามแพทย์นัดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

จรัญ จันทลักขณา. สถิติวิเคราะห์และการวางแผนงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2519.

ฉลองรัฐ อินทรีย์. อิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม, 2522.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจันปัจจนิก. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น รายงานการวิจัย ฉบับที่ 26. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน, อรพินทร ชูชม, และงามตา วณิชานนท์. ปัจจัยทางจิตวิทยาในแง่ที่เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กของมารดาไทย รายงานการวิจัยฉบับที่ 32. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.

โตมดาว (นามแฝง). เสียความรู้สึก. วารสารแม่และเด็ก. เมษายน, 2526, หน้า 88.

นิภา ศรีไพโรจน์. หลักการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ศึกษาพร, 2527.

ประติณ คชภักดี. ปฏิกิริยาของเด็กต่อการอยู่โรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. กรกฎาคม-กันยายน, 2528, หน้า 87-95.

ประคอง กรรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

ประดินันท์ อูปรมัย. พฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (ผู้จัดพิมพ์). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการศึกษาพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ : วิศตอรัการพิมพ์, 2524.

ประพันธ์ สุทรวาส. ความก้าวร้าวกับการอบรมเลี้ยงดู. ปรินญาพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2519.

ประไพพรรณ ภูมิวิธสาร. พัฒนาการเด็ก. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (ผู้จัดพิมพ์). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สหมิตร, 2526.

พยอม อังคตานุวัฒน์. จิตเวชเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์, 2521.

รัญจนา คำวัชรวิทย์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมกล้าแสดงออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนรัฐบาลในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2524.

รัตนา ยัญทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมตอบสนองระหว่างบุคคลและการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522.

วันทนี ชูศิลป์. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2525.

วันเพ็ญ บุญประกอบ. เด็กกับการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล. วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. มีนาคม-กันยายน, 2521, หน้า 105-119.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไบปรากสถานพิมพ์, 2521.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

ศิริวิไล (นามแฝง). คู่มืออ่านพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2526.

สมัญญา เสียงใส. ความวิตกกังวลและวิธีลดความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย สังกัด
กรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. ปรินทิพนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521.

สิริมาศ มุตตามาระ. ความวิตกกังวลเนื่องจากการพรางจากมารดาในเด็ก. วารสาร
พยาบาล, 2527, 33, 172-177.

สุกัญญา กุลอึ้ง. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกและการอบรม
เลี้ยงดูตามการรายงานของตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีสาขามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2522.

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. ชีวิตลูกกลับของทารกในครรภ์. จุลสารสมาคมกุมารแพทย์, 2524,
หน้า 27.

เสถียร ศรีรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความก้าวร้าวกับความสนใจในอาชีพของนักเรียนชั้น
ม.ศ. 3 ในโรงเรียนที่ใช้หลักสูตรกว้างในจังหวัดสงขลา. ปรินทิพนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522.

อัมพล สุ่มำพัน. สภาพทางจิตวิทยาของเด็กเจ็บป่วย. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
(ผู้จัดพิมพ์). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็กป่วย หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์สหมิตร, 2528.

อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2527.

อุบล นิวัติชัย. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล. ในมหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช (ผู้จัดพิมพ์), เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการ
พยาบาลมารดา-ทารก และการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : นำด้การพิมพ์, 2528.

- Apt, L., Bectwitt, M. & Isenberg, S. Emotional aspects of hospitalization of children for strabismus, Annals of Ophthalmology, 1974 6, 11-19.
- Audette, M.S. The significance of regressive behavior for the hospitalized child. Maternal-Child Nursing Journal, 1974, 3, 31-40.
- Avant, K.C. Anxiety as a potential factor affecting maternal attachment. Journal of Obstetrical and Gynecological Nursing, 1981, 10, 416-419.
- Beland, I. & Passos, J.Y. Clinical nursing : pathophysiological and psychological approaches. (3rd ed.). New York : Macmillan Publishing Co., 1975.
- Belmont, H.S. Hospitalization and its effects upon the total child. Clinical Pediatrics, 1970, 9, 472-478.
- Berner, C. Assessing the child's ability to cope with stresses of hospitalization. in P. Brandt (Ed.), Current practice in pediatric nursing volume II. St. Louis : Mosby, 1976, 176-186.
- Betz, C.L. After the operation postprocedural sessions to allay anxiety. American Journal of Maternal-Child Nursing, 1982, 7, 260-263.
- Blank, D.M. Relating mother's anxiety and perception to infant satiety, anxiety and feeding behavior. Nursing Research, 1986, 35, 347-351.

Blom, G.E. The reactions of hospitalized children to illness.

Pediatrics, 1958, 22, 590-600.

Bowlby, J. Separation anxiety : a critical review of the literature.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1961, 1, 251-269.

Brain, D.J. & Maclay, I. Controlled study of mothers and children in hospital. British Medical Journal, 1968, 1, 278-280.

Bright, F. The pediatric nursing and parental anxiety. Nursing Forum, 1965, 4, 30.

Burgess, A.W. Psychiatric nursing in the hospital and the community (3rd ed.). New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1981.

Butler, N.R. & Corner, B.D. Stress and disability in childhood : the longterm problems. Bristol : Wright, 1984.

Calkin, J.D. Are hospitalized toddlers adapting to the experience as well as we think? American Journal of Maternal-Child Nursing, 1979, 4, 18-23.

Cassel, S. & Paul, M.H. The role of puppet therapy on the emotional responses of children hospitalization for cardiac catheterization. Journal of Pediatrics, 1967, 71, 233-239.

Chapman, A.H., Loeb, D.G. & Gibbon, M.J. Psychiatric aspects of hospitalized children. Archives of Pediatrics, 1956, 73, 77-88.

- Chinn, P.L. Child health maintenance : concepts in family-centered care (2nd ed.). St.Louis : Mosby, 1979.
- Cormier, P.P. Identification of typologies derived from child behaviors in the hospital as predictors of psychological upset. Journal of Psychiatric nursing and Mental Health Service, June, 1979, pp. 28-35.
- Cox, N.P. Psychological effects of surgery on children. Association of Operating Room Nurses Journal, 1976, 24, 425-431.
- Crummette, B.D., Mills, H.H. & Beale, A.V. One latency age child's coping with hospitalization. American Journal of Maternal-Child Nursing, 1984, 13, 167-175.
- Dizon, M.A. Secure attachment, Anxious attachment. Journal of Psychological Nursing, March, 1984, pp. 27-30.
- Douglas, J.B. Early hospital admission and later disturbances of behavior and learning. Developmental Medicine and Child Neurology, 1975, 17, 456-480.
- Duffy, J.C. Emotional reactions of children to hospitalization. Minnesota Medicine, 1972, 55, 1168-1170.
- Eckenhoff, J.E. Relationship of anesthesia to postoperative personality changes in children. American Journal of Disease of Children, 1953, 86, 587-591.

- Erikson, F. Helping the sick child maintain behavioral content. Nursing Clinic of North America, 1967, 2, 695-703.
- Evans, M. & Hansen, B. Guide to pediatric nursing : a clinical reference. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Fagin, C.M. Mothers and children in hospital. British Medical Journal, 1969, 3, 311.
- Falstein, E.J., Judas, I. & Mandelsohn, R.S. Fantasies in children prior to herniorrhaphy. American Journal of Orthopsychiatry, 1957, 27, 800-807.
- Ferguson, B.F. Preparing young children for hospitalization : a comparison of two methods. Pediatrics, 1976, 64, 656-664.
- Fletcher, B. Psychological upset in posthospitalized children : a review of the literatures. Maternal-Child Nursing Journal, 1981, 10, 185-195.
- Frieberg, K.H. How parents react when their child is hospitalized. American Journal of Nursing, 1972, 72, 1270-1272.
- Garnezy, N. & Rutter, M. Stress, coping and development in children. New York : McGraw-Hill Book Co., 1983.
- Gibson, R. Trauma in early infancy and later personality development. Psychosomatic Medicine, 1965, 27, 229.

- Gofman, H., Buckman, W. & Schade, G.H. Parents' emotional responses to child's hospitalization. American Journal of Disease of Children, 1957, 93, 629-637. (a)
- Gofman, H., Buckman, W. & Schade, G.H. The child's emotional response to hospitalization. American Journal of Disease of Children, 1957, 93, 157-164. (b)
- Goslin, E.R. Hospitalization as a life crisis for the preschool child : a critical review. Journal of Community Health, 1978, 3, 321-346.
- Guerin, L.S. Hospitalization as a positive experience for poverty children. Clinical Pediatric, 1977, 16, 509-513.
- Hamilton, P.M. Basic pediatric nursing (2nd ed.). St.Louis : Mosby, 1974.
- Hunsberger, M., Love, B. & Byrne, C. A review of current approaches used to help children and parent cope with health care procedures. Maternal-Child Nursing Journal, 1984, 13, 145-165.
- Hurlock, E.B. Child development (6th ed.). Singapore : McGraw-Hill Book, 1978.
- Issner, N. The family of the hospitalized Child. Nursing Clinic of North America, 1972, 7, 5-12.
- Jackson, K. Psychological preparation as a method of reducing the emotional trauma of anesthesia in children. Anesthesiology, 1951, 21, 293-300.

- Jackson, K., Winkley, R., Faust, O.A. & Cermack, E.G. The problem of emotional trauma in the hospital treatment of children. Journal of American Medical Association, 1952, 149, 1536-1538.
- Jackson, K., Winkley, R., Faust, O.A., Cermack, E.G. & Burt, M.M. Behavior changes indicating emotional trauma in tonsillectomized children. Pediatrics, 1953, 12, 23-27.
- Jame, F.E. The behavior reacts of normal child to common operations. The Practitioner, 1960, 185, 339-342.
- Juenker, D. Child's perception of his illness. in S. Steels (Ed.). Nursing care of the child with long-term illness. (2nd ed.). New York : Appleton-Century-Crofts, 1977.
- Kenny, T.J. The hospitalized child. Pediatric Clinic of North America, 1978, 22, 583-593.
- Kerr, N.J. The effect of hospitalization on the developmental tasks of childhood. Nursing Forum, 1979, 18, 108-131.
- King, J. & Ziegler, S. The effects of hospitalization of children's behavior : a review of the literatures. Child Health Care, Summer, 1981, pp. 20-28.
- Kunzman, L. Some factors influencing a young child's mastery of hospitalization. Nursing Clinic of North America, 1972, 7, 13-26.

- Lambert, S.A. Variables that affect the school-age child's reaction to hospitalization and surgery : a review of the literature. Meternal-Child Nursing Journal, 1984, 13, 1-17.
- Langford, W. The child in the pediatric hospital : adaptation to illness and hospitalization. American Journal of Orthopsychiatry, 1961., 31, 677-684.
- Levitt, E.E. The Psychology of Anxiety. (2nd ed.). New York : Bobbs Merrill Co., Inc., 1971.
- Lewer, H. & Robertson, L. Care of the child. London : Macmillan Press, 1983.
- Levy, D.M. Psychic trauma of operation in children. American Journal of Disease of Children, 1945, 69, 7-25.
- Lipkin, G.B. Parent-child nursing : psychosocial aspects. (2nd ed.). St. Louis : Mosby, 1978.
- Mahaffy, P.R. The effects of hospitalization on children admitted for tonsilectomy and adenoidectomy. Nursing Research, 1965, 14, 12-19.
- Mahaffy, P.R. Admission interview with parents. American Journal of Nursing, 1966, 66, 506.

- Mandelco, B. Nursing assessment of children undergoing kidney biopsy. Maternal-Child Nursing Journal, 1976, 5, 151-166.
- Melamed, B.G. & Siegel, L.J. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by used filmed modeling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43, 511-521.
- Mellish, P. Preparation of a child for hospitalization and surgery. Pediatric Clinic of North America, 1969, 16, 543-553.
- Morrow, D.L. & Johnson, B.S. Perception of the mother's role with her hospitalized child. Nursing Research, 1968, 17, 155-156.
- Murphy, L.B. & Moriarty, A.E. Vulnerability, coping, and growth from infancy to adolescence. New Haven : Yale University Press, 1976.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P. Nursing assessment and health promotion through the life span. (3rd ed.). New Jersey : Prentice-Hall, 1985.
- Nagera, H. Children's reactions to hospitalization and illness. Child Psychiatry and Human Development, Fall, 1978, pp. 3-19.
- Nelms, B.C. & Mullins, R.G. Growth and development : a primary health care approach. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1982.
- Parker, S.E. Pediatric care : a guide for patient education. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1983.

- Poster, E.C. Stress immunization : techniques to help children cope with hospitalization. Maternal-Child Nursing Journal, 1984, 12, 119-133.
- Prugh, D.G., Staub, E., Sands, H.H., Kirschbaum, R.M. & Lanihan, E.A. A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. American Journal of Orthopsychiatry, 1953, 20, 70-106.
- Quinton, D. & Rutter, M. Early hospital admission and later disturbances of behavior : an attempted replication of Douglass' findings. Developmental Medicine and Child Neurology, 1976, 18, 447-459.
- Rutter, M. Separation experiences : a new look at an old topic. The Journal of Pediatrics, 1979, 95, 147-154.
- Sacharin, R.M. Principles of pediatric nursing. London : Churchill-Livingstone, 1980.
- Schmeltz, K. An early latency child's use of obsessional ritual to master separation anxiety. Maternal-Child Nursing Journal, 1977, 6, 117-134.
- Schulman, J.L., Foley, J.M., Vernon, D.T. & Allan, D.A. A study of effect of the mother's presence during anesthesia induction. Pediatrics, 1967, 39, 111.

- Shaw, C.R. & Lucas, A.R. The psychiatric disorders of childhood (2nd ed.). Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1970.
- Shirley, M. & Pontz, L. Influence of separation from mother on children's emotional response. Journal of Psychology, 1941, 12, 251-282.
- Sipowicz, R.R. & Vernon, D.T. Psychological responses of children to hospitalization : a comparison of hospitalized and non-hospitalized twins. American Journal of Disease of Children, 1965, 109, 228-231.
- Skipper, J.K. & Leonard, R.C. Children stress and hospitalization : a field experiment. Journal of Health and Social Behavior, 1968, 9, 274-287.
- Smith, M.J., Goodman, J.A., Ramsey, N.L. & Pasternack, S.B. Child and family : concepts of nursing practice. New York : McGraw-Hill Book Co., 182.
- Smitherman, C.H. Parents of hospitalized children have needs too. American Journal of Nursing, 1979, 79, 1424.
- Solnit, A.J. Hospitalization : an aid to physical and psychological health in childhood. American Journal of Disease of Children, 1960, 99, 155-163.
- Spence, J. The care of children in hospitals. British Medical Journal, 1942, 1, 125-130.

- Spanner, D. A preschool child copes with hospitalization. Maternal-Child Nursing Journal, 1974, 3, 41.
- Spielberger, C.D. Anxiety and behavior. New York : Academic Press, 1966.
- Staurt, G.W. & Sudeen, S.J. Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis : Mosby, 1979.
- Steinhauer, P.D. & Rae-Grant. Q. Psychological problems of the child in the family (2nd ed.). New York : Basic Book Inc., 1983.
- Tackett, J.M. & Hunsberger, M. Family-centered care of children and adolescents : nursing concepts in child health. Philadelphia : Saunder, 1981.
- Teung, A.G. Growth and development : self-mastery approaches. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Vaughan, G.F. Children in hospital. Lancet, 1957, 272, 1117-1120.
- Vernon, D.T., Foley, J.M., Sipowicz, R.R. & Schulman, J.L. The psychological responses of children to hospitalization and illness : a review of the literature. Springfield : Charles Thomas Publisher, 1965.
- Vernon, D.T. & Schulman, J.L. Hospitalization as a source of psychological benefit to children. Pediatrics, 1964, 34, 694-696.

- Vernon, D.T., Schulman, J.L. & Foley, J.M. Changes in children's behaviors after hospitalization : some dimensions of response and their correlated. American Journal of Disease of Children, 1966, 111, 581-593.
- Visintainer, M. & Wolfer, J.A. Psychological preparation for surgical pediatric patients : the affects on children's and parents' stress responses and adjustment. Pediatrics, 1975, 56, 187-201.
- Waechter, E., Phillips, J. & Holaday, B. Nursing care of children (10th ed.). Philadelphia : Lippincott, 1985.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. Nursing care of infants and children. St. Louis : Mosby, 1979.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. Nursing care of infants and children. (2nd ed.). St. Louis : Mosby, 1983.
- Wieczorek, R.R. & Natapoff, J.N. A conceptual approach to the nursing of the child : health care from birth through adolescence. Philadelphia : Lippincott, 1981.
- Wilkinson, A.L. Behavioral disturbances following short-term hospitalization. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, July, 1978, pp. 11-18.
- Wilson, H.S. & Kneisl, C.R. Psychiatric nursing. California : Addison Wesley Co., 1979.

- Wolfer, J.A. & Visintainer, M.A. Prehospital psychological preparation for tonsilectomy patients : effects on children's and parents' adjustment. Pediatrics, 1979, 64, 646-655.
- Wolff, S. Children under stress (2nd ed.). New York : Penguin Book, 1981.
- Woodward, J. Emotional disturbances of burned children. British Medical Journal, 1959, 1, 1009-1013.
- Woodward, J. & Jackson, D. Emotional reactions in burned children and thier mothers. British Journal of Plastic Surgery, 1961, 13, 316-324.
- Zung, W.K. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics, 1971, 12, 371-372.

บรรณานุกรม

- จันทร์นิวัตร เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พานิช. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์, 2522.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. อิทธิพลของความเจ็บป่วยที่มีต่อเด็กและครอบครัว. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม, 2522.
- เชิดศักดิ์ โสวาสันธุ์. การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : พีระทัศน์, 2522.
- ทัศนีย์ บุญทอง. การพยาบาลกับการพัฒนาการของชีวิต. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (ผู้จัดพิมพ์), เอกสารประกอบการสอนวิชาอนามัยและกระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : หนึ่งใจการพิมพ์, 2527.
- ประนอม รอดคำดี. การจัดการเรียนการสอนในหอผู้ป่วยเด็ก. วารสารพยาบาล. 2521. 27, 545-546.
- ประสาร ทิพย์ธารา. พัฒนาการเด็กและการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. กรุงเทพฯ : แพร่พิทยา, 2521.
- พยอม อังกตานุวัฒน์. ความกลัวของเด็ก. วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. มีนาคม-กันยายน, 2521, หน้า 101-119.
- พยอม อังกตานุวัฒน์. ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพฯ : ไฟศาลการพิมพ์, 2525.
- พรรรถิพย์ จีรวรรณบุญ. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

พูลศรี พัฒนพงศ์. สวัสดิภาพของเด็กป่วยในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาล, 2523,
29, 198-202.

ยุวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุทธวัฒนะ
และรุจิเรศ ธนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล,
2526.

สมาคมทศวรรษศาสตร์แห่งประเทศไทย. ตำราพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ : วิบูลย์กิจ, 2524.

สุพล บุญทรง. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

สุรางค์ จันทร์เอน. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2522.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2522.

สุวิทย์ อารีกุล. เมื่อลูกของท่านป่วย. วารสารสุขภาพ. มิถุนายน, 2524, หน้า 43-46.

Aisenberg, R.B., Wolff, P.H., Rosenthal, A. & Nadas, A.S. Psychological Impact of cardiac catheterization. Pediatrics, 1973, 51, 1051-1059.

Branstetter, E. The young child's response to hospitalization : separation anxiety or lack of mothering care? American Journal of Public Health, January, 1969, pp. 92-97.

Broadribb, V. Introductory pediatric nursing (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott, 1983.

Brooks, M.M. Why play in the hospital? Nursing Clinic of North America. 1970, 5, 431-440.

- Burling, K.A. & Collipp, P.S. Emotional responses of hospitalized children. Clinical Pediatrics, 1969, 8, 641-646.
- Colvin, S.P.A preschooler's expression of aggression in fantasy. Maternal-Child Nursing Journal, 1978, 7, 99-109.
- Costanza M., Lipsitch I. & Charney, E. The vulnerable children revisited : A follow-up study of children 3-6 years after acute illness in infancy. Clinical Pediatrics, 1968, 7, 680-683.
- Daniloniz D.A. & Gabriel, H.P. Postoperation reactions in children : "Normal" and abnormal responses after cardiac surgery. American Journal of Psychiatry, 1971, 128, 185-188.
- Davenport, H.T. & Werry, J.S. The effects of general anesthesia surgery and hospitalization upon the behavior of children. American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40, 806-824.
- Evans M. & Hansen, B. A Clinical guide to pediatric nursing. (2rd ed.) Norwalk : Appleton-Cenuary-Crofts, 1985.
- Goerzen J.L. & Chinn, P.L. Review of maternal and child nursing. St. Louis : Mosby, 1975.
- Gomez, E.A., Gomez, G.E. & Otto, D.A. Anxiety as a human emotion : some basic conceptual models. Nursing Forum, 1984, 21, 38-42.
- Grant, W.W. The child plus the parent equal 1 patient : an important lesson. Clinical Pediatrics, 1972, 11, 433-434.

- Hardgrove, C. & Rutledge, A. Parenting during hospitalization. American Journal of Nursing, 1975, 75, 836-838.
- Hennessey, J.A. Hospitalized toddler s' response to mother's tape recording during brief separations. Maternal-Child Nursing Journal, 1976, 5, 69-91.
- Holmes, S. The use of control by a hospitalized five-years old girl. Maternal-Child Nursing Journal, 1976, 5, 189-196.
- Hopkins, J. Hospitalization : The psychotherapist's view. Nursing Times, 1983, 79, 42-45.
- Hurlock, E.B. Development Psychology : A lifespan Apporach. New York : Mc.Crow Hill blook. 1980.
- Illingworth, R.S. & Holt, K.S. Children in hospital : Some observations on their reactions with special reference to daily visiting. The Lancet, 1955, 269, 1257-1262.
- Isler, C. The fine art of handling a hospitalized child. R.N. March, 1978, pp. 41-43.
- Issner, N. The family of the hospitalized child. Nursing Clinic of North America. 1972, 7, 5-12.
- Jasmin, S. & Trygsted, L.N. Behavior concepts and the nursing process. St. Louis : Mosby, 1979.

- Jolly, J.D. How to be in hospital without being frightened. Nursing Time, 1977, 1, 1887-1888.
- Knight, R.B., Alkins, A., Eagle C.J., Evans N., Finkelstein, J.W.
Fukushima, D., Katz, J. & Weiner, H. Psychological stress, ego defenses and cortisol production in children hospitalization for elective surgery. Psychosomatic Medicine, Feb., 1979, pp. 40-49.
- Lewis, M. Clinical aspects of child development. (2nd ed.) Philadelphia : Lea & Febiger, 1982.
- Lipkin, G.B. Psychosocial aspects of maternal-child nursing. St. Louis : Mosby, 1974.
- Lipkin, G.B. & Cohen, R.G. Effective approaches to patients' behavior (2nd ed.). New York : Springer Publishing Co., 1980.
- MacCarthy, D. The under fives in hospital. Nursing Times, 1981, 77, supplement 2-8.
- Marlow, D.R. Textbook of pediatric nursing (5th ed.). Philadelphia : Saunders, 1977.
- Mason, E.A. The hospitalized child : his emotional needs. The New England Journal of Medicine, 1965, 272, 406-414.
- Meadow, S.R. The captive mother. Archives of Disease in Childhood, 1969, 44, 362-367.

- Meng, A. Parents and children's reaction toward impending hospitalization for surgery. Maternal-Child Nursing Journal, 1980, 9, 83-98.
- Mereness, D.A. & Taylor, C.M. Essential of psychiatric nursing (9th ed.). St. Louis : Mosby, 1974.
- Mothers in hospital, The Lancet, 1969, 2, 580.
- O' Grady, R.S. Restraint and the hospitalized child. in B. Bergersen, E. Anderson, M. Duffey, M. Lohr & M. Rose (Ed.), Current concepts in clinical nursing volume II. St. Louis : Mosby, 1969, 192-202.
- Oremland, E. & Oremland, J.D. The effects of hospitalilation on children : models of their care. Springfield : Thomas, 1973.
- Pasnau, R.O. Psychosocial aspects of medical practice : children and adolescents. Massachusetts : Addison-Wesley Publishing co., 1982.
- Peterson, L. & Shigetomi, C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. Behavior Therapy, January, 1981, pp. 1-31.
- Pellitteri, A. Child health nursing : care of the growing family (2nd ed.). Boston : Little, Brown and Company, 1981.
- Petrillo, M. & Sanger S. Emotional care of hospitalized children : an environment approach. (2nd ed.) Philadelphia : Lippincott, 1980.

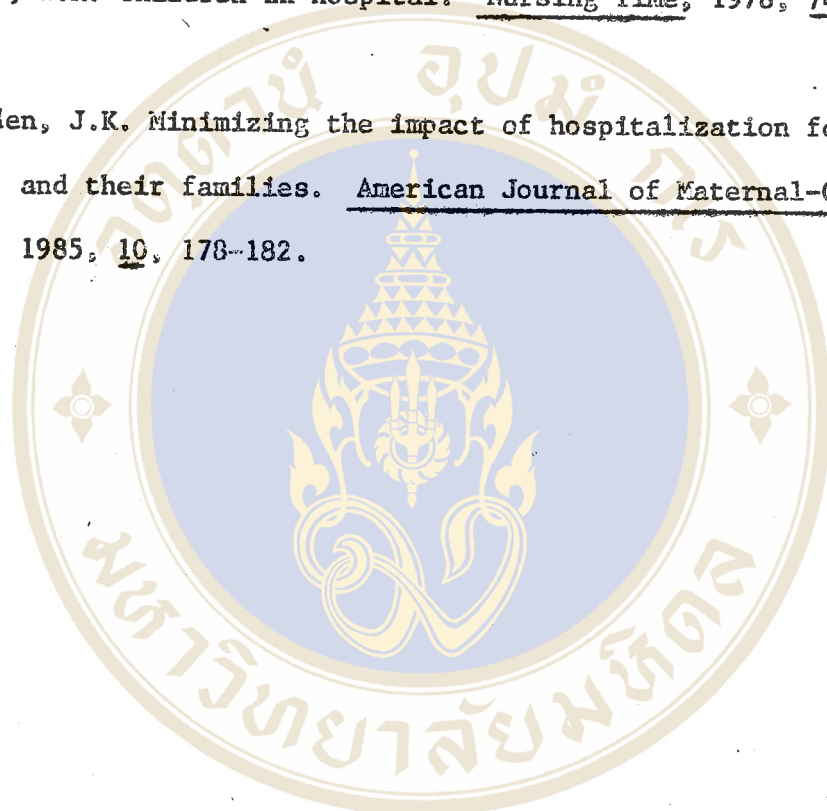
- Plank, E.N. Working with children in hospitals (2nd ed.). Chicago : Year Book medical publisher Inc., 1971.
- Post, S. Hospitalization of children under five. Canadian Nurse, July, 1966, pp. 34-37.
- Prugh, D.G. The Psychosocial aspects of pediatrics. Philadelphia : Lea & Febiger, 1983.
- Raynolds, D. When the child goes into hospital let the mother go in, too.... Nursing Mirror, November 2, 1978, pp. 15-18.
- Ritchie, J.A. Preparation of toddler and preschool children for hospital procedure. Canadian Nursing, December, 1979, pp. 30-32.
- Roberts, F.B. Review of pediatric nursing. St Louis : Mosby, 1974.
- Roberts, S.L. Behavioral concepts and nursing throughout life span. New Jersey : Prentice-Hall, 1978.
- Robertson, J. Young children in hospital. (2nd ed.). London : Tavistock Publications, 1970.
- Rodin, J. Preparing children for hospitalization. in J. Welson-Barnett (ed.), Ten studies in patient care. Chichester : John Wiley & Sons, 1983, 157-177.

- Roskie, E., Mongeon M. & Lefebare, B.G. Increasing maternal participation in the hospitalization of young children. Medical Care, 1978, 16, 765-777.
- Sigal, J.J., Chagoya, L., Villeneuve C. & Mayerovitch, J. Later psycho-Social sequelae of early childhood illness (severe croup). American Journal of Psychiatry. 1973, 130, 786-789.
- Smart, M.S. & Smart, R.C. Preschool children : development and relationships. New York : Macmillan Publishing, 1973.
- Tekely, K. & Dittomore, I. Regressive behavior in a hospitalized preschool child. Maternal-Child Nursing Journal, 1978, 7, 185-190.
- Terry, G.A. five year old boy's aggressive and compensatory behavior in response to immobilization. Maternal-Child Nursing Journal, 1979, 8, 29-38.
- Tudor, M. Child Development. New York : McGraw-Hill Book Co., 1981.
- Vulcan B. Major coping behaviors of a hospitalized 3 year-old boy. Maternal-Child Nursing Journal, 1984, 13, 113-123.
- Woffendin, K.E. Children and their parents in hospital. Nursing Time, 1981, 77, 32.

Wolfer, J.A. & Visintainer, M.A. Pediatric surgical patients and parents' stress responses and adjustment. Nursing Research, July/August, 1975, pp. 244-255.

Younger, N.R. Children in hospital. Nursing Time, 1978, 74, 5-8.

Zurlinden, J.K. Minimizing the impact of hospitalization for children and their families. American Journal of Maternal-Child Nursing, 1985, 10, 178-182.





แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กและมารดาเด็กป่วย

ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก

1. ชื่อ.....สกุล.....
2. เพศ.....อายุ.....ปี
3. วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.....
การวินิจฉัยโรค.....
4. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - ☐ ไม่เคย
 - ☐ เคย
 - ก. จำนวน.....ครั้ง
 - ข. ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
5. วิธีการตรวจรักษาพยาบาลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
 - ☐ ประเภทที่ 1
 - ☐ ประเภทที่ 2 ได้แก่.....
6. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....
รวมระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....วัน
7. วันที่แพทย์นัดมาตรวจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....

ข. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดาเด็กป่วย

1. ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
 - ☐ ประถมศึกษา
 - ☐ มัธยมศึกษาขึ้นไป
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ
 - ☐ ต่ำกว่า 3,000 บาท
 - ☐ ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป
4. ที่อยู่.....



แบบสอบถามวัดความวิตกกังวล

(Form X-I)

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสอบถามความรู้สึกของท่านเอง กรุณาตอบให้ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนั้นมากที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิดและจะถือเป็นความลับ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด คำตอบที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยเด็กต่อไป

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนั้นมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ หากท่านมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อความใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้

การเลือกคำตอบคือเกณฑ์ดังนี้

- หมายเลข 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเลย คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
- หมายเลข 2 หมายถึง รู้สึกบ้างเล็กน้อย คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
- หมายเลข 3 หมายถึง รู้สึกค่อนข้างมาก คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
- หมายเลข 4 หมายถึง รู้สึกมากที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ความรู้สึก	ไม่รู้สึกเลย (1)	รู้สึกบ้างเล็กน้อย (2)	รู้สึกค่อนข้างมาก (3)	รู้สึกมากที่สุด (4)
(0) ฉันรู้สึกสบายใจ		✓		

แบบสอบถามวัดความวิตกกังวล

(Form X-II)

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสอบถามความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่าน
ข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกทั่ว ๆ ไป ของท่านมาก
ที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด และจะถือเป็นความลับโดยจะไม่มีผลกระทบต่อนานาชาติ
ดังนั้น ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกจริงของท่าน และโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบใน
ข้อหนึ่งข้อใดนานเกินควร

ในแต่ละข้อขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบ
จะถือเกณฑ์ดังนี้

- หมายเลข 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเลย คือ ท่านไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
หมายเลข 2 หมายถึง รู้สึกบางครั้ง คือ ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็น
บางครั้ง
หมายเลข 3 หมายถึง รู้สึกบ่อยครั้ง คือ ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
หมายเลข 4 หมายถึง รู้สึกอยู่เสมอ คือ ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นอยู่เสมอ

ตัวอย่าง

ความรู้สึก	ไม่รู้สึก เลย (1)	รู้สึก บางครั้ง (2)	รู้สึก บ่อยครั้ง (3)	รู้สึก อยู่เสมอ (4)
(0) ฉันรู้สึกแจ่มใส		✓		



แบบสัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง โดยจะประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก และมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ ดังนี้คือ

หมายเลข 1 หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก คือก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้น ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้นน้อยลงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย

หมายเลข 2 หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง คือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เช่นเดียวกับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หมายเลข 3 หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ คือก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้น ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมนั้นมากขึ้น หรือแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งไม่เคยแสดงก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวอย่าง

พฤติกรรม	1	2	3
(0) บุตรของท่านเลือกรับประทานอาหาร			✓



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมของแบบวัดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย

1. อาจารย์กนกกรัณม์ สู่ชะตุงคะ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิการ์ สุวรรณโคต

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ญินพันธ์

ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. อาจารย์ ดร. สายฤดี วรกิจโกตาทร

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ญ. อรพรรณ ทองแดง

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัญญาพร

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนีย์ บุญทอง

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

8. อาจารย์นงลักษณ์ จินตนาติลล

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



๒๑
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน พันธุมนาวิน

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

2. อาจารย์ ดร. ประดิษฐ์ กษักดี

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

3. อาจารย์ประนอม รอดคำดี

ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. อาจารย์ ดร. สายฤดี วรกิจโกกลาง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๒
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อัมพล สุอำพัน

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๒๓
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัญญาพร

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๔
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

8. อาจารย์นงลักษณ์ จินตนาติลก

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล