

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเบี่ยงเบนความสนใจโดยผู้ปกครองต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารนำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว
2. ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารนำทางหลอดเลือดดำ
3. การเบี่ยงเบนความสนใจโดยผู้ปกครอง

แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว

ความหมายของความกลัว

มีผู้ให้ความหมายของความกลัวไว้ ดังต่อไปนี้

ความกลัว (fear) หมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสบภัย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ความกลัว เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่คุกคามตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัส และจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามนั้นทั้งด้านสรีรวิทยา ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรม (Moore, 1987)

ความกลัว คือ อารมณ์ ความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกี่ยวกับสติปัญญา พฤติกรรมและสรีระเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะประสบกับอันตรายทั้งในความเป็นจริงและเกิดจากการจินตนาการ (Augustyn, 1995)

ความกลัว เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการที่ปกติของเด็ก เป็นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งเด็กจะตระหนักว่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Robinson et al., 1991 as cited in Nicastro & Whetsell, 1999)

ความกลัว เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งคุกคามทั้งที่มีอยู่จริงและไม่มีอยู่จริง โดยอยู่บนพื้นฐานการประเมินศักยภาพของตนเองต่อสิ่งที่มาคุกคาม ตามความสามารถของระดับพัฒนาการ (Whaley & Wong, 1999)

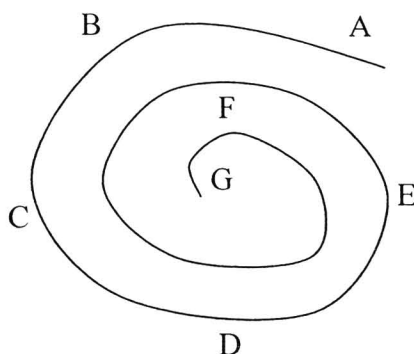
ความกลัว เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ซึ่งผสมผสานกันสามด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม เช่น วิงหนี เสียงสั่น หลับตา ด้านร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหดเกร็ง ปั่นป่วนท้อง ด้านจิตใจ ได้แก่ จินตนาการถึงร่างกายว่าได้รับอันตราย คิดถึงสิ่งที่ทำให้เกิดใจ (Nelson & Israel, 2006)

ความกลัว เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตแต่ละวัน เป็นความรู้สึกไม่สบายใจซึ่งอยู่ภายในจิตใจของแต่ละบุคคล เกิดขึ้นเมื่อประสบในสถานการณ์ที่หลากหลาย และเกิดจากการอบรมสั่งสอนและการเลี้ยงดูในทุกวัฒนธรรม (Chaiyawat & Jezewski, 2006)

ซึ่งอาจสรุปว่า ความกลัว คือ ปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งคุกคามที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนซึ่งเป็นอารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจของแต่ละบุคคล และสิ่งคุกคามนั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากการจินตนาการหรือจากประสบการณ์ที่บุคคลเคยได้รับ การตอบสนองต่อสิ่งคุกคามจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมต่างๆ ออกมาซึ่งจะเป็นกลไกที่มนุษย์ใช้ในการป้องกันตนเอง

กลไกการเกิดความกลัว

ตามแนวคิดของโรบินสัน รอทเตอร์ โวเกล และเฟย์ (Robinson, Rotter, Vogel, & Fey, 1986 as cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้อธิบายเกี่ยวกับวงจรความกลัว (the fear cycle) ว่าความกลัวเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการปกติของเด็ก โดยเด็กจะรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวต่อตนเองว่าจะก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเจ็บปวด การบาดเจ็บและการสูญเสียให้กับตนเอง และการตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัวโดยวงจรความกลัว เริ่มต้นตั้งแต่ (A) สิ่งที่เกิดความกลัวเข้ามาในสิ่งแวดล้อมของเด็ก (B) เด็กจะรับรู้ต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยเด็กจะรับรู้ตามความเข้าใจและความรู้สึกของแต่ละคน (C) การประเมินการคุกคามของสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยเด็กจะเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ของตนเอง ซึ่งแตกต่างกันตามระดับความรู้ ความเข้าใจของแต่ละบุคคล (D) เด็กตอบสนองทางสรีรวิทยา (E) เด็กจะแสดงพฤติกรรมเพื่อหลบหนี หรือต่อสู้กับสิ่งคุกคามที่เกิดความกลัว (F-G) เด็กจะประเมินผลพฤติกรรมว่าเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลว ถ้าเด็กประสบความสำเร็จสามารถควบคุมสถานการณ์ได้เด็กจะมีความมั่นใจ กล้าที่จะเผชิญความกลัวในครั้งต่อไป แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จเด็กจะมีความอ่อนแอ และกลัวมากขึ้นในเรื่องเดิม และวงจรนี้จะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดความกลัว (the fear cycle)

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก “Conceptualization of fear cycle,” by Robinson et al. In E. A. Nicastro & M. V. Whetsell. (1999). Children’s fear. *Journal of Pediatric Nursing*, 14, p. 379.

ความกลัวเกิดจากการทำงานของระบบประสาทลิมบิก (limbic system) โดยเฉพาะส่วนอมิกดาลา (amygdala) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้อารมณ์ ขณะที่บุคคลเกิดความกลัวจะเกิดจากการทำงานของสมอง 2 ด้าน คือด้านความรู้สึกรู้สึก (feeling) เมื่อมีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งกระตุ้นที่สามารถรับรู้ได้ ทั้งในระดับจิตสำนึก (conscious) และจิตไร้สำนึก (unconscious) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของนีโอคอร์เทกซ์ (neocortex) โดยเฉพาะซิงกูเลท ไจรัส (cingulate gyrus) พาราฮิปโปแคมปัส (parahippocampal gyrus) และ พรีฟรอนทัล คอร์เทกซ์ (prefrontal cortex) ด้านสภาวะอารมณ์ (emotional state) เป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ เป็นผลจากการทำงานของอมิกดาลา ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และก้านสมอง (brain stem) ในการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ (automatic nervous system) ระบบกล้ามเนื้อ (muscular system) และระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system) ทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกายต่างๆ อย่างรวดเร็ว และตัดสินใจว่าจะต่อสู้ (fight) หรือถอยหนี (flight) ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (ศิริชัย หงส์สงวนศรี, 2545) เมื่อรับรู้ต่อเหตุการณ์ หรือความกลัว จะส่งผ่านไปยังสมองส่วนบนที่เรียกว่า ซีรีบรอล คอร์เทกซ์ (cerebral cortex) จากนั้นจะส่งกระแสประสาทผ่านไปยังไฮโปทาลามัส เมื่อไฮโปทาลามัสถูกกระตุ้น จะส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ที่เกี่ยวข้องหมวกไตส่วนในเกิดการหลั่งฮอร์โมนแคทีคอลามีน (catecholamine) ซึ่งประกอบด้วย นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ฮอร์โมนนี้จะถูกหลั่งเข้ากระแสเลือดและกระจายไปทั่วเนื้อเยื่อของร่างกาย มีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น (Moore, 1987) ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

เกิดการแสดงออกด้านร่างกาย คือ ขนลุก เหงื่อออก ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น (วรารณ ชัยวัฒน์, 2543; Byrne & Hunsberger, 1994)

ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

การแสดงออกของความกลัว แลงค์ และคณะ (Lang et al., 1978 as cited in Moores, 1987) ได้เสนอทฤษฎีลัมพ์ (Lump theories) ว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัวจะเกิดปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความกลัว โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านความคิดสติปัญญา และด้านพฤติกรรม

1. ด้านสรีรวิทยา (physiological systems) เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์ที่คุกคามต่อร่างกาย กลไกการป้องกันตนเองของร่างกายจะทำงานโดยหลังอะดรีนาลีน (adrenaline) ทำให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกว่าจะต่อสู้หรือหนี ซึ่งส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ปัสสาวะออกน้อย ปั่นป่วนในท้อง หน้าซีด ตัวสั่น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย และอ่อนเพลีย (Moores, 1987) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ จุกแน่นหน้าอก (Kolvin & Kaplan, 1988 อ้างใน วรารณ ชัยวัฒน์, 2543; Nelson & Israel, 2006) แสดงอาการเจ็บป่วย ทั้งที่เกิดจริงหรือเกิดจากการจินตนาการ อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก (Nicastro & Whetsell, 1999)

2. ด้านความคิดสติปัญญา (cognitive systems) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึนึกคิด โดยเด็กจะระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่เคยประสบเหตุการณ์นั้นมาก่อน เด็กจะมีความคิดทางด้านลบเมื่อเกิดความกลัว จะส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลของเด็กบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ซึ่งส่งผลให้เด็กประเมินหรือทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดไป (Moores, 1987; Kendall et al., 1992 อ้างใน วรารณ ชัยวัฒน์, 2543) โดยเด็กจะจินตนาการถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น หวาดกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (Nelson & Israel, 2006)

3. ด้านพฤติกรรม (behavioral systems) เมื่อเกิดความกลัวเด็กจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ตอบสนองถึงความกลัวใน 3 ลักษณะ คือ (Squires, 1995 as cited in วรารณ ชัยวัฒน์, 2543)

3.1 เกิดพฤติกรรมตอบโต้และแสดงออกอย่างชัดเจน (active and expressive behaviors) เด็กจะแสดงพฤติกรรมหนีต่อสิ่งที่คุกคามเพื่อให้ออกพ้นสถานการณ์นั้นๆ เช่น การต่อต้าน การวิ่งหนี ทำร้ายตนเอง สิ่งของและสิ่งแวดล้อม ทุบตี (Nicastro & Whetsell, 1999) ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความกลัว เช่น การกรีดร้อง ร้องไห้ ร้องครวญคราง กัดเล็บ การแสดงพฤติกรรมดังกล่าวนี้จะพบได้ในเด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนจะแสดงพฤติกรรมต่อสู้หรือถอยหนีต่อสิ่งที่กลัวอย่างชัดเจน (Hurlock, 1978)

3.2 ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบโต้ (passive behaviors) เช่น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอนมากเกินไป ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ฝันกลางวัน (Nicastro & Whetsell, 1999)

3.3 มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยหรือมีพฤติกรรมถดถอย เช่น แบบแผนการรับประทานอาหารผิดปกติ การสื่อสารและการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง ไม่รับผิดชอบ ก่อความวุ่นวาย

นอกจากนี้ยังแสดงพฤติกรรมความกลัวออกทางวาจา โดยกล่าวคำพูดและมีความเสี่ยงที่สื่อความหมายว่ากลัว เช่น ร้องเรียกผู้ปกครอง ปฏิเสธการรักษาหรือต่อรองการรักษา (Behrman & Vaughan, 1987) พุดเสียงสั่นเครือ (Nelson & Israel, 2006)

ปัจจัยที่มีผลต่อความกลัว

ความกลัวของเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1. เพศ พบว่าเด็กผู้หญิงจะมีความกลัวต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายและความเจ็บปวดมากกว่าเด็กผู้ชายในระดับอายุเดียวกัน (Hurlock, 1978; Carr, Lemanek, & Armstrong, 1998) และเด็กผู้หญิงจะมีความกลัวมากกว่าเด็กชาย 5 อย่าง คือ กลัวตาย/กลัวอันตราย กลัวในสิ่งไม่รู้ กลัวสัตว์ กลัวโรงเรียนกลัวการรักษา (Nicastro & Whetsell, 1999) จากการศึกษาของกัลโลน (Gullone, 2000) ในเด็กปกติที่โรงเรียน อายุ 5-12 ปี จำนวน 398 คน พบว่าเด็กผู้หญิงกลัวความแปลกใหม่ กลัวความมืด กลัวการอยู่คนเดียว ส่วนเด็กผู้ชายจะแสดงความกลัวต่อการบาดเจ็บของร่างกายมากกว่าเด็กผู้หญิง และเด็กผู้ชายจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือ สำหรับเด็กผู้หญิงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้านคำพูด แต่ในบางการศึกษาพบว่าเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงมีความกลัวไม่แตกต่างกัน (Hart & Bossert, 1994)

2. อายุและพัฒนาการ ชนิดของความกลัวจะมีลักษณะเฉพาะตามระดับพัฒนาการ โดยความกลัวที่มีอยู่ก่อนจะลดลงหรือหมดไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความกลัวในสิ่งที่ไม่จริงจะถูกแทนที่โดยความกลัวในสิ่งที่มีอยู่จริงเมื่อเด็กมีวุฒิภาวะสูงขึ้น (Hart & Bossert, 1994)

3. สภาวะทางด้านร่างกาย ถ้าเด็กมีความเหนื่อยล้า หิว หรือสุขภาพไม่ดี จะตอบสนองต่อความกลัวได้มากกว่าปกติ (Hurlock, 1978) จากการศึกษาของจิน (Jin, 1997) พบว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยเฉียบพลันมีความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่บางการศึกษาพบว่า เด็กที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยโรคเรื้อรังก็มีความกลัวไม่แตกต่างกัน (Hart & Bossert, 1994)

4. การเลี้ยงดู เมื่อเด็กอยู่กับบุคคลที่มีบุคลิกภาพเป็นคนหวาดกลัวง่าย จะทำให้เด็กมีความรู้สึกลัวเพิ่มมากขึ้น (Hurlock, 1978) แต่เด็กที่มีบิดามารดาที่ไม่แสดงความกลัวหรือมีความกลัวต่อสิ่งใดน้อย เด็กก็จะมีมีความกลัวต่อสิ่งนั้นน้อยตามไปด้วย เพราะความกลัวของเด็กจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวของมารดา (Muris, Steememan, Merckelbach, & Meester, 1996)



หากบิดามารดาที่มีความกลัวหรือวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้เด็กเกิดความวิตกกังวลสูงตามไปด้วย เพราะบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็กให้เผชิญความเครียด ไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์เกี่ยวกับการรักษาให้แก่เด็กได้ จะทำให้เด็กเกิดความกลัวไปด้วย (Melnik & Feinstein, 2001)

5. ประสบการณ์เดิมและระยะเวลาที่ได้รับประสบการณ์เดิม ประสบการณ์เดิมจากเหตุการณ์ที่เจ็บปวดจะทำให้เด็กแสดงปฏิกิริยาออกมาเมื่อต้องได้รับเหตุการณ์อีก (McCarthy & Kleiber, 2006) หากเด็กได้รับรู้ความกลัวจากประสบการณ์เดิมและสามารถเผชิญความกลัวนั้นๆ ได้ เด็กจะมีความกลัวน้อยลง และมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับความกลัวนั้นได้อีกครั้งอย่างมีประสิทธิภาพ (Nicastro & Whetsell, 1999) แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กประสบความล้มเหลวเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม จะทำให้เด็กกลัวมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าความกลัวของเด็กแต่ละคนแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย คือ เพศ อายุ และพัฒนาการ สภาพด้านร่างกาย การเลี้ยงดู และประสบการณ์เดิมรวมทั้งระยะที่ได้รับประสบการณ์เดิม ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ได้ศึกษาความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารุ่นนี้ จึงเป็นปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

การประเมินความกลัว

การประเมินความกลัวในเด็ก พบว่าที่นิยมใช้กันสามารถประเมินได้ 4 วิธี ตามความเหมาะสมของอายุและพัฒนาการของเด็ก

1. การประเมินจากพฤติกรรม เมื่อเด็กต้องเผชิญกับความกลัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ และจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่พฤติกรรมปกติออกมา ดังนั้นการประเมินความกลัวอาจทำได้โดยสังเกตพฤติกรรมที่ เหมาะสมสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป เนื่องจากเด็กวัยทารก และวัยหัดเดินมีข้อจำกัดทางด้านพัฒนาการด้านสติปัญญาในการรับรู้ต่อสิ่งคุกคามและมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวไม่ชัดเจน เช่น แบบประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของอารมณ์กลัวและสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของเด็กที่มีต่อการเจาะเลือดของ ยูพยงค์ ว่องศรี (2529) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 5 หมวด คือ สีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย การร้องไห้ การพูด และการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา แบ่งความกลัวเป็น 3 ระดับ มีปฏิกริยามาก ปฏิกริยาน้อย ไม่มีปฏิกริยา ซึ่งต่อมาสุรารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ได้ใช้เครื่องมือนี้มาประเมินความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนทัศนีย์ อรรถารส (2538) ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กจากนักจิตวิทยาเด็กมาสร้างเป็นแบบประเมินความกลัวต่อการรับรังสีรักษาของเด็กวัย

ก่อนเรียนโรคมะเร็งของ จะสังเกตพฤติกรรม 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ก่อนเข้าห้องรับรังสีรักษา และ ระยะที่ 2 ขณะเข้าห้องรับรังสีรักษา ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ การร้องไห้ การจับหรือยึดเกาะ พฤติกรรมการเข้าห้องฉายรังสี พฤติกรรมขณะจัดทำเพื่อฉายรังสี พฤติกรรมขณะนอนอยู่บนเตียงฉายรังสี และการกล่าวคำที่แสดงถึงความรู้สึกกลัว จะให้คะแนนเป็นแบบมาตราอันดับ 3 ระดับ คือ 1 เท่ากับไม่กลัว ถึง 3 เท่ากับ ความกลัวรุนแรง ต่อมา ชื่นจิตต์ สมจิตต์ (2545) ได้สร้างแบบสังเกต พฤติกรรมความกลัวต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 พฤติกรรม คือ การร้องไห้ การจับยึดเกาะกอดผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่หรือสิ่งของ น้ำเสียงและคำพูดที่แสดงความรู้สึกกลัว การแสดง สีหน้า ลักษณะการเดินเข้าห้องปฏิบัติการ การเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ และ วิชาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล (2546) ได้สร้างแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งพฤติกรรมความกลัว เป็น 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการพูด และด้านการแสดงออกทางสีหน้า

แบบสังเกตพฤติกรรมขณะได้รับหัตถการ (Procedure Behavioral Rating Scale; PBRS) ของแคท, เคลเลอร์แมน, และซีเจล (Katz, Kellerman, & Siegel, 1980) ซึ่งใช้ในการประเมิน พฤติกรรมของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการเจาะไขกระดูกที่มีอายุ 7 เดือนถึง 20 ปี ใน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ตั้งแต่เด็กถูกเรียกเข้าห้องจนถึงเข้าห้องรักษา ระยะที่ 2 ตั้งแต่เด็กเข้ามาในห้อง จนถึงถอดเสื้อออก ระยะที่ 3 ตั้งแต่ทำความสะอาดผิวหนัง ฉีดยาชาจนถึงดัดเข็มออก ระยะที่ 4 ตั้งแต่ปิดแผลจนถึงเด็กเดินออกจากห้อง พยาบาลจะสังเกตว่าเด็กมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลว่ามีทั้งหมด 25 พฤติกรรมหรือไม่ และมีพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใดในลักษณะเป็น มาตราอันดับแบบ Likert Scale มี 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ 1 เท่ากับไม่มีความวิตกกังวลเลย ถึง 5 เท่ากับมีความวิตกกังวลรุนแรง แต่มีเพียง 13 พฤติกรรมเท่านั้น ที่เด็กแสดงพฤติกรรมออกมา มากที่สุด คือ ร้องไห้ กล้ามเนื้อตึงตัว การสนับสนุนด้านอารมณ์ กรีดร้อง ต้องผูกมัด อุ้ม ดี ปฏิเสธการ รักษา ต้องการแนบกอด พูดถ่วงเวลา พูดขอร้องไห้หยุด คำพูดแสดงความกลัว คำพูดแสดงความ เจ็บปวด ซึ่งมีค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) .81-.93

2. การประเมินทางสรีรวิทยา เป็นการประเมินจากการสังเกตหรือการวัดการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยา การประเมินความกลัวประกอบไปด้วย การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิทางผิวหนัง (skin temperature) ความดันโลหิต การตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tension) ดัชนีการมีเหงื่อออกที่มือ (palm sweat index) ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ในบางครั้ง พบว่าการวัดทางสรีรวิทยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความกลัวที่แสดงออก เช่น การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเจ็บปวดและความกลัวด้วยตนเองของ คาร์ร, ลีมานีก, และ

อาร์มสตรอง (Carr, Lemanek, & Armstrong, 1998) พบว่าการแสดงออกทางสรีระของภาวะทุกข์ทรมาน โดยการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ของเด็กอายุ 3-7 ปี และ 8-12 ปี ขณะได้รับการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง จากการประเมินความเจ็บปวด และความกลัวไม่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางสรีรวิทยา การประเมินทางสรีรวิทยานี้ต้องอาศัยเครื่องมือเฉพาะบางครั้งมีขั้นตอนที่ยุ่งยากจึงไม่นิยมนำมาใช้ในการประเมิน และเด็กอาจเกิดความกลัวต่ออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ อาจส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวมากขึ้น

3. การประเมินด้วยตนเอง การประเมินนี้จะให้เด็กกำหนดระดับความกลัวของตนเอง จึงควรให้เด็กที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้น สามารถสื่อสารเพื่อบอกความรู้สึกของตนเองได้ ตัวอย่างเช่น

3.1 แบบประเมินความกลัวด้วยภาพใบหน้า (face scale) ให้เด็กประเมินระดับความกลัวด้วยตนเองจากการเลือกภาพใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกเด็กมากที่สุด เช่น การศึกษาของคาร์ร, ลีมานีก, และ อาร์มสตรอง (Carr, Lemanek, & Armstrong, 1998) ที่ให้เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-7 ปี เลือกภาพใบหน้าที่แสดงถึงระดับความกลัว 3 ระดับ คือ ไม่กลัว กลัวเล็กน้อย และกลัวมาก ต่อมา ซีนิจิตต์ สมจิตต์ (2545) ได้สร้างแบบประเมินระดับความกลัวด้วยตนเองเป็นรูปภาพการ์ตูนของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แบ่งความกลัวเป็น 3 ระดับคือภาพกลัวมาก กลัว และ กลัวน้อย เช่นเดียวกับ ปิยวรา ตั้งน้อย (2547) ได้สร้างแบบประเมินความกลัวด้วยตนเองของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นรูปภาพการ์ตูนและกำหนดระดับความกลัวเป็น 3 ระดับเช่นกัน แบบประเมินด้วยภาพใบหน้านี้เหมาะสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนตอนต้น เนื่องจากเด็กสามารถแยกแยะความแตกต่างได้ และเด็กก็มีข้อจำกัดในการสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึก พร้อมทั้งยังอ่านและเขียนไม่คล่อง

3.2 แบบประเมินความกลัวโดยมาตรวัดแบบเส้นตรง (Vertical visual analogue scale: VAS-Fear Scale) เป็นการประเมินระดับความกลัวด้วยตนเอง โดยให้เด็กชี้เส้นบรรทัดที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง เริ่มจากไม่กลัวถึงกลัวมากที่สุด (Gift, 1989 as cited in Carlson, Broome, & Vessey, 2000) และของวินดิช เบียร์เมเยอร์, สโจเบิร์ก, ดาล, อีเชลแมน, และ กุทซ์เซททา (Windich-Biermeier, Sjoberg, Dale, Eshelman, & Guzzetta, 2007) ได้ใช้แบบประเมินความกลัวและความปวดโดยใช้รูปแท่งแก้วของ วอง และ เบเกอร์ (Wong & Baker, 1988) กับเด็กอายุ 3-18 ปี ที่ได้รับการเจาะหลอดเลือดและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งประกอบไปด้วย แท่งแก้ว 6 แท่ง ในแท่งแก้วแรกจะเป็นแท่งแก้วที่ว่างเปล่าแสดงถึงไม่กลัว หรือไม่ปวด แท่งแก้วอีก 4 แท่งจะมีปริมาณความกลัวหรือความปวดที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ และแท่งแก้วสุดท้ายจะมีปริมาณ

เต็มแท่งแก้วแสดงถึงมีความกลัวหรือความปวดมากที่สุด มีระดับคะแนน 0-5 คะแนน ซึ่งมีค่าการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มากกว่า .70

3.3 แบบประเมินความกลัวโดยใช้แบบสอบถาม เช่น แบบประเมินความกลัวทั่วไปสำหรับเด็ก (Fear Survey Schedule for Children-Revised: FSSC-R) ของโอแลนดิก (Ollendick, 1983 as cited in Yang, Ollendick, Dong, Xia, & Lin, 1995) ได้พัฒนามาจากแบบประเมินความกลัวโดยทั่วไปของเด็ก (Medical Fear Subscale of the Fear Survey Schedule for children: FSS-FC) แต่แบบประเมินประเภทนี้เหมาะสำหรับใช้กับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีระดับพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้น สามารถเข้าใจและสื่อความหมายในสิ่งที่ตนเองรู้สึกออกมาได้

4. การประเมินโดยการทดสอบด้วยภาพ การวาดภาพเป็นการสะท้อนสิ่งต่างๆ ที่เก็บสะสมไว้ในระดับจิตไร้สำนึกให้ออกมา ที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความกลัว ความหวัง ความคับข้องใจ และความขัดแย้ง โดยถ่ายทอดลงบนแผ่นกระดาษ เป็นการประเมินความรู้สึกทางด้านจิตใจและอารมณ์ประเมินได้จากลักษณะเส้นที่วาด การแรเงา สัดส่วนภาพ การใช้สี เช่น เมื่อเด็กมีปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ภาพที่วาดจะเบี่ยงเบนไปจากปกติ ได้แก่ การกระจายกระจายของส่วนต่างๆ ของร่างกาย ภาพไม่ต่อกัน ความไม่มั่นคงของภาพวาด (พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2544) ซึ่งจะมีเกณฑ์การประเมินการให้คะแนนและอธิบายตามหลักการถ่ายทอดความรู้สึกออกมากับภาพที่วาด (Clatworthy, Simon, & Tiedeman, 1999) การประเมินวิธีนี้เหมาะสำหรับเด็กที่สามารถวาดภาพและสามารถอธิบายเกี่ยวกับภาพที่วาดได้ และผู้ประเมินต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเพื่อความเที่ยงตรงและถูกต้อง สำหรับวิธีการประเมินการทดสอบด้วยภาพ จะเหมาะสมสำหรับเด็กที่สามารถวาดภาพ และสามารถอธิบายภาพที่ตนวาดได้ รวมทั้งต้องอาศัยผู้ประเมินที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อการประเมินที่เที่ยงตรงและถูกต้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียนโดยใช้ แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวซึ่งดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมขณะได้รับหัตถการ (Procedure Behavioral Rating Scale; PBRs) ของแคท, เคลเลอร์แมน, และซีเจล (Katz, Kelleman, & Siegel, 1980) ที่ประกอบไปด้วยพฤติกรรม 13 พฤติกรรม คือ ร้องไห้ กล้ามเนื้อตึงตัว การสับสนุนด้านอารมณ์ กรีดร้อง ต้องผูกมัด อึดอัด ปฏิเสธการรักษา ต้องการแนบกอด พุดถ่วงเวลา พุดขอร้องไห้หยุด คำพูดแสดงความกลัว คำพูดแสดงความเจ็บปวด เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนมีความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์และควบคุมอารมณ์ของตนเองได้น้อย จึงแสดงพฤติกรรมต่อความกลัวออกมาทางใบหน้าและร่างกายได้อย่างชัดเจน (Carlson, Broome, & Vessey, 2000) และเนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนมีระดับพัฒนาการที่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสิ่งต่างๆ ได้ (Reynold, 2002) จึงใช้การประเมินความกลัวด้วยตนเอง โดยแบบประเมินรูปแท่งแก้ว (Glasses Fear Scale)

ของวอง และ เบเกอร์ (Wong & Baker, 1988) ที่แบ่งระดับความกลัวเป็น 6 ระดับ ด้วยรูปทรงที่เหมือนกัน แต่มีปริมาณต่างกัน

ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤติสำหรับเด็กซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดและความกลัวแก่เด็กอย่างมาก (นงลักษณ์ จินตนาธิกุล, 2550) เนื่องจากความกลัวที่เด่นชัดของเด็กวัยก่อนเรียนจะเกิดจากความวิตกกังวลจากการแยกจากครอบครัว กลัวคนแปลกหน้า การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองจากการรักษาพยาบาล และเกิดจากการจินตนาการของเด็กเอง (Wong, Hockenberry, & Wilson, 2007) โดยเฉพาะการได้รับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อร่างกาย เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด คุกคามต่อร่างกาย และขั้นตอนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำคุกคามจิตใจเด็ก จึงก่อให้เกิดความกลัวได้ (Hart & Bossert, 1994) อาจอธิบายตามวงจรความกลัวได้ว่า เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเด็กต้องพบกับบุคคลแปลกหน้า สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ไม่เคยเห็น (James, Ashwill, & Droke, 2002; Ball & Bindler, 2003) เด็กจะเชื่อมโยงกับความรู้สึกของตน และแหล่งประโยชน์ของตน ตามระดับความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนจะมีข้อจำกัดด้านความคิด ความเข้าใจ มีความคิดที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentrism) มองสิ่งต่างๆ ในมุมมองของตนเองเท่านั้น (Wong et al., 2001) มักมีการรับรู้ไม่ตรงกับความจริง มีความคิดในลักษณะที่เป็นจินตนาการสูงและเป็นรูปธรรม ซึ่งความกลัวส่วนใหญ่จะเกิดจากความคิด ความเข้าใจตลอดจนจินตนาการของตนเองมากที่สุด (Whaley & Wong, 1999) และทำให้เด็กเกิดความกลัวมากกว่าการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดปกติเพราะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจะมีสายที่ให้สารละลายต่อเข้าไปในร่างกาย (Kleiber, Craft-Rosenberg, & Harper, 2001)

นอกจากนี้เด็กวัยก่อนเรียนยังมีประสบการณ์ในการเผชิญต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัวน้อย (Woodgate & Kristjanson, 1995) ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้และการประเมินต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว โดยจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามระดับความคิด ความเข้าใจ ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำออกมา พบว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความกลัวทั้งด้านวาจาและด้านร่างกาย เช่น ก้าวร้าว ขัดขืน ปฏิเสธไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น และอาจเกิดความผิดพลาดจากการขัดขืนได้ ก่อให้เกิดความเครียด ความล่าช้า รวมทั้งต้องใช้คนจำนวนมากในการจับยึด ซึ่งจะส่งผลให้เด็กเกิดประสบการณ์ทางลบและมีความรู้สึกกลัว

ต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ (Carlson, Broome, Vessey, 2000) เด็กจะประเมินผลพฤติกรรมว่าเป็นความล้มเหลวหรือความสำเร็จ ถ้าทำสำเร็จเด็กจะมีความมั่นใจมากขึ้น ถ้าที่จะเผชิญความกลัวในครั้งต่อไป ถ้าล้มเหลวเด็กจะจดจำว่าเป็นเหตุการณ์ที่น่ากลัว หากเด็กได้รับประสบการณ์ในด้านลบที่คุกคามจิตใจยาวนานจะทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น ทำให้การเรียนรู้ทักษะทางสังคมลดลง ทักษะการสื่อสารลดลง ขาดความมั่นใจในตัวเอง และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Nicastro & Whetsell, 1999) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เด็กเกิดความไม่ไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้การดูแล (Ashwill, & Droke, 1997) มีทัศนคติไม่ดีต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นอุปสรรคในการรักษาพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญในเรื่องการพยาบาลเพื่อลดความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้เด็กสร้างความร่วมมือและความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งยังเสริมสร้างให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาพยาบาลอีกด้วย

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในเด็ก สามารถกระทำโดยแพทย์หรือพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อทดแทนสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ให้สารอาหารต่างๆ ให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด และเพื่อให้ยาและสารบางชนิดที่ต้องการผลอย่างรวดเร็ว (James, Ashwill, & Droske, 2002)

อุปกรณ์สำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีดังนี้ สารน้ำที่จะให้ทางหลอดเลือดดำ ชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีขนาดและความยาวเหมาะสมกับเด็ก สายยาง ถุงมือ โฟวิดิน ไอโอดีนหรือแอลกอฮอล์ อับสำลี เครื่องปรับหยดสารน้ำ อุปกรณ์เชื่อมต่อเข็มสำหรับให้สารน้ำ พลาสเตอร์ ไม้รองแขน อุปกรณ์ผูกยึด (Bowden & Greenberg, 2003)

วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1. การเตรียมเด็กและครอบครัว

พยาบาลควรมีการเตรียมเด็กด้านจิตใจให้มีความพร้อมก่อนได้รับหัตถการ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพแก่ผู้ปกครอง จะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการตอบสนองและขบวนการเตรียมเด็กผ่านไปได้อย่างดี โดยแนะนำตนเองแก่เด็กโดยตรง และพูดกับเด็กโดยตรงด้วยท่าทางที่เป็นมิตร (กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, 2544) โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

ก่อนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยาบาลควรอธิบายแก่เด็กและผู้ปกครองถึงเหตุผลที่ต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุปกรณ์ในการให้สารน้ำ ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้นขณะแทงเข็ม (James, Ashwill, & Droske, 2002)

2. ขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.1 เตรียมสารน้ำให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้อนยาที่มีข้อเด็กและจำนวนหยดให้ตรงกับชนิดของสารน้ำที่จะให้กับเด็ก

2.2 นำเด็กมาที่เตียงสำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและจัดทำให้เหมาะสม

2.3 เลือกตำแหน่งที่ใส่สาย โดยให้เด็กมีโอกาสเลือกตำแหน่งของการแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนยังคงมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง (นงลักษณ์ จินตนาคิลก, 2550)

2.4 รัดสายยางเหนือบริเวณที่จะให้สารน้ำประมาณ 2-3 นิ้ว

2.5 ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะแทงเข็มด้วยแอลกอฮอล์

2.6 แทงเข็มสำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผ่านผนังหลอดเลือดดำ

2.7 ปลดสายยางและต่อชุดให้สารน้ำเข้ากับเข็ม เปิดสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ

2.8 ปิดพลาสติกบริเวณที่แทงเข็ม ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อให้สารน้ำไหลสะดวก อาจใช้ไม้รองแขนยึดไว้ เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวของเด็กที่อาจทำให้เข็มหลุดเลื่อน ปรับหยดสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

การเบี่ยงเบนความสนใจโดยผู้ปกครอง

แนวคิดเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนความสนใจ

การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ ที่สามารถใช้ลดพฤติกรรมทุกข์ทรมานของเด็กจากหัตถการการรักษาที่รุกรานร่างกาย (Kleiber, Craft-Rosenberg, & Harper, 2001) โดยเป็นวิธีการที่ทำให้เด็กหันเหความสนใจจากสิ่งกระตุ้นสิ่งหนึ่งที่คุกคาม ไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจและสร้างความพึงพอใจมากกว่า (McCarthy & Kleiber, 2006) การเบี่ยงเบนความสนใจ เกิดจากการรับรู้จากประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น การได้มองเห็นทางตา การได้ยินทางหู จากการได้สัมผัส และทำให้เกิดความพึงพอใจ (Slifer, Tucker, & Dahlquist, 2002) ซึ่งสามารถลดความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการได้รับสิ่งกระตุ้นได้ (Vessey, Carlson, & McGill, 1994) วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจถ้าเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมและถูกต้อง อาจใช้ได้กับเด็กทุกวัย บางครั้งผู้ปกครองที่ใกล้ชิดก็สามารถเป็นสิ่งที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจได้ เช่นเดียวกัน (McCaffery, 1979) เช่น การที่ผู้ปกครองพูดคุยปลอบโยนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล หรือ สัมผัสและกอดเด็ก (สุคนธา คุณาพันธ์, 2545) ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ลดความวิตกกังวลจากการพรางจาก เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและ

ความเจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษาได้ (Neill, 1996) รวมทั้งช่วยลดปฏิกิริยาต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ (Whaley & Wong, 1999)

หลักการเบี่ยงเบนความสนใจ

กลวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจที่สร้างความพึงพอใจ จะมีอิทธิพลต่อสมองซีกขวาโดยมีผลต่อทาลามัส คอร์เทกซ์ และระบบลิมบิกที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับประสบการณ์ทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ความจำและประสบการณ์ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การเล่นเกม การฟังดนตรี การนับเลข การอ่านหนังสือ การฟังนิทาน จะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึก อารมณ์ ความจำและประสบการณ์ที่สมองส่วนคอร์เทกซ์ ขณะเดียวกันการเบี่ยงเบนความสนใจจะมีผลในการกระตุ้นไฮโปทาลามัส จากไฮโปทาลามัสจะไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้หลั่งสารเอนโดรฟินส์ (endorphins) หรือ เอนเคฟาลินส์ (enkephalins) ออกมา (Coughlan, 1994) จึงส่งผลให้เปลี่ยนการรับรู้ต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวลดลง เพราะเปลี่ยนจุดสนใจไปสู่สิ่งที่ชอบมากกว่า

การเบี่ยงเบนความสนใจมีหลักการที่สำคัญ คือ

1. การประเมินสิ่งที่สามารถดึงดูดความสนใจของเด็ก พยาบาลจะต้องค้นหาสิ่งที่เด็กชอบและสนใจหลายๆ รูปแบบและให้เด็กเลือกสิ่งที่ชอบมากที่สุด ถ้าเด็กเคยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจแล้วให้ผลดีควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเดิมเพื่อลดสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น (Wilkie, 2000) ในขณะที่ผู้ป่วยเริ่มการเบี่ยงเบนความสนใจ พยาบาลสามารถช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีขึ้นสำหรับเด็กต้องหาข้อมูลจากผู้ปกครองและใช้การสังเกตอย่างใกล้ชิด เพื่อค้นหาสิ่งที่ดึงดูดความสนใจ (McCaffery, 1979)

2. การอธิบายความคาดหวัง และข้อจำกัดของการใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เพราะผู้ป่วยอาจปฏิเสธการใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจได้ (McCaffery, 1979) ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองเข้าใจว่าการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยลดการรับรู้ต่อความกลัว แต่ไม่สามารถทำให้ความกลัวหายไปได้ทั้งหมด เพราะความไม่พร้อมของผู้ป่วย เช่น ความอ่อนเพลีย (Thorp, 1997) ทำให้สมาธิของผู้ป่วยต่อสิ่งที่ดึงดูดความสนใจลดลง

3. การรับรู้ที่มีหลายประเภทจะช่วยเพิ่มความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการรับรู้จากประสาทสัมผัสที่มากกว่า 2 ชนิด จะได้ผลดีในการดึงดูดความสนใจ เช่น การได้ยินทางหู การได้เห็นทางตา การได้สัมผัส และจะให้ผลดีควรเริ่มกระทำการเบี่ยงเบนความสนใจก่อนที่เด็กจะมีความปวดเกิดขึ้น (McCaffery, 1979; Taylor, Lillis, & LeMone, 2001)

4. สิ่งที่ใช้ดึงดูดความสนใจต้องพิจารณาให้เหมาะสมตามวัย และระดับพัฒนาการจะช่วยให้สิ่งที่ใช้เบี่ยงเบนนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Schechter et al., 2007) เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ

ในเด็กเล็กควรใช้ของเล่นที่มีการเคลื่อนไหว ของเล่นที่มีเสียงดัง สี สีสันสดใสเพื่อดึงดูดความสนใจ ในเด็กโตอาจใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ สิ่งเหล่านี้ถ้าให้ในเวลา สถานที่ จังหวะที่เหมาะสมและสม่ำเสมอจะช่วยดึงดูดความสนใจของเด็กได้ แต่ถ้าร่างกายเด็กอยู่ในระยะอ่อนเพลีย การเบี่ยงเบนความสนใจควรมีความซ้ำซ้อนลดลง (Bowden & Greenberg, 2003)

วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจในเด็ก

การเบี่ยงเบนความสนใจอาจใช้ได้กับทุกวัย ทุกระดับความรุนแรงและระยะเวลาถ้าสามารถเลือกใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจได้ถูกต้องเหมาะสม (McCaffery, 1979) ซึ่งวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจแบ่งได้หลายแบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับเด็ก ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการของเด็กแต่ละคน ดังนี้

1. การเบี่ยงเบนความสนใจแบ่งตามความสนใจ คือ (Taylor, Lillis, & LeMone, 2001)

1.1 การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการดู (visual distraction) เช่น การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การนับสิ่งของ

1.2 การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟัง (auditory distraction) เช่น การฟังดนตรี

1.3 การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสัมผัส (tactile kinesthetic distraction) เช่น การสัมผัสจากบุคคลที่รัก จากสัตว์เลี้ยงหรือของเล่น การป้อนโยน

1.4 การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการแสดงออก (project distraction) เช่น การเล่นเกม การใช้ความคิดสร้างสรรค์

2. การเบี่ยงเบนความสนใจแบ่งตามความเหมาะสมของระดับอายุและพัฒนาการ (Distraction techniques in children chart, 1999) คือ

2.1 เด็กอายุ 0-2 ปี ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การสัมผัส (touching) การลูบคลำ (stroking) การตบหลังเบาๆ (patting) เล่นของเล่นที่มีเสียงดนตรี (play music) การใช้โมบาย

2.2 เด็กอายุ 2-4 ปี ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น เล่นตุ๊กตา เล่านิทาน (storytelling) การอ่านหนังสือ การหายใจ (breathing) การเป่าให้เป็นฟอง (blowing bubbles)

2.3 เด็กอายุ 4-6 ปี ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การหายใจ การเล่านิทาน การเล่นตุ๊กตา การพูดเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบ ดูโทรทัศน์

2.4 เด็กอายุ 6-11 ปี ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง การหายใจ การนับ (counting) การพูดเกี่ยวกับเรื่องที่ชอบ ดูโทรทัศน์ เล่าเรื่องขำขัน (humor)



วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเด็กที่ได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การเบี่ยงเบนความสนใจเด็กสามารถลดความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดและความวิตกกังวลจากกิจกรรมทางการแพทย์ได้ เช่น การศึกษาของมานิมาลา, เบลาท, และโคเฮน (Manimala, Blount, & Cohen, 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความกลัวของเด็กขณะที่ได้รับการฉีดวัคซีนในเด็กอายุ 3.8-5.9 ปี และผู้ปกครองจำนวน 82 คู่ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มควบคุม 2) กลุ่มที่ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจซึ่งผู้ปกครองและเด็กจะได้ดูการสาธิต เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ของเล่น หลังจากดูการสาธิตผู้ปกครองและเด็กจะได้เลือกของเล่นซึ่งประกอบด้วย ของเล่นเด็ก เกมปริศนา การวาดภาพ การระบายสี อ่านหนังสือ และ 3) กลุ่มที่ให้ผู้ปกครองช่วยสร้างความไว้วางใจ โดยจะได้ดูการสาธิต เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างความไว้วางใจให้กับเด็ก ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมทุกข์ทรมานและความกลัวของเด็กกลุ่มที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจน้อยกว่า กลุ่มที่ให้ผู้ปกครองช่วยสร้างความไว้วางใจ และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ($p < .05$) ตามลำดับ และการศึกษาของ ไคลเบอร์, คราฟ-โรเซนเบอร์เกอร์ และ ฮาร์เปอร์ (Kleiber, Craft-Rosenberg, & Harper, 2001) เกี่ยวกับผลของการเบี่ยงเบนความสนใจโดยการให้ความรู้กับมารดา ในการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจในเด็กที่ได้รับการสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในเด็กอายุ 4-7 ปี จำนวน 44 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการดูวิดีโอเพื่อสอนการเบี่ยงเบนความสนใจ หลังจากนั้นให้มารดาเลือกของเล่นมาใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจเด็ก 1 อย่าง จาก 3 อย่าง คือ หนังสือ ของเล่นชิ้นเล็กๆ และ การเป่าฟองสบู่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .02$)

การศึกษาของ คาเวนเดอร์, กอฟ, โฮลลอน, และ กูทซ์เซททา (Cavender, Goff, Hollon, & Guzzetta, 2004) เกี่ยวกับผลของการจัดที่นั่งและการเบี่ยงเบนความสนใจในขณะที่ได้รับการเจาะเลือดและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมี 2 ท่า คือ เด็กนั่งหันข้าง (side sitting) ให้มารดาและเด็กนั่งหันหน้าอกชนกัน (chest to chest sitting) กับมารดา ในเด็กอายุ 4-11 ปี จำนวน 43 คน โดยให้เด็กเลือกอุปกรณ์เพื่อใช้เบี่ยงเบนความสนใจจาก 1 ใน 3 คือ การส่องกล้องคาไลโดสโคป หนังสือ I Spy: Supper Challenger book โดยผู้ปกครองถามเด็กถึงสิ่งที่ซ่อนอยู่ในหน้าต่าง และหนังสือ Thomas the Tank Engine's Big Lift and Look Book โดยกระตุ้นให้เด็กเปิดและหาสิ่งที่ซ่อนอยู่ในหนังสือ พบว่ากลุ่มทดลองมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในประเทศไทยมีการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการลดความกลัวของเด็ก โดยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ แต่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกิจกรรมจาก 5 กิจกรรมที่ให้มารดา

ปฏิบัติ และไม่มีการประเมินมารดาอย่างมีแบบแผนก่อนการมีส่วนร่วมเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 5 ได้ครบทุกกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาผลของการเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานของเด็กที่ได้รับหัตถการต่างๆ กัน

การเตรียมผู้ปกครอง

การเตรียมเด็กและผู้ปกครองสำหรับการทำหัตถการมีความจำเป็น เนื่องจากช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัยลดความกลัว เด็กให้ความร่วมมือ และเพิ่มทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับผู้ปกครองก็ต้องการการเตรียมเช่นเดียวกัน เพราะผู้ปกครองจะวิตกกังวลเกี่ยวกับหัตถการที่เด็กจะได้รับ ซึ่งอาจส่งผลไปถึงเด็กได้ (James, Ashwill, & Droske, 2002) ซึ่งการเตรียมเด็กและผู้ปกครองก่อนทำหัตถการมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่เด็กจะได้รับ มีวิธีการอย่างไร เด็กจะได้เห็น ได้ยิน ได้กลิ่นหรือต้องสัมผัสกับอะไรบ้างและต้องมีวิธีการอธิบายที่เหมาะสมกับระดับความรู้ความเข้าใจของเด็ก (Khan & Weisman, 2007) บ่อยครั้งที่ผู้ปกครองต้องการอยู่ด้วยระหว่างที่เด็กได้รับหัตถการ แต่ไม่รู้ว่าต้องช่วยเหลือเด็กอย่างไร ดังนั้นจึงมีการเตรียมผู้ปกครองด้วยเช่นกัน โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการที่เด็กจะได้รับ ซึ่งวิธีการสอนก็เป็นการให้ข้อมูลอีกทางหนึ่ง การสอนนั้นสามารถสอนผ่านวิธีการได้หลากหลาย เช่น การดูวิดีโอ การอ่านหนังสือ หรือคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยอธิบายรายละเอียดของข้อมูลได้ และพื้นฐานที่สำคัญในการสอนที่สำคัญมี 3 ประการ (Bowden & Greenberg, 2008) คือ

1. ความต่อเนื่อง ในการอธิบายต้องเรียงลำดับขั้นตอน และต้องอธิบายอย่างต่อเนื่อง โดยที่เนื้อหาของแต่ละขั้นตอนไม่ยาวจนเกินไป
2. การปฏิบัติ หลังจากที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการแล้ว ควรจะต้องได้รับการฝึกจนกว่าผู้เรียนจะเข้าใจ เพราะการฝึกปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เวลาปฏิบัติจริงผู้เรียนสามารถปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ได้และถูกต้อง
3. การประเมินผลย้อนกลับ ผู้สอนต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของผู้เรียน บอกถึงสิ่งที่ผู้เรียนทำดีแล้วและสิ่งที่ควรแก้ไข จนกระทั่งสามารถทำได้ดี

การให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยขณะที่เด็กได้รับหัตถการ และมีการเตรียมผู้ปกครองก่อนนั้น จะช่วยให้ ลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก เด็กให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้น ผู้ปกครองมีความรู้สึกพึงพอใจ เมื่อคงบทบาทของตัวเองรวมทั้งพึงพอใจที่ได้ดูแลเด็ก (Piira, Sugiura, Champion, Donnelly, & Cole, 2005) การฝึกผู้ปกครองเพื่อช่วยเด็กให้สามารถเผชิญกับสิ่งที่ถูกถามได้พบว่าระดับความทุกข์ทรมานของผู้ปกครองลดลง (Cohen, Blount, & Panopoulos, 1997) และการฝึกให้ผู้ปกครองเป็นผู้เบี่ยงเบน

ความสนใจก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถดึงดูดความสนใจขณะที่เด็กได้รับหัตถการที่เจ็บปวดได้ (American Academy of Pediatrics, 2001 as cited in McCarthy & Kleiber, 2006) เนื่องจากการให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจจะทำให้ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือเด็กได้ในทุกสถานที่และทุกเวลา เพราะการเบี่ยงเบนความสนใจมีประโยชน์ เช่น เป็นวิธีการที่สามารถทำได้ง่าย (McCarthy & Kleiber, 2006) ผู้ปกครองจะรู้ว่าเด็กที่ตนดูแลนั้นมีสิ่งใดที่สามารถดึงดูดความสนใจได้ และเมื่อผู้ปกครองได้เรียนรู้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจจะสามารถช่วยเหลือเด็กได้ในหลายสถานการณ์ (Kleiber, Craft-Rosenberg, & Harper, 2001)

การเสนอตัวแบบ

การเสนอตัวแบบ (Modeling) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรม ที่พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของเบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรม สามารถใช้ทั้งในการลดพฤติกรรม เพิ่มพฤติกรรม สร้างพฤติกรรมใหม่ๆ รวมทั้งใช้ปรับพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

ประเภทของตัวแบบ

ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตเห็น และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งมีข้อดี คือ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสถานการณ์ แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ (Bandura, 1997)

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกเสียง วิกิตทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง (Bandura, 1997) การเสนอตัวแบบด้วยวิธีเหล่านี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ และการแสดงพฤติกรรมให้เด่นชัด สามารถควบคุมผลพฤติกรรมของตัวแบบได้ ตัวแบบประเภทนี้สามารถนำมาเสนอในครั้งต่อไปได้ แต่ถ้าตัวแบบสัญลักษณ์ไม่สมจริงหรือขัดแย้งกับพฤติกรรมของตัวแบบในชีวิตจริง อาจทำให้ผู้สังเกตเกิดความสับสน ไม่เชื่อถือและอาจไม่เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการดังต่อไปนี้ (Bandura, 1997)

1. กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ซึ่งมีองค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านตัวแบบและองค์ประกอบด้านผู้สังเกต

2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญา ซึ่งกระบวนการนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง บุคคลจะต้องการแปลงข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไว้ในรูปของสัญลักษณ์ จดจำเป็นมโนภาพและเป็นคำพูดหรือสัญลักษณ์ทางภาษา และประสิทธิภาพของการเก็บจำขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการเลือกรับรู้พฤติกรรมของตัวแบบ วิธีการเก็บจำพฤติกรรมและวิธีการดึงเอาสิ่งที่จดจำไว้ออกมา

3. กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำที่เหมาะสม กระบวนการนี้จะมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่ทำได้

4. กระบวนการจูงใจ (motivational processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงออกถึงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ ซึ่งสิ่งจูงใจภายนอกต้องกระตุ้นการรับรู้ จำต้องได้และพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบนั้นสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ และสิ่งจูงใจที่บุคคลให้กับตนเองซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ของหรือการประเมินตนเอง

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจำเป็นต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการทั้ง 4 กระบวนการ เพราะถ้าขาดกระบวนการใดไปจะทำให้ผู้สังเกตไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบนั้นต้องมีการจัดรูปแบบขององค์ประกอบของการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ผู้สังเกตตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบจนสามารถนำมาเก็บจำและนำมาสร้างสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมต่างๆ ได้ รวมทั้งยังสามารถดึงสิ่งที่เก็บจำนั้นมาใช้ได้ภายหลัง ประกอบกับการจูงใจอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้สังเกตกระทำตามพฤติกรรมของตัวแบบได้ในที่สุด

ผลของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่ ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน ผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ สามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

2. การยับยั้ง (inhibition) หรือการยุติการยับยั้ง (disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ขึ้นอยู่กับผลกระทบเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้ว ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบเป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ มีแนวโน้มว่าผู้สังเกตจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น จะมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นพฤติกรรมดังกล่าว แล้วไม่ได้รับผลกระทบอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ หรือได้รับผลกระทบทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะมีมากขึ้น เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกยับยั้งนั้นได้ถูกการยุติการยับยั้งแล้ว

3. การช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ได้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา เนื่องจากการกระทำของตัวแบบที่ผู้สังเกตชื่นชอบ และยอมรับจะทำให้บุคคลกระทำตามได้ง่าย

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการเสนอตัวแบบ

ลักษณะของตัวแบบ มีแนวทางในการเลือกตัวแบบอย่างกว้างๆ ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1. ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะตัวแบบนั้นคล้ายคลึงกับตน จะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็น่าจะทำได้เหมือนกัน

2. ตัวแบบควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาผู้สังเกต แต่ไม่ควรมีชื่อเสียงมากเกินไปเพราะอาจทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าการแสดงออกที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่ากระทำตามได้

3. ระดับของความสามารถของตัวแบบ ควรมีระดับใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมากก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาไม่น่ากระทำตามได้ อาจทำให้ผู้สังเกตปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น ดังนั้นจึงควรเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือมีสภาพคล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อยๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

4. ตัวแบบควรมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับการสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

หลักการเสนอตัวแบบให้มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนในการพิจารณาการดำเนินการเสนอตัวแบบควรพิจารณาดังต่อไปนี้ (Striefel, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1. กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการจะให้ตัวแบบแสดงเพื่อให้บุคคลสังเกต และลอกเลียนแบบให้ชัดเจน
2. ความชัดเจนของพฤติกรรม พฤติกรรมที่แสดงออกจะต้องสังเกตเห็นได้ วัดได้ โดยที่ใช้คนตั้งแต่ 2 คน สามารถสังเกตและเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมนั้นเกิดหรือไม่เกิด
3. ต้องแน่ใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้น ต้องอยู่ภายในระดับความสามารถของผู้สังเกต เพราะอาจทำให้เกิดความคับข้องใจในการเรียนรู้ของผู้สังเกตได้
4. พฤติกรรมที่จะให้บุคคลลอกเลียนแบบนั้น ควรเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ดูง่าย ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนอาจแยกออกเป็นพฤติกรรมย่อยๆ จากนั้นอาจใช้คำพูดชี้แนะได้ ซึ่งการทำเช่นนี้จะทำให้การลอกเลียนแบบเกิดได้ง่ายขึ้น
5. ต้องแน่ใจว่าผู้สังเกตตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบอย่างแท้จริง
6. ต้องแน่ใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นชัดเจนและกระทำสม่ำเสมอ
7. เมื่อผู้สังเกตตัวแบบลอกเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ถูกต้อง หรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมของตัวแบบ จะต้องให้การเสริมแรงผู้ที่ลอกเลียนแบบทันที
8. ควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต พร้อมทั้งให้มีความเด่น ตลอดจนสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะให้ลอกเลียนแบบได้อย่างคล่องแคล่วด้วย
9. ต้องแน่ใจว่า ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบจะต้องไม่ควบคุมความสนใจของผู้สังเกตตัวแบบด้วยวิธีการที่รุนแรง เช่น ดึงหรือคว้า เป็นต้น

การเบี่ยงเบนความสนใจโดยบิดามารดาเพื่อลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารนำทางหลอดเลือดดำ

การลดความกลัวจากการได้รับหัตถการการรักษาพยาบาลในเด็กโดยบิดา มารดามีความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญ เพราะบิดา มารดาเป็นบุคคลที่เด็กใกล้ชิดและไว้วางใจมากที่สุด บิดา มารดาจะเข้าใจความต้องการของเด็กมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ สามารถสื่อสารกับเด็กได้ดี ส่งผลดีต่อเด็ก คือ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความกลัวจากสิ่งแวดล้อมไม่คุ้นเคย และลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก เด็กให้ความร่วมมือมากขึ้น และช่วยให้บิดามารดาารู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งช่วยลดความวิตกกังวล ตกใจกลัวของบิดา มารดาได้ เพราะบิดา มารดาจะได้รับทราบการรักษาพยาบาลของเด็ก โดย

การให้บิดา มารดาเบี่ยงเบนความสนใจเด็ก ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการหันเหความสนใจจากสิ่งกระตุ้นหนึ่ง ไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจมากกว่า โดยการเบี่ยงเบนความสนใจ เกิดจากการรับรู้จากประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น การได้มองเห็นทางตา การได้ยินทางหู จากการได้สัมผัส และทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งสามารถลดความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการได้รับสิ่งกระตุ้นได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจโดยการให้บิดามารดาเป็นผู้เบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมบิดา มารดา คือการเตรียมความพร้อมของบิดาหรือมารดา เพื่อสร้างความมั่นใจในการเบี่ยงเบนความสนใจเด็ก โดยการเตรียมบิดาหรือมารดาในเรื่องการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุปกรณ์ที่ใช้ ขั้นตอนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผ่านวิดิทัศน์ที่มีตัวแบบซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ที่ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจเด็กขณะที่เด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยของเล่น ที่บิดาหรือมารดาและเด็กเป็นผู้เลือกเอง ซึ่งเป็นของเล่นที่มีภาพ เสียงและ มีสีสันสดใส โดยมีให้เลือกทั้งหมด 5 ชิ้น ได้แก่ เกมกดแบบพกพา คอมพิวเตอร์เด็กเล่น รถยนต์ที่มีแสงเสียง กีตาร์ที่กดแล้วมีเสียงดนตรีและหนังสือมีเสียง หลังจากนั้นจะให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติการเบี่ยงเบนความสนใจโดยเลือกของเล่นที่เด็กสนใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้บิดาหรือมารดาได้ซักถาม ใช้เวลาในการเตรียมประมาณ 15 นาที

2. ขั้นตอนการปฏิบัติขณะแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขณะที่เด็กนอนบนเตียงก่อนพยาบาลแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้บิดาหรือมารดาเบี่ยงเบนความสนใจโดยเปลี่ยนจุดสนใจของเด็กจากการแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยของเล่นที่เลือกไว้ โดยมีผู้วิจัยคอยเป็นผู้ชี้แนะถ้าบิดาหรือมารดาลืมขั้นตอนในการปฏิบัติ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเตรียมบิดา มารดาด้วยวิดิทัศน์จะช่วยให้บิดา มารดาได้รับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม รับรู้และเกิดการเรียนรู้ที่เป็นจริงใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง เพราะเนื้อหาที่ได้รับคงที่ ได้รับข้อมูลไม่คลาดเคลื่อน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการฝึกซ้อมก่อนการปฏิบัติ จะช่วยให้บิดา มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น และอาจส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนลดพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เกิดความร่วมมือในการทำหัตถการอีกด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่เกิดจากจินตนาการและความคิดเป็นรูปธรรม เมื่อเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อร่างกายทำให้เกิดความเจ็บปวด และกระทำโดยบุคคลแปลกหน้า ในสถานที่และอุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เด็กเกิดความกลัว และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

การให้บิดาหรือมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการเบี่ยงเบนความสนใจเด็ก เป็นการหันเหความสนใจของเด็กจากการแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไปสู่ของเล่นที่เด็กสนใจ และการให้บิดาหรือมารดาเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและเกิดความมั่นคงด้านจิตใจ เพราะบิดาหรือมารดาเป็นผู้ที่เด็กใกล้ชิดและไว้วางใจมากที่สุด โดยการให้ข้อมูลแก่บิดาหรือมารดาผ่านสื่อวีดิทัศน์ ที่มีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นขณะเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่งเสริมให้บิดาหรือมารดารับรู้ข้อมูลและจดจำได้ดีขึ้น และได้รับประสบการณ์ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง รวมทั้งให้บิดาหรือมารดาฝึกปฏิบัติการเบี่ยงเบนความสนใจโดยเลือกของเล่นที่เด็กสนใจ อาจส่งผลให้เด็กเกิดการรับรู้ความกลัวลดลงจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ ลดความกลัวการแยกจาก และช่วยลดปฏิกิริยาการต่อต้านของเด็ก และแสดงพฤติกรรมความกลัวต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำลดลง