

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้น
ที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม
**DEVELOPMENT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT
PROGRAM WITH PARENTS INVOLVED FOR EARLY
ADOLESCENTS WITH GAMING DISORDER**

กัญญา โยสรพวงศ์, พย.ม. (Pinyo Itsarapong, MNS.)*

ณฐา ชินนาค, พย.บ. (Natha Chinnak, RN.):**

รัตติยา พัฒกุล, พย.บ. (Rattiya Bhathaku, RN.):**

Abstract

Objectives: 1) To develop the Aggressive Behavior Management (ABM) Program with parents involvement for early adolescents with gaming disorder, 2) To compare the level of aggression between a group joining the program and a group receiving regular nursing care.

Methods: This research and development was based on a 5 steps approach of van Meijel et. al. (2004). The participants were 60 early adolescents with gaming disorder and their parents and were assigned to the experimental group receiving the ABM program and the control group receiving regular nursing care. The ABM program was built based on Gross (1998)'s concept. Data were analyzed by using repeated measures ANOVA.

Results: The results of the acceptance assessment and likelihood of implementing the

ABM program were very good. Results from the program testing showed that the aggressive behavior score of the experimental group after the end of the program was statistically and significantly less than that of the control group receiving regular nursing care ($F = 13.51, p < .01$). Also, the aggressive behavior scores of the experimental group within 1-month and 3-month follow-up period after the end of the program ($F = 65.71, p < .001$) were less than that before joining the program with a statistical significance.

Conclusion: Development of the ABM program with parent involvement was accepted and was assessed that it could actually be used to reduce aggressive behavior and enhance well-being of early adolescents with gaming disorder.

Keywords: Aggressive behavior, Early adolescents,

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (Registered Nurse, Senior Professional Level, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute), E-mail: goodboy5204@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (Registered Nurse, Professional Level, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute)

วันที่รับ (received) 7 กันยายน 2563 วันที่แก้ไข (revised) 9 พฤศจิกายน 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 มีนาคม 2564

Gaming disorder, Program development, Parents involvement

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมสำหรับวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนา (Research & Development; R&D) นี้ใช้แนวทางของ van Meijel และคณะ (2004) 5 ขั้นตอน โดยกลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมจำนวน 60 คน พร้อมผู้ปกครองแบ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวพัฒนาจากแนวคิดของ Gross (1998) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา: ผลการประเมินการยอมรับและความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวไปใช้อยู่ในระดับดีมาก ผลลัพธ์จากการทดสอบโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ($F = 13.511, p < .01$) เช่นเดียวกับคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($F = 65.707, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติ

พฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ได้รับการยอมรับและประเมินแล้วว่าสามารถนำไปใช้ลดความก้าวร้าวและส่งเสริมสุขภาพะของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมได้จริง

คำสำคัญ: พฤติกรรมก้าวร้าว วัยรุ่นตอนต้น โรคติดเกม การพัฒนาโปรแกรม ผู้ปกครองมีส่วนร่วม

ความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม หรือ โรคติดเกม (Gaming Disorder) ไว้ในคู่มือวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ “International Classification of Diseases 11th revision” (World Health Organization [WHO], 2018) ซึ่งตามคู่มือวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 (DSM-5) ระบุว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมเล่นเกมที่ผิดปกติมักจะมีอาการบ่งชี้ในการควบคุมการเล่นของตนเอง อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการเล่นเกมของตนเอง อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการเล่นเกมมากเกินไปจนขาดความสนใจกิจกรรมอื่น ๆ และยังคงต้องการที่จะเล่นเกมต่อไปแม้ว่าจะมีผลกระทบตามมาจนเกิดปัญหาในชีวิต (APA, 2013) โดยผลสำรวจของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ในปี 2556 พบว่ามีเด็กติดเกมมากถึง 2.5 ล้านคน จากจำนวนเด็ก 18 ล้านคน ทั่วประเทศ เพิ่มขึ้นมาถึงร้อยละ 14.4 เมื่อเทียบกับปี 2555 จัดได้ว่าอยู่ขั้นวิกฤตและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการติดเกมรายใหม่ 129 ราย ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า จากปี 2559 (สถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2566) แสดงให้เห็นว่าโรคติดเกมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เรื่อย ๆ โดยสาเหตุของพฤติกรรมการติดเกมมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ อาทิเช่น ลักษณะนิสัย ระยะเวลาหรือความถี่ในการเล่น การละเลยกิจกรรมที่ทำร่วมกันในครอบครัว การมีเพื่อนที่ชอบเล่นเกม ร้านเกมใกล้บ้านและโรงเรียน เป็นต้น (วรณากุลกิจโกวินท์, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, พิศาสัน เตชะเกษม, ชาญวิทย์ พรนภดล, และบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมมีความต้องการเล่นเกมมากขึ้นเรื่อย ๆ มักใช้เวลาในการเล่นเกมอย่างต่ำวันละ 3 ชั่วโมง ติดต่อกันนานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และให้ความสนใจต่อเกมมากกว่าสิ่งอื่น ๆ (ขวัญจิต เพ็งแป้น, 2560) แม้ว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมส่วนใหญ่ มีความพยายามที่จะลดหรือเลิกเล่นเกม แต่ก็ไม่สามารถควบคุมตัวเองให้หยุดเล่นเกมได้ ทั้ง ๆ ที่ทราบถึงผลเชิงลบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา (สุภาวดี เจริญวานิช, 2557) โดยผลกระทบจากอาการติดเกมที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนคือ “พฤติกรรมก้าวร้าว” (Charoenwanit, 2015) อาจแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ ตามแนวคิดของ Yudofsky และคณะ (1986) ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา เช่น การตะโกน การสบถคำหยาบคาย 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง เช่น ตี/ตีขมตนเอง ชกกำแพง กรีดข้อมือ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น เช่น ข่มขู่หรือทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บและ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน เช่น ขว้างปาข้าวของ เป็นต้น โดยผลการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมติดเกมมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น (Greitemeyer & Mugge, 2014) พฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นผลมาจากการเลียนแบบ

เกมที่ตนเองเล่นอยู่แล้วนำมาใช้ในชีวิตจริง หรือการเล่นเกมที่รุนแรงเป็นเวลานานจนทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ การแปลความหมาย และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทางก้าวร้าวมากขึ้นจนเกิดเป็นความเคยชิน ยิ่งไปกว่านั้น บุคคลอาจแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อถูกขัดขวางไม่ให้เล่นเกม หรือไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองจนได้ จนนำไปสู่การใช้ความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (Lee et al., 2015) ดังนั้นการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีอาการติดเกมไม่ให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากไปกว่านี้

แม้ว่างานวิจัยในต่างประเทศจะมีโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น โปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน (Problem-Solving Skills Training; PPST) (Kazdin, Siegel, & Bass, 1992) โปรแกรมฝึกทักษะการเจรจาต่อรองและการประนีประนอมกับบุตรหลานของผู้ปกครอง (Parent Management Training; PMT) (Kazdin et al., 2008) และโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการความโกรธของวัยรุ่นเพื่อปรับมุมมองความคิดและปัญญา (Teen Anger Management Education; TAME) (Feindler & Gerber, 2012) รวมถึงในประเทศไทย มีโปรแกรมเข้าค่ายศิริราชบำบัด (Siriraj Therapeutic Residential Camp; S-TRC) ของ Pornnoppadol และคณะ (2018) ที่พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนการติดเกมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม โปรแกรมฯ ดังกล่าวไปข้างต้นยังไม่ใช่การบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยวัยรุ่นติดเกมแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเพียงการบำบัดอาการโดยรวม ร่วมกับการฝึกอบรมการจัดการของผู้ปกครอง

เท่านั้น ทั้งนี้ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีหน้าที่หลักในการบำบัดและพัฒนากระบวนการด้านจิตเวชให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กและวัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นติดเกม ถึงร้อยละ 80 และผู้ปกครองส่วนใหญขาดความรู้และทักษะที่ใช้จัดการหรือดูแลบุตรหลานที่ติดเกมและมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคติดเกมได้เข้ามารับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสวนทางกับอัตราค่าลงที่มีจำกัดของพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการพยาบาลในปัจจุบันเป็นเพียงการให้สุขภาพจิตศึกษาและช่วยเหลือตามสภาพปัญหาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ยังไม่มีการบำบัดทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจน ดังนั้น หากมีการบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติเล่นเกมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเฉพาะ อาจช่วยลดปัญหาที่กล่าวไปข้างต้น การพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมตามแนวทางของ van Meijel และคณะ (2004) จะเป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ต่อการวิจัยทางการพยาบาลที่ช่วยสร้างองค์ความรู้และตอบโจทย์การแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอารมณ์ของ Gross (1998) ในการสร้างกิจกรรมฝึกทักษะการตีความ การสื่อสาร การควบคุมและการเลือกแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าวัยรุ่นที่สามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบได้ดีมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ (Sullivan, Helms, Kliever, & Goodman, 2010)

อีกทั้ง ทักษะของผู้ปกครองและความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกในครอบครัว ยังมีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมการเสพติดต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเกม (Keijsers, 2016)

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่มที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมกับวัยรุ่นติดเกมนั้น น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัวที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เพราะประสบการณ์กลุ่มมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกทั้งในด้านอาการและความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Yalom, 1995) นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลจิตเวช ในการบำบัดกลุ่มโรคที่สำคัญและมีปัญหาซับซ้อน ตามหลักวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นสมรรถนะหนึ่งในการแสดงถึงเชี่ยวชาญในบทบาทวิชาชีพพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญขั้นสูง เพื่อนำไปปฏิบัติในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นติดเกม ให้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน โดยตอบสนองผลลัพธ์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีคุณภาพมาตรฐานตามวิชาชีพรวมทั้งสามารถนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดโรคติดเกมในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

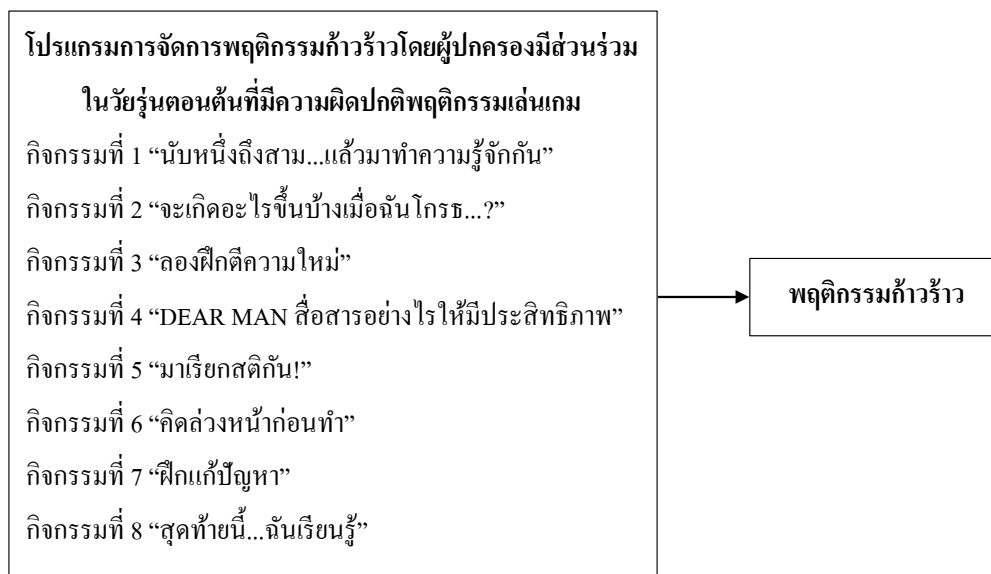
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความก้าวร้าวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และติดตามประเมินผลในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ตามแนวความคิดการจัดการกับอารมณ์ของ Gross (1998) ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม มี 4 องค์ประกอบ คือ การเลือกเผชิญต่อสถานการณ์ การจัดการกับสถานการณ์ การเลือกจดจ่อต่อ

สถานการณ์ และการเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ และได้มีโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การจัดการความก้าวร้าวของแต่ละบุคคล/ ครอบครัว รวมถึงสามารถนำขั้นตอนกิจกรรมต่างๆ ไปฝึกปรับใช้ให้เกิดความเข้าใจ ระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรมากขึ้น อันจะส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยวัยรุ่นตอนต้นที่เป็นโรคติดเกมลดลง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ใช้แนวทางในการพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรมตามกรอบแนวคิดของ van Meijel และ

คณะ (2004) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การกำหนดปัญหา

ผู้วิจัยประชุมร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อกำหนดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางการพยาบาลพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาหลักของเด็กและวัยรุ่นตอนต้นที่มีพฤติกรรมติดเกมโดยส่วน

ใหญ่เกิดจากการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ นำมาซึ่งข้อสรุปในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม เพื่อลดปัญหาดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 2: การสำรวจความต้องการเนื้อหา และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมฯ

หลังจากได้ข้อสรุปร่วมกันแล้ว จึงดำเนินการสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การทบทวนวรรณกรรม (literature review) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเกม พฤติกรรมก้าวร้าวแนวทางการจัดการอารมณ์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมฯ

2.2 การวิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกมที่เข้ามารับบริการบำบัดทางกายภาพ จำนวน 30 แพ้ม พบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม ร้อยละ 80 มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยร้อยละ 4.21 มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 17.35 มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ร้อยละ 36.65 มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และร้อยละ 41.79 มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุและปัญหาของผู้ป่วยวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น

2.3 การวิเคราะห์ความต้องการ (need analysis) ผู้วิจัยวิเคราะห์ความต้องการการสร้างโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้การ

สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับวัยรุ่นที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกมและผู้ปกครอง จำนวน 10 คู่ พบว่าวัยรุ่นและผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นด้วยและรู้สึกสนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือบุตรหลานให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

2.4 การวิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน (practice analysis) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การปฏิบัติงานเพื่อสรุปผลการพยาบาลวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมในปัจจุบัน โดยสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน พบว่าปัญหาในการปฏิบัติงาน คือมีผู้เข้ารับบริการจำนวนมากแต่จำนวนพยาบาลปฏิบัติงานที่ผ่านการประเมินสมรรถนะในการบำบัดเฉพาะด้านมีเพียงร้อยละ 30 ของพยาบาลทั้งหมดในสถาบันฯ จึงทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการรอบำบัดนานถึง 2 เดือน ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมแบบกลุ่มอาจช่วยส่งเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน ทำให้เข้าใจกันมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและการจัดการทรัพยากรบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัด

ขั้นตอนที่ 3: การออกแบบโปรแกรมฯ

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์ปัญหาความต้องการ และการปฏิบัติงานของบุคลากรในปัจจุบันแล้ว จึงได้ข้อสรุปของกรอบแนวคิดการวิจัยที่นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกม โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม โดยในโปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม (1 กิจกรรม/1 ครั้ง) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ มีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องตามแนวคิดการ

จัดการกับอารมณ์ของ Gross (1998) 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การเลือกเผชิญต่อสถานการณ์ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เข้าใจกระบวนการเกิดอารมณ์โกรธ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้สามารถเลือกที่จะเผชิญหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 6 องค์ประกอบที่ 2 การจัดการกับสถานการณ์ เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่อาจส่งผลให้เกิดอารมณ์โกรธจนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีการฝึกการสื่อสาร และฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 7 องค์ประกอบที่ 3 การเลือกจดจ่อต่อสถานการณ์ เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดอารมณ์โกรธจนมีแนวโน้มที่จะแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 5 และองค์ประกอบที่ 4 การเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการตีความสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ไปในเชิงไม่ก้าวร้าว คือ กิจกรรมที่ 3

ขั้นตอนที่ 4: การตรวจสอบความตรงของโปรแกรมฯ

หลังจากได้โปรแกรมฯ ฉบับร่างแล้ว ผู้วิจัยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse; APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยาที่มีเชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง

พบว่าโปรแกรมฯ มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 8 คู่ พบว่า สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม และมีการทดลองใช้โปรแกรมโดยให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และผ่านการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 10 คน ประเมินความเป็นไปได้และความสามารถในการนำแต่ละกิจกรรมไปใช้ ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบ 2 คำตอบให้เลือกระหว่างยาก-ง่ายและนำไปใช้ได้-นำไปใช้ไม่ได้พบว่าร้อยละ 70-100 ระบุว่ากิจกรรมมีความง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริง อีกทั้งประเมินการยอมรับโปรแกรมฯ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ พอใจ -ไม่พอใจ ชอบ -ไม่ชอบ ดี -ไม่ดี สะดวก -ไม่สะดวก และใช้ได้ -ใช้ไม่ได้เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 = (ไม่พอใจ) อย่างยิ่ง จนถึง 4 = (พอใจ) อย่างยิ่ง ใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยผลพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.10 - 3.90 ซึ่งอยู่ในระดับดีถึงดีมาก

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงของโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 5

ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 5 ของการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) เพื่อเปรียบเทียบ

ระดับคะแนนความก้าวร้าวของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามประเมินผล 1 เดือน และ 3 เดือน

ประชากร คือ วัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 10 - 14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่ามีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) และผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เป็นผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) วัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 10 - 14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่ามีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมตาม DSM-5 มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และมีคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในระดับน้อย (2 - 19 คะแนน) จนถึงปานกลาง (20 - 38 คะแนน) สามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 2) ผู้ปกครอง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับวัยรุ่นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม มีหน้าที่ดูแลโดยตรงและสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งไม่ได้รับคำตอบแทนใด ๆ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .90 ซึ่งคำนวณค่าจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน (จารุวรรณ ลิ้มไพบูลย์, ปาหนัน พิชยภิณูญ, และสุรินทร์ กลัมพากร, 2554) กำหนดอำนาจการทำนายที่ .80 (Burns & Grove, 2005) และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน มีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10

เพื่อป้องกันแนวโน้มกลุ่มตัวอย่างที่อาจสูญหาย จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นตอนต้นทั้งหมด 64 คน และผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างอีก 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ได้ถอนตัวระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงทำให้มีวัยรุ่นตอนต้นที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จนจบกระบวนการเพียง 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามเอกสารรับรองเลขที่ CAMRI-IRB-2563/003 โดยกลุ่มตัวอย่างได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตลอดแนวทางแก้ไข การเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทั้งวัยรุ่นตอนต้นและผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ เป็นบุตรลำดับที่อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเกมครั้งแรก การรักษาด้วยยา ชั่วโมงเฉลี่ยในการเล่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อถูกห้ามไม่ให้เล่นเกมและเมื่อถูกขัดใจ และข้อมูลผู้ปกครอง

ประกอบด้วย เพศอายุ ความเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นตอนต้น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
ฉบับภาษาไทยของพิกุลทอง กัลยา และจินตนา ยูนิพันธ์ (2559) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของกัญญาวีร์ บุญเสนันท์ (2554) ปรับปรุงมาจากมาตรวัด The Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อเป็นการประเมินพฤติกรรมรุนแรงทางวาจาทางกายและต่อสิ่งของแบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แล้วนำคะแนนมารวมกัน มีคะแนนเต็ม 57 คะแนน แบ่งระดับตามช่วงคะแนน ได้แก่ 2 - 19 คะแนน คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย 20 - 38 คะแนน คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง และ 39 - 57 คะแนน คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงจากผู้สังเกต 2 คน (inter-rater reliability) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง เท่ากับ .95

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับอารมณ์ของ Gross (1998) มีทั้งหมด 8 กิจกรรม ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และ

มีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 8 คู่ก่อนนำไปใช้จริง

2.2 แบบวัดความสามารถของผู้ปกครอง
ในการนำกิจกรรมไปใช้ที่บ้านเป็นเครื่องมือสำหรับการทดลอง เพื่อตรวจสอบว่าผู้ปกครองสามารถนำความรู้และเทคนิคที่ได้จากการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมไปใช้กับบุตรหลานขณะอยู่บ้านได้หรือไม่ โดยให้ผู้ปกครองเลือกตอบ 1 คำตอบ วิธีการประเมิน ดังนี้ (1) หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ (2) หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ระบุปัญหาและสาเหตุ เพื่อที่ผู้วิจัยและผู้ปกครองจะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมจนสามารถปฏิบัติได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยเตรียมผู้บำบัดหลักสำหรับทำกลุ่มตามโปรแกรมจำนวน 4 คน และจัดเตรียมสถานที่ สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรวมถึงเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และให้ผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นตอนต้นก่อนการทดลอง (pre - test)

2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การรับเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นใช้การจับคู่ที่ละคู่ (matched pair) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และ 4) ระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับสลากเพื่อแบ่งเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ 1) **กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่พยาบาล

แผนกผู้ป่วยนอกจัดบริการให้ ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม การให้คำแนะนำแก้ไขปัญหของแต่ละคน การให้ความรู้ผู้ปกครองในการใช้ยา พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และ 2) กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมฯ ในวันพุธกับวันศุกร์ และกลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมฯ ในวันอังคารกับวันพฤหัสบดี

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม (post-test) และนัดติดตามประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว 1 เดือน และ 3 เดือน ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนานำมาแจกแจงความถี่คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยการ

วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

วัยรุ่นตอนต้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน อายุระหว่าง 10 - 14 ปี ($M = 12.62$, $SD = 1.21$) เป็นเพศชาย 54 คน และเพศหญิง 6 คน ส่วนใหญ่เล่นเกมเฉลี่ย 6 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาคือ 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 18.3 นอกจากนี้ร้อยละ 28.3 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าติดเกมตั้งแต่อายุ 12 ปี สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เป็นเพศชาย 6 คน และเพศหญิง 54 คน อายุระหว่าง 39 - 64 ปี ($M = 48.78$, $SD = 4.49$) เป็นมารดาของวัยรุ่นตอนต้น ร้อยละ 75 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 45 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.3 โดยส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 76.7

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นตอนต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ($M = 23.10$, $SD = 4.96$) และกลุ่มควบคุม ($M = 22.33$, $SD = 5.42$) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .57$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีรวมถึงระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน พบว่า คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($F(1,58) = 13.511$, $p < .01$) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43, $p < .01$) และพบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($F(1.768, 102.532) = 65.707$, $p < .001$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่ามีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F(1.768, 102.532) = 54.452$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p - value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1174.838	1	1174.837	13.511	.001
ความคลาดเคลื่อน	5043.375	58	86.955		
ภายในกลุ่ม (เวลา)					
เวลา	666.346	1.768	376.936	65.707	.000
เวลา*กลุ่ม	552.213	1.768	312.373	54.452	.000
ความคลาดเคลื่อน (เวลา)	588.192	102.532	5.737		

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นตอนต้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ได้แก่ (1) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที (คู่ที่ 1) (2) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล 1 เดือน (คู่ที่ 2) (3) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล 3 เดือน (คู่ที่ 3) (4) หลังสิ้นสุด

โปรแกรมฯ ทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (คู่ที่ 4) (5) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน (คู่ที่ 5) (6) ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน (คู่ที่ 6) พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 5 คู่ ได้แก่ คู่ที่ 1, 2, 3, 5, และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นตอนต้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	SE	p - value
T0	T1	4.333*	.793	.000
	T2	3.767*	.707	.000
	T3	2.817*	.699	.000
T1	T2	-.567	.277	.136
	T3	-1.517*	.433	.000
T2	T3	-.950*	.409	.007

หมายเหตุ: T0 = ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ, T1 = หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที, T2 = ติดตามผล 1 เดือน, T3 = ติดตามผล 3 เดือน

การอภิปรายผลวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกมโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม พบว่าผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ได้รับการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมฯ จากพยาบาลอยู่ในระดับดีถึงดีมากและกิจกรรมทั้งหมดมีความง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่พัฒนาตามขั้นตอนของ van Meijel และคณะ (2004) ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหา โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์ความต้องการ และวิเคราะห์การปฏิบัติในปัจจุบัน จนได้ข้อสรุปว่าแนวการจัดการกับอารมณ์ของ Gross (1998) ที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ก่อนการตอบสนอง 4 องค์ประกอบ คือ การเลือกเผชิญต่อสถานการณ์ การจัดการกับสถานการณ์ การเลือกจดจ่อต่อสถานการณ์ และการเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด ถือเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยลดการเกิด

พฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Robertson, Daffern, & Bucks, 2012)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง รวมถึงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทำให้ได้ทบทวนและวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธหรือไม่พึงพอใจ จนเข้าใจสาเหตุและรับรู้ถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อได้รับการฝึกวิธีการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถระงับความรู้สึกหรืออารมณ์เชิงลบที่กำลังจะแสดงออกมาได้ดีขึ้น มีการเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดด้วยการฝึกทักษะการตีความสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ไปในเชิงบวก รวมถึงการตัดสินใจเลือกที่จะเผชิญ

หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (Gross & Thompson, 2007) เป็นผลทำให้สถานการณ์ไม่รุนแรงมากไปกว่าเดิม เพราะบุคคลสามารถฝึกและพัฒนาการจัดการกับอารมณ์ด้วยความตั้งใจ และนำไปใช้จัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน (Mauss, Bunge, & Gross, 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งระบุว่าวัยรุ่นที่สามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบได้อย่างเหมาะสม มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ (Sullivan et al., 2010)

นอกจากนี้ ผู้ปกครองของวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดได้ประเมินความสามารถของตนเองในการนำกิจกรรมไปใช้กับวัยรุ่นติดเกมขณะอยู่ที่บ้านว่าสามารถปฏิบัติได้จริง อาจเนื่องมาจากการให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ทักษะในการฝึกปฏิบัติร่วมกับวัยรุ่นตอนต้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้มีช่วงเวลาในการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างการบำบัดกลุ่ม ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับครอบครัวอื่นที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลวัยรุ่นตอนต้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้โปรแกรมฯ ที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมนั้นเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดมากขึ้น (Kazdin, 2008) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Apisitwasana, Perngparn, and Cottler (2018) ที่ได้สร้างโปรแกรมการจัดการควบคุมตนเองโดยโรงเรียนและผู้ปกครองมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการติดเกมผลพบว่า กลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถจัดการควบคุมตนเองได้ดีขึ้นและเล่นเกมน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมและกำหนดวิธีการถ่ายทอดโปรแกรมฯ นี้ให้แก่พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รวมถึงขยายการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ไปยังเขตพื้นที่อื่นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้ารับบริการพยาบาลทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาวีร์ บุญแสนนท์. (2554). *ผลของพฤติกรรมบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญจิต เพ็งแป้น. (2560). การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์. *วารสารราชานันต์วัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(1), 16-30.
- จารุวรรณ ลิ้มไพบูลย์, ปาหนัน พิษขยัญญู, และสุรินทร์ กลัมพากร. (2554). ผลของโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19(1), 160-170.
- พิกุลทอง กัลยา และจินตนา ยูนิพันธ์. (2559). *ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรุณา กลกิจโกวินท์, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, พิสาสน์ เตชะเกษม, ชาญวิทย์พรนภดล, และ

- บุษบา สุภวัฒน์ธนบดี. (2558). การติคเกมส่คอมพิวเตอร่ ป้จยัเส่ียงและป้จยัป้องกันของเด่กนักรเรียนในเขตคูสิตกรุงเทพมหานคร. *วชิรเวชสาร*, 9(3), 1-13.
- สถาบันสุขภาพจิตและวัยร่น. *บทวิเคราะห้งานวิจัยสถานการณั้เด่กติคเกม มิถุนายน 2556*. สื่บค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2562, จาก https://new.smartteen.net/_admin/filedownloadlist/FM-441-1559223711.pdf
- สุภาวดี เจริญวานิช. (2557). พฤติกรรมการติคเกม: ผลกระทบและการป้องกัน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 22(6), 871-879.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. p. 796
- Apisitwasana, N., Perngparn, U., & Cottler, L. B. (2018). Effectiveness of school-and family-based interventions to prevent gaming addiction among grades 4-5 students in Bangkok, Thailand. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 103-115.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Charoenwanit, S. (2015). *Correlation between violent games and aggressive behaviors in adolescents*. Research Administration Division, Thammasat University.
- Feindler, E. L., & Gerber, M. F. (2012). *Youth anger management treatment for school violence prevention*. In S. R. Jimerson & M. Furlong (Eds.), *Handbook of school violence and school safety: From research to practice* (p. 353-363). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Greitemeyer, T., & Mügge, D. O. (2014). Video games do affect social outcomes: A meta-analytic review of the effects of violent and prosocial video game play. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(5), 578-589.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224- 37.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual foundations, Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733.
- Kazdin, A. E. (2008). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Keijsers, L. (2016). Parental monitoring and adolescent problem behaviors: How much

- do we really know?. *International Journal of Behavioral Development*, 40(3), 271-281.
- Lee, J., Lee, S., Chun, J. W., Cho, H., Kim, D. J., & Jung, Y. C. (2015). Compromised prefrontal cognitive control over emotional interference in adolescents with internet gaming disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(11), 661-668.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 146-167.
- Pornnoppadol, C., Ratta-apha, W., Chanpen, S., Wattananond, S., Dumrongrungruang, N., Thongchoi, K., ... & Vasupanrajit, A. (2018). A comparative study of psychosocial interventions for internet gaming disorder among adolescents aged 13-17 years. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17.
- Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 72-82.
- Sullivan, T. N., Helms, S. W., Kliewer, W., & Goodman, K. L. (2010). Associations between sadness and anger regulation coping, emotional expression, and physical and relational aggression among urban adolescents. *Social Development*, 19(1), 30-51.
- van Meijel, V. B., Gamel, C., van Swieten-Duijffjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence based nursing interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 84-92.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Inclusion of "gaming disorder" in ICD-11*. Geneva: World Health Organization, from <https://www.who.int/news/item/14-09-2018-inclusion-of-gaming-disorder-in-icd-11>
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic books (AZ).