

EFFECT OF THE MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM WITH PARENTAL PARTICIPATION ON GAME ADDICTION BEHAVIORS OF ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS*

*Sirinat Boontawee, B.N.S. **, Hunsu Sethabouppha, Ph.D. ***, Kwaunpanomporn Thummathai, Ph.D. *****

Abstract

Objective: This quasi-experimental research aimed to study the effects of the Motivational Interviewing program with parental participation on game behaviors of adolescents with attention deficit hyperactivity disorders (ADHD).

Methods: The samples consisted of 28 adolescents with ADHD. The instruments consisted of 1) the Personal Information Questionnaires 2) the Gaming Addiction Test (GAST), and 3) the Motivational Interviewing program with parental participation developed by the researchers based on the Motivational Interviewing (MI) concept of Miller and Rollnick (2002). This program consisted of five sessions, 30 - 45 minutes per session, once a week. Data were analyzed by descriptive statistics: dependent t-test and independent t-test.

Results: 1) The mean score of game addiction behaviors among the experimental group after the treatment was lower than before the treatment with statistical significance ($p < .01$). 2) The mean score of game addiction behavior among the experimental group after treatment was lower than that of the control group with statistical significance ($p < .01$).

Conclusion: The results of this study demonstrated that the MI program with parental participation on game addiction behaviors of adolescents with ADHD can reduce these behaviors in this group. Therefore, this program can be therapy and an alternative treatment for game addiction behaviors of adolescents with ADHD.

Keywords: motivation interviewing, game addiction behaviors, adolescents, attention-deficit hyperactivity disorder

**Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

***Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

****Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: hunsu.s@cmu.ac.th*

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

Received: 15 July 2023, Revised: 13 October 2023, Accepted: 20 October 2023

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมติดยาของวัยรุ่นสมารถสัน*

สิรินา บุญทวี, พยบ. **, หรรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D. ***, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดยาของวัยรุ่นสมารถสัน

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นสมารถสัน 28 คน ที่มีพฤติกรรมติดยา สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (14 คน) และกลุ่มควบคุม (14 คน) โดยวิธีจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 30 - 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบการคิดเกม (GAST) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่า ที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติค่า ที ชนิด 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดยาของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุป : โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ช่วยลดพฤติกรรมติดยาของวัยรุ่นสมารถสันได้ จึงควรนำไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดวัยรุ่นสมารถสันที่มีพฤติกรรมติดยา

คำสำคัญ : การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมติดยา, วัยรุ่น, สมารถสัน

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: hunsa.s@cmu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 15 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 13 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 20 ตุลาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเกมสูงกว่าเด็กปกติทั่วไป (Carli et al., 2013) เนื่องจากมีความบกพร่องของสมาธิ (attention deficit) ขาดการจดจ่อ (inattentiveness) และขาดการควบคุมตนเอง (poor self-regulation) (คุยเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564) มีปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคม ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559) พฤติกรรมติดเกมเป็นอาการเสพติดอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับการติดยาเสพติดหรือพนัน (Koepp et al., 1999) สมองจะทำหน้าที่หลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ทำให้มีความสุขและเสพติด ส่งผลให้เกิดความอยากหรือต้องการเล่นเกมมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถหยุดความอยากหรือมีความต้องการที่จะเล่นเกมมากขึ้น (ชญานิกา ศรีวิชัย, 2558) การศึกษาพฤติกรรมติดเกมในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นพบว่าระยะเวลาในการเล่นเกมนั้นของวัยรุ่นสมาธิสั้นมีมากกว่าวัยรุ่นปกติ (Verma et al., 2021) และความชุกของการติดเกมในวัยรุ่นสมาธิสั้นพบมีรายงานในหลายประเทศ ได้แก่ เด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศอิหร่านร้อยละ 11 (n = 10) ดิควีดีโอเกม ในขณะที่เด็กปกติดิควีดีโอเกมร้อยละ 4 (n = 3) เด็กและวัยรุ่นในประเทศไนจีเรียมีพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ร้อยละ 51 ในจำนวนนี้เป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9 (Ariyo et al., 2020) ส่วนความชุกของพฤติกรรมติดเกมในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นไทยพบมีร้อยละ 8.3 (คุยเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564) สมาธิสั้นและพฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์ต่อกัน (Ariyo et al., 2020; Mathews et al.,

2018 โดยอาการสมาธิสั้นเป็นปัจจัยทำนายการติดเกมออนไลน์และส่งผลให้อาการติดเกมรุนแรงมากขึ้น (Bumozah et al., 2022)

ผลกระทบที่พบได้บ่อยของการติดเกมในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการเรียน ด้านครอบครัวและการเข้าสังคม (คุยเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564; Verma, et al., 2021) ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559) มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น จากการนั่งเล่นเกมเป็นเวลานานโดยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (สุภาวดี เจริญวานิช, 2557) 2) ด้านการเรียน พบว่ามีผลการเรียนแย่ง เนื่องจากขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่การเรียน ไม่มีสมาธิและไม่สนใจการเรียน (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559) 3) ด้านครอบครัวและการเข้าสังคม ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัว (สุภาวดี เจริญวานิช, 2557) ทำให้เกิดช่องว่างขึ้นภายในครอบครัว ขาดที่พึ่งทางใจ แยกตัวออกจากสังคมแล้วเข้าไปอยู่ในสังคมออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจในทางลบได้ง่ายขึ้น (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559)

การบำบัดรักษาเพื่อลดพฤติกรรมติดเกมในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การทำกลุ่มบำบัด การบำบัดด้วยยา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ครอบครัวบำบัด 1) กลุ่มบำบัด เป็นการบำบัดที่สมาชิกภายในกลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้รับกำลังใจจากคนที่ประสบปัญหาเดียวกัน มีการ

ปรึกษาหาแนวทางปฏิบัติตัวร่วมกัน ช่วยให้กลุ่มเกิดพลังมากขึ้นและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ลลิตภัทร ช่วยคุ้ม, 2561) 2) การบำบัดด้วยยา ได้แก่ ยาบูโพรพ็อน (Bupropion) ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมติดเกมและอินเทอร์เน็ตได้และมีการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น (ไพรัช ฐาปนาเคโซพล, 2555) 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็นการบำบัดจิตบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม (Beck, 1995) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ CBT เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมได้ ($p < .05$) (อริษฐ์ ทวีธนาตรี และคณะ, 2564) สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมชาเทียร์โมเดลหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 8 ครั้งโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมจำนวน 3 ครั้ง ช่วยลดพฤติกรรมติดเกมได้ นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้หลักการแก้ไขปัญห จำนวน 4 ครั้งโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมสามารถลดพฤติกรรมติดเกมได้เช่นกัน (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) การรักษาที่ครอบครัวมีส่วนร่วม จะเป็นโอกาสให้ผู้ปกครองหรือพ่อแม่ เข้าใจสภาวะอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น ฝึกวิธีการแก้ไขปัญห การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม เรียนรู้วิธีการสื่อสารที่ดีกับเด็กและวัยรุ่น เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกัน (ลลิตภัทร ช่วยคุ้ม, 2561) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของโปรแกรมการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมที่มีในปัจจุบัน ได้แก่ ใช้กับ

กลุ่มเป้าหมายที่ติดเกม ไม่ได้มีการบ่งชี้เฉพาะว่ามีอาการหรือโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย และเป็นโปรแกรมแบบออนไลน์ซึ่งผู้ศึกษาได้แสดงข้อจำกัดของการบำบัดแบบออนไลน์ ได้แก่ การมีความไม่เสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต เด็กและวัยรุ่นมีสมาธิจดจ่อค่อนข้างสั้น และควรปรับลดจำนวนครั้งให้เป็น 5 - 6 ครั้ง เพื่อเพิ่มความร่วมมือและการคงอยู่ในโปรแกรม (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) นอกจากนี้หลักฐานทางวิชาการพบว่าการบำบัดรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดต่างๆ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ให้ผลต่อการลดการเสพติดประเภทต่าง ๆ ได้ เช่น เสพติดสารเสพติด เสพติดการพนัน และผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้อินเทอร์เน็ตหรือกิจกรรมทางออนไลน์ เนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดมักจะขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพติดพฤติกรรมของตนเองหรือมีความลังเลใจที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นแม้จะได้รับผลกระทบของพฤติกรรมเสพติดก็ตาม (Hirche et al., 2020)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการกระตุ้นให้พูดข้อความในการจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement : SMS) การสื่อสารโดยใช้หลักการ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรองหรือความคิดที่ถูกต้อง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization)

และผู้บำบัดจะยึดหลักการของการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักในความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ต้องการจะเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน การให้คำแนะนำและความรู้ที่เกี่ยวข้อง การหลีกเลี่ยงแรงต้าน การแสดงความเข้าใจเห็นใจ และการส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเอง “DARES” ประกอบด้วย การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน กับสิ่งที่อยากเป็นในอนาคต (development discrepancy: DD) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoid argumentation: AA) การยอมรับหมุนไปกับแรงต้านที่เกิดขึ้น (roll with resistant: RR) การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติ (express empathy: EE) และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy: SS) โดยขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (building motivation for change) 2) การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (strengthening commitment) 3) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) เป็นแนวทางในการช่วยเหลือบุคคลให้ตระหนักถึงปัญหาหรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต อ้างอิงตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change theory) ของโปรชาสกาและไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente) (Miller, 2009) พฤติกรรมติดเกมเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสพติดทางสมองที่คล้ายกับการติดสารเสพติด ใช้เวลาในการเล่นเกมนานมาก ขาดการควบคุมตนเองและส่งผลกระทบต่อหน้าที่ของตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น พฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและพนัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในวัยรุ่นสมานิสันที่มีพฤติกรรมติดเกม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมานิสัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมานิสันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมานิสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) ของมิลเลอร์และโรลนิก (1995) โดยมีแนวคิดและหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สำรวจและแก้ไขความลังเลใจของผู้รับบริการ และสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model

of behavior change : TTM หรือ Stage of change) ในการประเมินแรงจูงใจของผู้รับบริการและให้การบำบัดตามระดับของแรงจูงใจ ร่วมกับใช้หลักการ DARES (Develop discrepancy, Avoid argumentation, Roll with resistance, Express empathy, Support self-efficacy) การกระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจในตนเอง SMS (Self motivational statement) ใช้ทักษะการสื่อสารแบบ OARS (opened question, affirmation, Reflective listening, summarization) และมีขั้นตอนการบำบัดตามหลัก FRAMES (feedback, responsibility, advice, menu of choice, empathy, self-efficacy) โดยแบ่งระยะของการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (building motivation for change) 2) การนำผู้การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (strengthening commitments to change) และ 3) การติดตามต่อเนื่อง (follow through strategies) การนำแนวคิด MI มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ติดเกม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม จึงมีเป้าหมายเพื่อจัดการความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม การส่งเสริมให้สามารถพูดข้อความจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม โดยนำครอบครัวที่เป็นผู้ปกครองหลักให้มีส่วนร่วมในโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง ประกอบด้วยระยะที่ 1 มี 3 กิจกรรมคือ (1.1) สร้างสัมพันธภาพและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้น (1.2) ร่วมกันวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการเล่นเกม และการลดละเลิกเล่นเกม และ (1.3) ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดเกม ระยะที่ 2 มี 1

กิจกรรม คือ การทำพันธะสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม และระยะที่ 3 มี 1 กิจกรรม คือ การติดตามต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดและกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการของ MI ดังกล่าว อาจมีผลให้วัยรุ่นสมาธิสั้นลดพฤติกรรมติดเกมได้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยอาการและปัญหาสมาธิสั้น ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2566

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 10 - 13 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น 3) มีคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมติดเกมเข้าเกณฑ์คลังโคลีหรือน่าจะติดเกม 4) ผู้ปกครองหรือครอบครัวสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ทั้ง 5 ครั้ง อย่างน้อย 1 คน 5)

มีผลการตรวจวัดเซาว์ปัญญา ไม่ต่ำกว่า 80 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

ได้แก่ 1) อยู่ระหว่างได้รับการบำบัดสังคม จิตใจชนิดใดชนิดหนึ่งโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตต่อต้าน โรคพฤติกรรมเกรี้ยว โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของลินเดนเบิร์ก (2022) ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการส่งเสริมป้องกันปัญหาความผิดปกติของการเล่นเกมและการใช้อินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ศึกษามากที่สุด ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 ($d = 0.56$) ประมาณค่าอิทธิพลขนาดกลาง จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล = 0.5 นำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบสมมติฐานทางเดียวของโคเฮน (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจทดสอบ (Power analysis) 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2558) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 14 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 28 คน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การคัดเข้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 091/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาล

สวนปรุง เลขที่ 3/2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด หลังจากได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการที่พึงจะได้รับตามสิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของมิลเลอร์และโรลนิก (2002) โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทางยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาและความรู้สึกถึงเลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยอาศัยแนวคิด การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม (Miller, 2004) ผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการวางแผน ให้ความช่วยเหลือช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ 5 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 30 - 45 นาที รวมระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความตรงของเนื้อหา ความเข้าใจในภาษาและความยากง่าย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน หลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้นำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นสมาริสน์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมติดเกม

กิจกรรมที่ 2 สร้างแรงจูงใจร่วมกัน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงข้อดี-ข้อเสียของการเล่นเกม และเล่นเกม กระตุ้นให้วัยรุ่นสมาริสน์พูดข้อความจูงใจ (SMS) เลือกตัดสินใจด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกม

กิจกรรมที่ 3 กำหนดเป้าหมายและเปลี่ยนแปลงอย่างมั่นใจ เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์และผู้ปกครองร่วมกัน ตั้งเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกม วิเคราะห์ขั้นตอนที่จะนำไปสู่เป้าหมาย รวมไปถึงปัญหา อุปสรรคที่จะทำให้ไม่สามารถไปสู่เป้าหมายและบริหารจัดการกับปัญหาอุปสรรค

กิจกรรมที่ 4 มั่นคงในพันธะสัญญา เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์ทำพันธะสัญญาในการลดพฤติกรรมการเล่นเกม บอกถึงวิธีที่จะนำไปปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 5 ฉันมีแรงจูงใจและมั่นใจที่จะแก้ปัญหาได้โดยไม่ลังเล เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์เล่าถึงประสบการณ์ในการนำเอาวิธีการปฏิบัติตัวไปใช้ในการลดพฤติกรรม บอกเล่าความรู้สึก ที่ประสบความสำเร็จในการลดพฤติกรรมการเล่นเกม ผู้ปกครองชื่นชมและเสริมสร้างแรงจูงใจ

เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์มีความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพครอบครัว ระยะเวลาการเล่นเกม การมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวที่มีพฤติกรรมติดเกม และยาที่ได้รับ

2.2 แบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็กและวัยรุ่น (Game Addiction Screening Test : GAST) ของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2557) มีจำนวน 16 ข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ใช่เลย (3) น่าจะใช่ (2) ไม่น่าใช่ (1) ไม่ใช่เลย (0) แปลผลคะแนนโดยเพศชาย < 24 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน 24 - 32 คะแนน หมายถึง คลังไคล้ ≥ 33 คะแนน หมายถึง ติดเกม ส่วนเพศหญิง < 16 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน 16 - 22 คะแนน หมายถึง คลังไคล้ ≥ 23 คะแนน หมายถึง ติดเกม ผู้วิจัยนำไปทดสอบคุณภาพในวัยรุ่นตอนต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) นำเสนอหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบัน พัฒนาการเด็กราชชนครินทร์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย สอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองก่อนการเข้าร่วมวิจัยทุกคน

3) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

4) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบทดสอบ GAST และข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับฉลาก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 2 คน จำนวน 28 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 14 คนและกลุ่มควบคุม 14 คน

5) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การประเมิน การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ กรณีพบมีปัญหาดิเกมจะได้รับคำแนะนำหรือการปรึกษาแบบสั้น ร่วมกับให้สุขภาพจิตและแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมจำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 30 - 45 นาที ในช่วงเวลา 13.00 - 16.00 น. หลังพบแพทย์และหลังฝึกกับสหวิชาชีพ ช่วงเวลา 16.00 - 18.00 น. ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และเวลา 09.00 - 16.00 น. ในวันเสาร์และวันอาทิตย์ ณ หอผู้ป่วยใน

6) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบทดสอบ GAST หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ณ สัปดาห์ที่ 5 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ independence t-test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นสมานิสันที่เข้าร่วมโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดิเกมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นสมานิสันที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมต่ำกว่าในระยะก่อนการบำบัด โดยวิธีการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยให้วัยรุ่นสมานิสันเป็นศูนย์กลางกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ดังเป้าหมายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Rollnick, & Miller, 1995) อธิบายได้ว่าเป็นเพราะการบำบัดด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (n = 14)

คะแนนพฤติกรรมติดเกม	mean	ระดับการติดเกม	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	34.00	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	1.18	14.87	.008*
หลังได้รับโปรแกรม	22.93	ปกติ - คลังไคล้	2.53		

*p < .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n = 28)

คะแนน พฤติกรรม ติดเกม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	mean	ระดับติดเกม	SD	mean	ระดับติดเกม	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	34.00	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	1.18	35.07	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	3.36	-1.126	0.017
หลังได้รับโปรแกรม	22.93	ปกติ - คลังไคล้	2.53	33.57	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	4.27	-8.022	.000*

*p < .01

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีส่วนช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้มีความตระหนักถึงพฤติกรรมในการเล่นเกมนของตนเอง จากการประเมินคะแนนของแบบทดสอบ GAST แปลผลว่า น่าจะติดเกม แบ่งตามระดับความรุนแรงของปัญหา จัดอยู่ในกลุ่มมีปัญหาในการเล่นเกมนมาก วัยรุ่นสมาธิสั้นได้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองทั้งด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ รับรู้พฤติกรรมการเล่นเกมนของตนเองเป็นปัญหาจึงคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของโรคติดเกม ผลกระทบของพฤติกรรมติดเกม

และให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้พิจารณาถึงผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกมนในปัจจุบันและอนาคต จะทำให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้เรียนรู้ว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว จะมีผลอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัยแสงชาญชัย และคณะ (2553) ที่พบว่า การให้ข้อมูลคำแนะนำและสะท้อนกลับ เสนอทางเลือกให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้เลือกเองอย่างอิสระ ไม่ตัดสินใจแทน จะทำให้วัยรุ่นสมาธิสั้นตระหนักถึงปัญหารับรู้ถึงข้อดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งผลให้เกิดแรงจูงใจจากภายในตัวบุคคลที่อยากเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง (Rollnick, & Miller, 1995) นอกจากนี้การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 2004) ที่กล่าวไว้ว่าการบำบัดแบบให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) โดยให้วัยรุ่นสมมติขึ้นเป็นผู้ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดพฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง การที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในชั่วโมงการบำบัดพร้อมกับวัยรุ่นสมมติขึ้นในระยะเริ่มต้นจะทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ โดยผู้ปกครองจะช่วยให้ข้อมูลและสะท้อนถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการเล่นเกมของกลุ่มทดลองทั้งด้านบวกและด้านลบ ร่วมกับสนับสนุนให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจจะทำให้เห็นถึงความตั้งใจของวัยรุ่นสมมติขึ้นและผู้ปกครองที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งผลให้วัยรุ่นสมมติขึ้นมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง มีความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง นอกจากนี้มีการเสริมแรงใจและเน้นกระบวนการของการสร้างข้อตกลงและทำพันธะสัญญา เมื่อวัยรุ่นสมมติขึ้นได้นำเอาวิธีการลดพฤติกรรมการเล่นเกมของตนเองไปปฏิบัติจริง ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเมื่ออยู่ที่บ้าน จะทำให้วัยรุ่นสมมติขึ้นได้ต่อยอดความมั่นใจว่าสามารถลด เลิกพฤติกรรมการเล่นเกมได้ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงใจโดยย่อเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์และกัญชาสำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในสถานบริการปฐมภูมิ ในวัยรุ่นอายุ 12

- 16 ปี ด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้นพบว่าวัยรุ่นสามารถลดพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และกัญชาในระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (D'Amico et al., 2019) และผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงใจต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มชายแบบเสี่ยง พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงใจมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสูงขึ้นและมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะทันทีที่สิ้นสุดโปรแกรม และยังพบว่าในกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือนที่ติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมและแรงใจที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ธัญพร บัวเหลือง และคณะ, 2561) นอกจากนี้การนำเอาครอบครัวผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในระยะเริ่มต้น จะช่วยสนับสนุนให้การบำบัดประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษา ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น พบว่าหลังการบำบัดค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อรรถพล ยิ้มขรรค์, 2562) และการศึกษาพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมซาเทียร์ โมเดลและโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

จำนวน 8 ครั้งโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม 3 ครั้ง (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) นอกจากนี้การใช้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการแก้ปัญหา โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมจำนวน 4 ครั้ง สามารถลดพฤติกรรมติดเกมได้เช่นกัน (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเกมของตนเอง เกิดความตระหนักถึงปัญหาของพฤติกรรมการเล่นเกมของตนเอง (Rollnick, & Miller, 1995)

หลังการทดลอง เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมระหว่างกลุ่มวัยรุ่นสมารถสันที่ ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม พบว่าวัยรุ่นสมารถสันที่ ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมติดเกมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า การที่สนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้ออกแบบการคิดด้วยตนเอง ตัดสินใจลงมือปฏิบัติเอง มีอิสระที่จะกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ของตนเอง ทำให้เห็นถึงศักยภาพที่มีในตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ ตั้งใจอยากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนิ เอี่ยมสะอาด และคณะ (2558) ที่สนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีอิสระในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ใช้ความสามารถของตนเอง เมื่อรับรู้ถึงผลกระทบที่มีต่อตนเอง จึงตัดสินใจตั้งเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ถ้าหากกลุ่มทดลองยังไม่รับรู้หรือรับทราบถึงผลกระทบจะทำให้พฤติกรรมของการเล่นเกมคงอยู่ต่อไป (ชนิษฐา พิพิชวิทยา, รัชนิกร อุปเสน, 2562) ร่วมกับการนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะผู้ที่มีการเสพติด การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการนำเอาผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัด เนื่องจากผู้ปกครองจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้การยอมรับ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจและชื่นชม ร่วมรับรู้และตั้งเป้าหมายรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ร่วมกับกลุ่มทดลอง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller, 1995) ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสามารถลดพฤติกรรมติดเกมได้อย่างต่อเนื่อง (ชนิษฐา พิพิชวิทยา, รัชนิกร อุปเสน, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นสมารถสันที่มีพฤติกรรมติดเกม

2. ด้านการบริหาร

ผู้บริหาร องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าไปสร้างความรู้และความตระหนัก โดยการจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้มีทักษะในการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนำไปใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

หรือคิดเกม อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาล้างต่อไป

ควรทำการศึกษาซ้ำในอนาคตโดยมีการติดตามต่อเนื่อง หลังจากโปรแกรมเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องและลดพฤติกรรมการเล่นไปเล่นเกมซ้ำได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- ชญาณิกา ศรีวิชัย. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(3), 114-121.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, และ เสาวนีย์ พัฒนอมร. (2557). การพัฒนาแบบทดสอบการคิดเกม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 3-14.
- ดุษเดือน ตั้งอรืออรุณ, ชาญวิทย์ พรนภดล, และ จิรฉัตร หอสิริ. (2564). ความชุก ปัจจัยเกี่ยวข้องและการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(2), 93-104.
- นุชนิ เอี่ยมสอาด, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ สุวนีย์ เกียรติงิ้วแก้ว. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 120-135.
- ปวีร์ ม่วงชื่น. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมทางกายตามทฤษฎีการกำกับตนเองที่มีต่อการลดพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- ธนัญญา พิพิชิตวิทยา และรัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *พยาบาลสาร*, ฉบับพิเศษ, 60-69.
- ธัญพร บัวเหลือง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และ จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มของผู้ชายแบบเสี่ยง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 119-128.

พิชัย แสงชาญชัย, ครุณี ภูขาว, สังวร สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรมการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วนิกาการพิมพ์.

ไพรัช ฐาปนาเคโษพล. (2555). โรคความคิดปกคิของการเสพติดอินเตอร์เน็ต. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(3), 599-608.

ลลิตภัทร ช่วยคุ้ม. (2561). มาตรการทางอาญาในการบำบัดฟื้นฟูและป้องกันการติดเกมในเด็ก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

สุนทรี ศรีโกไสย, อรพรรณ แอบไธสง, ชฎาพร คำฟู, และ อนงค์พร ต๊ะคำ. (2566). เปรียบเทียบผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโปรแกรมการบำบัดแนวชาวเพียร์โมเดล และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(1), 17-48.

สุภาวดี เจริญวานิช. (2557). พฤติกรรมการติดเกม : ผลกระทบและการป้องกัน Game Addiction Behaviors: Impacts and Preventions. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 22(6), 871-879.

อริษฐ์ ทวีธนาศิริ, พิษญาณี พูนพล, และ อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2564). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 28(2), 1-18.

อรธพล ยิ้มธรรยง และ เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2564). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 71-83.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. วิทยพัฒน์.

Ariyo, J., O., Akinnawo, E., O., & Akpunne. B., C. (2020). Predictive Influence of Internet Gaming Addiction on Severities of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Nigerian Adolescents. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*, 22(2), 44-59.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bumozah, H. et al. (2022). Association Between Internet Gaming Disorder And Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Narrative Review, *Journal of community medicine and health solutions*, 3, 69-75.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., et al. (2012). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1-13.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- D'Amico, E., Parast, L., Shadel, W., Meredith, L., Seelam, R., & Stein, B., (2019). Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 775-786.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W., (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Psychology*, 1, 91-111.
- Dieris-Hirche, J., Pape, M., Theodor te Wildt, B., Kehyayan, A., Esch, M., Aicha, S., et al. (2020). Problematic gaming behavior and the personality traits of video gamers: A cross-sectional survey. *Computer in Human Behavior*, 106, 1-11.
- Lindenberg, K., (2022). Effectiveness of cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention in Preventing Gaming Disorder and Unspecified Internet Use Disorder in Adolescents. *JAMA Network Open*, 5(2), 1-14.
- Koepp, D. M., Harper, J. W., & Elledge, S. J. (1991). How the cyclin became a cyclin: regulated proteolysis in the cell cycle. *Cell*, 97(4), 431-434.
- Mathews, C. L., Morrell, H. E. R., & Molle, J.E. (2018). Video game addiction, ADHD symptomatology, and video game reinforcement. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(1), 1-10.
- Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in the service of health promotion. *Art of Health Promotion in American Journal of Health Promotion*, 18, 1-10.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American psychologist*, 64(6), 527.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 19, 276-288.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.
- Verma, et al. (2021). Gaming Addiction in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorder, 2022. *Wolters Kluwer-Medknow*, 6(2), 149-154.