

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถด้านการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติ

วันรับ : 13 ตุลาคม 2564

วันแก้ไข : 25 มกราคม 2565

วันตอบรับ : 27 มกราคม 2565

ภิญโญ อีสรพงศ์, พย.ม.¹, สุนิสา สุขตระกูล, พย.ด.²,
ดาราภา แสงสุขใส, พย.ม.¹, พักตร์ชนก เทียนวิหาร, วท.บ.¹
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการกำกับอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ : เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรม มี 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดปัญหา การสำรวจความต้องการ การออกแบบโปรแกรม และการตรวจสอบความตรง และ 2) ทดสอบผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 15 - 18 ปีที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติที่เข้ารับการรักษาสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมฯ จำนวน 28 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 28 คน ประเมินผลด้วยแบบประเมินการกำกับอารมณ์ทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t-test และความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ

ผล : โปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลโดยเข้าร่วมทั้งหมด 8 ครั้ง ภายใน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30 - 90 นาที พบว่า คะแนนการกำกับอารมณ์ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที รวมถึงติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : โปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมที่มีปัญหาการกำกับอารมณ์ร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การกำกับอารมณ์ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โรคติดเกม วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ภิญโญ อีสรพงศ์; e-mail: goodboy5204@hotmail.com

Original article

Effect of cognitive behavioral therapy program on emotional regulation in adolescent with gaming disorder

Received : 13 October 2021

Revised : 25 January 2022

Accepted : 27 January 2022

Pinyo Itsarapong, M.N.S.¹, Sunisa Suktrakul, Ph.D.²,

Daraka Sangsukjai, M.N.S.¹, Pakchanok Theinviharn, B.S.¹

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute,

Department of Mental Health¹,

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University²

Abstract

Objective: 1) To develop the cognitive behavioral therapy (CBT) program on emotional regulation in adolescent with gaming disorder and 2) to compare the level of emotional regulation between a group that joined the program and a group that received the regular nursing care.

Methods: This research and development consists of two main steps: 1) program development consisting of problem definition, accumulation of building blocks for intervention design, intervention design, and intervention validation and 2) program evaluation. The participants were adolescents aged 15 to 18 years old who received consultation for gaming disorder at Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. The participants were assigned randomly to the experimental group that received the program (n = 28) and the control group that received the regular nursing care (n = 28). The emotion regulation questionnaire (ERQ) was assessed before joining the program, after the end of the program, within one-month, and three-months follow-up period. Data were analyzed by using independent t-test and repeated measures ANOVA.

Results: The developed CBT program was individual psychotherapy consisting of eight sessions within four weeks (30 - 90 minutes per session). The result showed that the emotional regulation score of the experimental group after the end of program were significantly higher than the score of the control group. Scores of the experimental group within one-month and three-months follow-up periods were significantly higher than before joining the program with a statistical significance at .01.

Conclusion: The CBT program on emotional regulation in adolescent with gaming disorder could be an optional nursing care for adolescents with gaming disorder and emotional regulation problem comorbidity.

Keywords: adolescents, cognitive behavioral therapy, emotional regulation, gaming disorder

Corresponding author: Pinyo Itsarapong; e-mail: goodboy5204@hotmail.com

ความรู้เดิม : การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมเสพติดต่าง ๆ

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck และคณะ ที่มีพื้นฐานการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสพติด เมื่อนำมาปรับใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกม พบว่า เพิ่มความสามารถในการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมได้ ทำให้วัยรุ่นรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง เข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่ดี ได้เรียนรู้วิธีปรับความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนตอบสนอง นำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านการกำกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมติดเกมได้ หรืออาจนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในสถาบันหรือหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

บทนำ

การเล่นเกมเป็นกิจกรรมนันทนาการที่ช่วยให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน แต่ในทางกลับกันก็อาจกลายเป็นปัญหาได้ หากการเล่นเกมนั้นส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของบุคคลและการใช้ชีวิตประจำวัน ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลกได้บรรจุโรคติดเกม (gaming disorder) ไว้ในคู่มือวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ICD-11 หมวดความผิดปกติทางจิตกลุ่มการติดสารเสพติดและการเสพติดพฤติกรรม เนื่องจากอาการที่เกิดจากพฤติกรรมเสพติดทางสมองมีลักษณะคล้ายกับการติดสารเสพติด¹ อัตราความชุกของการติดเกมมีตั้งแต่ร้อยละ 0.7 จนถึงร้อยละ 27.5 ขึ้นอยู่กับในแต่ละพื้นที่และประเทศ² โดยในกลุ่มวัยรุ่นมีความชุกสูงถึงร้อยละ 19.9 การสำรวจในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ติดเกมส่วนใหญ่เป็นเด็กและวัยรุ่นชาย ใช้เวลาในการเล่นเกมเฉลี่ย 28.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์³ สาเหตุของพฤติกรรมติดเกมมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อม เช่น ลักษณะนิสัย

ระยะเวลาหรือความถี่ในการเล่น การละเลยกิจกรรมที่ทำร่วมกันในครอบครัว การมีเพื่อนที่ชอบเล่นเกม และมีร้านเกมอยู่ใกล้บ้านและโรงเรียน⁴ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมมีความต้องการเล่นเกมมากขึ้นเรื่อย ๆ มักใช้เวลาในการเล่นอย่างต่ำวันละ 3 ชั่วโมง ติดต่อกันนานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และให้ความสนใจต่อเกมมากกว่าสิ่งอื่น ๆ⁵ แม้ว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมส่วนใหญ่มีความพยายามที่จะลดหรือเลิกเล่นเกม แต่ก็ไม่สามารถควบคุมตัวเองให้หยุดเล่นเกมได้ แม้ทราบถึงผลเชิงลบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา⁶ ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเกมและโรคติดการพนันมีความคล้ายคลึงกันทางระบบประสาทหลายประการ โดยผู้ป่วยโรคติดเกมมักขาดความยืดหยุ่นทางความคิดและแสดงพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น เช่น การไม่คำนึงถึงผลที่จะตามมาในระยะยาวและมุ่งเน้นที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองทันทีมากกว่าที่จะควบคุมความต้องการนั้นไว้จนนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม⁷

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมอาจใช้วิธีเดียวหรือประยุกต์หลายวิธีร่วมกัน เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) การบำบัดเพื่อพัฒนาความคิด (cognitive enhancement therapy; CET) การปรับอคติทางความคิด (cognitive bias modification; CBM) การลดความเครียดโดยการฝึกสติ (mindfulness-based stress reduction; MBSR) และการใช้การบำบัดหลายวิธีร่วมกัน⁸ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมไปถึงอาการเสพติดต่าง ๆ⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมด้วย¹⁰ โดยเริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ¹¹ เพราะเมื่อผู้ที่ติดเกมเจอกับสิ่งเข้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ เช่น การถูกห้ามไม่ให้เล่นเกม เมื่อรวมเข้ากับการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงที่เป็นความคิดอัตโนมัติทางลบ จะทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจึงเน้น

ที่การปรับแก้ความคิดที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดที่เหมาะสมร่วมกับการปรับทางพฤติกรรมให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น¹² โปรแกรมบำบัดสำหรับวัยรุ่นสามารถใช้วิธีสอนทักษะการจัดการกับความคิดที่บิดเบือน (วิธีคิดแบบไม่ยืดหยุ่น) เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจและปรับพฤติกรรมควบคู่กันไป¹³

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการใช้โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการรักษาผู้ที่มีภาวะติดเกมพบว่า โปรแกรมฯ สามารถลดความผิดปกติต่าง ๆ เช่น ภาวะติดเกม อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมที่บูรณาการบนพื้นฐานของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเกมรวมถึงอาการร่วมทางจิตลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น มีพัฒนาการในการเข้าใจตนเองด้านการกำกับอารมณ์เชิงลบ และมีการตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยของ Pornnoppadol และคณะ¹⁶ ที่ทดสอบผลของโปรแกรมรักษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะติดเกมอายุระหว่าง 13 - 17 ปี และครอบครัว โดยการเข้าค่ายศิริราชบำบัด (Siriraj therapeutic residential camp) เป็นเวลา 6 คืน 7 วัน พบว่า กลุ่มที่ได้เข้าค่ายศิริราชบำบัดมีคะแนนการติดเกมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับตนเอง การฝึกควบคุมและกำกับอารมณ์ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการทำกิจกรรมกลางแจ้งต่าง ๆ และทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว

การกำกับอารมณ์ถือเป็นกระบวนการสำคัญอย่างหนึ่งที่บุคคลจำเป็นต้องใช้ในการควบคุมจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพื่อให้รู้เท่าทันความรู้สึกหรือความคิดทางลบ เช่น ความโกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม¹⁷ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเล่นเกมติดปกติที่มีปัญหาด้านการจัดการอารมณ์

จึงควรได้รับการฝึกฝนการควบคุมและลดอารมณ์เชิงลบและเสริมสร้างอารมณ์เชิงบวก อย่างไรก็ตามการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมติดปกติในประเทศไทยนั้นยังไม่ปรากฏแพร่หลายนัก เนื่องจากเน้นไปที่การแก้ปัญหาอาการติดเกมเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ยังมีข้อจำกัดในการบำบัดวัยรุ่นติดเกมที่มีปัญหาด้านการกำกับอารมณ์ร่วมด้วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมที่ใช้พื้นฐานแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดของ Beck และคณะ¹¹ ต่อความสามารถด้านการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมติดปกติ เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ โดยคาดว่าผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดวัยรุ่นติดเกมที่มีปัญหาการกำกับอารมณ์ร่วมด้วย

วิธีการ

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ตนเองในวัยรุ่นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมฯ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการในระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 มีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ใช้แนวทางในการพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรมของ van Meijel และคณะ¹⁸ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดปัญหา โดยทบทวนประสบการณ์การบำบัดทางกายภาพของพยาบาลที่ให้การบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ร่วมกับทีมบริหารกลุ่มภารกิจกายภาพ
2. การสำรวจความต้องการ เนื้อหา และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม โดยเริ่มจาก 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (literature review) พบว่า การบำบัดโดยใช้เทคนิคของ CBT ช่วยให้วัยรุ่นสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,15,16} 2) วิเคราะห์ปัญหา (problem

analysis) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมเล่นเกมที่เข้ารับบริการบำบัดทางการพยาบาลพบว่า ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นติดเกมที่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมีสาเหตุมาจากการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อถูกห้ามหรือขัดขวางไม่ให้เล่นเกม 3) วิเคราะห์ความต้องการ (need analysis) ด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมเล่นเกมจำนวน 10 คนและผู้ปกครองจำนวน 10 คน พบว่าวัยรุ่นและผู้ปกครองเห็นด้วยที่จะให้มีโปรแกรมที่ช่วยฝึกการกำกับอารมณ์ และ 4) วิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน (practice analysis) โดยสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 5 คน พบว่า ในปัจจุบันยังไม่มีหลักปฏิบัติที่ชัดเจนในการบำบัดวัยรุ่นติดเกมที่มีปัญหาด้านอารมณ์อย่างเฉพาะเจาะจง

3. การออกแบบโปรแกรม โดยบูรณาการแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ¹¹ ครอบคลุม 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจปัญหาตามความเป็นจริง สามารถเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิดกับความเคยชินเดิม ๆ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม โดยเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลให้แก่วัยรุ่นที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมเล่นเกม เพื่อให้มีความสามารถในการกำกับอารมณ์ตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม (1 กิจกรรมต่อครั้ง) ใช้เวลาครั้งละ 30 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ในขณะที่การพยาบาลตามปกติประกอบด้วย สุขภาพจิตศึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเกม การให้คำแนะนำรายบุคคลและครอบครัว การให้ความรู้ผู้ปกครองในการใช้ยา และการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์

4. การตรวจสอบความตรงของโปรแกรมฯ ฉบับร่าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขา

การพยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญทางด้านการปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม 1 คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลจิตเวช (advance practice nurse) 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการบำบัด CBT ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง พบว่า โปรแกรมฯ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1 โดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสม จากนั้นนำโปรแกรมฯ ฉบับปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 8 คน พบว่า สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม
เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ในวัยรุ่นที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 จนถึงสิงหาคม 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 15 - 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่ามีความผิดปกติของพฤติกรรมเล่นเกมตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-5) มีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระดับต่ำ (0 - 42 คะแนน) ถึงปานกลาง (43 - 55 คะแนน) เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบตามกำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจทดสอบ 0.8 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) จากการศึกษาของจากรูรณ ลิมไพบูลย์ และคณะ¹⁹ ได้เท่ากับ 0.9 และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน และกลุ่มทดลอง 32 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติ (matched pair) ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ (ต่างกันไม่เกิน 1 ปี) และคะแนนการกำกับอารมณ์ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

(simple random sampling) โดยการจับฉลากแบ่งแต่ละคู่ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมเล่นเกม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ลำดับที่ของบุตร อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเกมครั้งแรก การรักษาด้วยยาในปัจจุบัน และชั่วโมงเฉลี่ยในการเล่นเกม

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ปกครอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการแสดงพฤติกรรม/อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นเมื่อถูกห้ามไม่ให้เล่นเกม

3. แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (emotion regulation questionnaire; ERQ) ของ Gross และ John¹⁷ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยณัฐธิน คุ่มรอด²⁰ เป็นเครื่องมือประเมินประสบการณ์ทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 7 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 70 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนนการกำกับอารมณ์เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 10 - 42 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 43 - 55 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 56 - 70 คะแนน หมายถึง ระดับสูง แบบประเมินนี้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

4. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (automatic thoughts questionnaire; ATQ-30) ของ Hollon และ Kendall²¹ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนสีหา²² และปรับคำโดยผู้วิจัยให้เข้ากับบริบทของการศึกษานี้ มีจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ความคิดนี้ไม่เคยเกิดขึ้นเลย จนถึง 5 คือ ความคิดนี้

เกิดขึ้นตลอดเวลา คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดอยู่ระหว่าง 30 - 150 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 โดยผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาถ่วงคะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่ำ และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความคิดอัตโนมัติทางลบสูง กำหนดวิธีการแปลผล คือ ต้องมีคะแนนอย่างน้อย 120 คะแนน หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป แบบประเมินนี้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติ สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ¹¹ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 - 90 นาที แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 รอบ ได้แก่ กลุ่มรอบวันอังคารและพฤหัสบดี และกลุ่มรอบวันพุธและศุกร์ รอบละ 16 คน มีพยาบาลและสหวิชาชีพจำนวน 4 คน ให้การบำบัดรายบุคคล แก่วัยรุ่น จำนวน 4 ราย ต่อผู้บำบัด 1 คน มีรายละเอียดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องภาวะติดเกม และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการกำกับอารมณ์ของตนเอง และกิจกรรมที่ 2 ให้วัยรุ่นที่มีภาวะติดเกมฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงของการคิดดังกล่าวกับความสามารถในการกำกับอารมณ์ของตนเอง สัปดาห์ที่ 2 ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ให้วัยรุ่นทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาแล้วในกิจกรรมก่อนหน้านี้ แล้วนำการบ้านมาตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่ามีความเป็นจริงหรือไม่ และกิจกรรมที่ 4 ฝึกปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมขั้นต้น ตรวจสอบความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด โดยสอนการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน สัปดาห์ที่ 3 ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่ผ่านมานี้ เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่หรือความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้สามารถจัดการกับ

อารมณ์ได้ดีขึ้น และกิจกรรมที่ 6 สรุปบททวนบทเรียนตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งที่ห้า ชี้แนะการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน สัปดาห์ที่ 4 ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 สอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการฝึกบำบัด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้วัยรุ่นทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ (ATQ-30) และกิจกรรมที่ 8 สิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดเป็นการประเมินผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลงของการกำกับอารมณ์ โดยให้วัยรุ่นทำแบบประเมินการกำกับอารมณ์ (ERQ) หลังจากนั้นจึงติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนการกำกับอารมณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test และ 3) เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับอารมณ์ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ two-way repeated measure ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามเอกสารรับรองเลขที่ 003/2564 ออกให้ ณ วันที่ 19 เมษายน 2564 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 จนถึงสิ้นสุดระยะติดตามผล 3 เดือน ในวันที่ 31 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข การเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ด้วยการจับคู่ที่ละคู่

มีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ขอลงตัว (drop-out) ออกจากการวิจัยทั้งหมด 8 คนในช่วงสัปดาห์ที่สองของการทดลอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจนจบเหลือทั้งหมด 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 78.6 เพศหญิงร้อยละ 21.4 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 82.1 เพศหญิงร้อยละ 17.9 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 16.2 ปี ($SD = 0.98$) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 16.2 ปี ($SD = 1.07$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 57.1 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่สองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้อง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 64.3 ของกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเกมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.3 ปี ($SD = 1.30$) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.54 ปี ($SD = 1.48$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้เวลาเล่นเกมเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 6.7 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 1.54$) และ 6.7 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 1.30$) ตามลำดับ ร้อยละ 100 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยแสดงพฤติกรรม/อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมเมื่อถูกห้ามไม่ให้เล่นเกม ซึ่งส่วนใหญ่ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบพฤติกรรม/อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงสีหน้าบึ้งตึง/ทำท่าทางไม่พอใจ/มีอาการต่อต้าน และการทำหลายอย่างรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 32.1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square แบบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่ของบุตร จำนวนพี่น้อง อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาด้วยยาในปัจจุบัน ชั่วโมงการเล่นเกม การแสดงพฤติกรรม/อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมเมื่อถูกห้ามไม่ให้เล่นเกม และรูปแบบพฤติกรรม/อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ($M = 32.6$, $SD = 5.80$) และกลุ่มควบคุม ($M = 32$, $SD = 6.49$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .75$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการกำกับอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

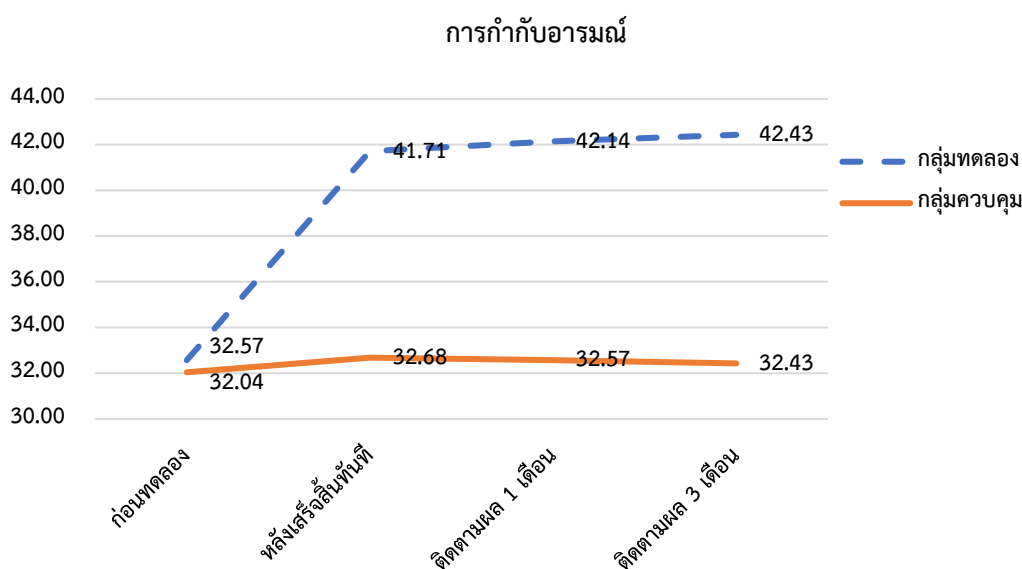
ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที รวมถึงระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน พบว่า คะแนนการกำกับอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการกำกับอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที อีกทั้งผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการกำกับอารมณ์ภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที รวมถึงการติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่วัด พบว่า คะแนนการกำกับอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัดการกำกับอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแผนภาพที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการกำกับอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ คู่ที่ 1 (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและหลังสิ้นสุด

โปรแกรมฯ ทันที) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -4.89 คู่ที่ 2 (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและระยะติดตามผล 1 เดือน) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -5.05 และ คู่ที่ 3 (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล 3 เดือน) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -5.13 ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคะแนนการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่น เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่พัฒนาตามขั้นตอนของ van Meijel และคณะ¹⁸ ซึ่งช่วยเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหา โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์ความต้องการ และวิเคราะห์การปฏิบัติในปัจจุบัน โดยนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ¹¹ ที่มีพื้นฐานการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสพติดมาปรับใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมให้สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดีขึ้น โดยในช่วง 4 สัปดาห์แรกที่ได้รับการบำบัด กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะตามขั้นตอนที่วางไว้ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และการปรับเปลี่ยน



แผนภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง		ความต่างของค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรม	-4.89	.00**
	ติดตามผล 1 เดือน	-5.05	.00**
	ติดตามผล 3 เดือน	-5.13	.00**
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	ติดตามผล 1 เดือน	-.16	1.00
	ติดตามผล 3 เดือน	-.23	.94
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	-.07	1.00

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

ความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อใช้ในการกำกับอารมณ์ ทำให้ได้ฝึกทบทวนและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่ส่งผลต่ออารมณ์หงุดหงิด โกรธ หรือไม่พึงพอใจ จนกลุ่มทดลองเข้าใจสาเหตุที่มาของอารมณ์ที่ไม่ดีดังกล่าวและปรับเปลี่ยนความคิดนั้น ทำให้สามารถระงับความรู้สึกหรืออารมณ์เชิงลบที่กำลังจะแสดงออกมาได้ดีขึ้น²³ เป็นผลทำให้สถานการณ์ไม่รุนแรงมากไปกว่าเดิม เพราะกลุ่มทดลองสามารถฝึกและพัฒนาการจัดการกับอารมณ์ด้วยความตั้งใจ และนำไปใช้จัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน²⁴ ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการปรับมุมมองความคิดและอารมณ์เชิงลบต่อสถานการณ์ให้กลายเป็นความคิดและอารมณ์เชิงบวก²⁵

โปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติในการศึกษานี้ส่งผลต่อความสามารถในการกำกับอารมณ์ของวัยรุ่นใกล้เคียงกับการศึกษาของ Zakaria และคณะ²⁶ ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดด้วยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศมาเลเซียที่ติดสารเสพติดและมีปัญหาทางด้านอารมณ์ พบว่า วัยรุ่นมีปัญหาทางด้านอารมณ์ลดลง มีการกำกับอารมณ์ที่ดีขึ้นและใช้สารเสพติดน้อยลงหลังได้รับโปรแกรม และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Pornnoppadol และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะติดเกม อายุระหว่าง 13 - 17 ปี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนการติดเกมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับตนเอง การฝึกควบคุมและกำกับอารมณ์ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการผิดปกติร่วม เช่น ปัญหาด้านการกำกับอารมณ์ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเกมได้เป็นอย่างดี¹⁴ ทั้งนี้ การรักษาจำเป็นต้องอาศัยหลายวิธีร่วมกัน และไม่ใช่แค่การบำบัดรักษาที่สถานบริการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วย²⁷ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่ได้วัดผลลัพธ์ที่การเปลี่ยนพฤติกรรม การติดเกมโดยตรง ดังนั้นการศึกษารั้งต่อไปจึงควรพิจารณาศึกษาผลลัพธ์ในเชิงพฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนแปลงด้วย

สรุป

โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีความผิดปกติพฤติกรรมเล่นเกมมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ โดยวัยรุ่นติดเกมที่ได้รับการฝึกปรับความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์สามารถกำกับอารมณ์ได้ดีขึ้น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมติดเกมและมีปัญหาการกำกับอารมณ์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Inclusion of “gaming disorder” in ICD-11 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Sep 18]. Available from <https://www.who.int/news/item/14-09-2018-inclusion-of-gaming-disorder-in-icd-11>
- Mihara S, Higuchi S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(7):425-44. doi:10.1111/pcn.12532.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, เสาวนีย์ พัฒนอมร. การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม [The development of game addiction screening test (GAST)]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(1):3-14.
- วรุณา กลกิจโกวินท์, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, พิศาสัน เตชะเกษม, ชาญวิทย์ พรนภดล, บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี. การติดเกมสื่อกอมพิวเตอร์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของ เด็กนักเรียนในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร [Computer game addiction: risk and protective factors in students in Dusit district, Bangkok]. *วชิรเวชสาร*. 2558;59(3):1-13.
- ขวัญจิต เพ็งแป้น. การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของ เด็กติดเกมออนไลน์ [Preventing health problems of childhood addicted to online games]. *วารสารราชานี นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2560;1(1):16-30.
- สุภาวดี เจริญวานิช. พฤติกรรมการติดเกม: ผลกระทบและ การป้องกัน [Game addiction behaviors: impacts and preventions]. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2557;22(6 ฉบับพิเศษ):871-79.
- Fauth-Bühler M, Mann K. Neurobiological correlates of internet gaming disorder: similarities to pathological gambling. *Addict Behav*. 2017;64: 349-56. doi:10.1016/j.addbeh.2015.11.004.
- Dong G, Potenza MN. A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *J Psychiatr Res*. 2014;58:7-11. doi:10.1016/j. jpsychires.2014.07.005.
- Carroll KM, Kiluk BD, Nich C, Babuscio TA, Brewer JA, Potenza MN, et al. Cognitive function and treatment response in a randomized clinical trial of computer-based training in cognitive-behavioral therapy. *Subst Use Misuse*. 2011;46(1): 23-34. doi:10.3109/10826084.2011.521069.
- Newman CF. Cognitive-behavioral therapy for alcohol and other substance use disorders: the beck model in action. *J Cogn Ther*. 2019;12:307-26. doi:10.1007/s41811-019-00051-9.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford press; 1993.
- ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. การให้การปรึกษาโดยการปรับ ความคิดและพฤติกรรม [Cognitive behavior counseling]. *วารสารพยาบาลสาร*. 2558;42(ฉบับพิเศษ): 205-13.
- Castagna PJ, Upton SR, Long AC. Cognitive behavior therapy for children with emotion regulation challenges. In Maykel C, Bray MA, editors. Promoting mind-body health in schools: interventions for mental health professionals. Washington: American Psychological Association; 2020. p. 317-33.
- Stevens MWR, King DL, Dorstyn D, Delfabbro PH. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26(2):191-203. doi:10.1002/cpp.2341.
- Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X. The treatment of Internet gaming disorder: a brief overview of the PIPATIC program. *Int J Ment Health Addict*. 2018;16(4):1000-15. doi:10.1007/s11469-017-9825-0.
- Pornnoppadol C, Ratta-apha W, Chanpen S, Wattananond S, Dumrongrungruang N, Thongchoi K, et al. A comparative study of psychosocial interventions for internet gaming disorder among adolescents aged 13-17 years. *Int J Ment Health Addict*. 2020;18:932-48. doi:10.1007/s11469-018-9995-4.

17. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.
18. van Meijel VB, Gamel C, van Swieten-Duijfjes B, Grypdonck MH. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *J Adv Nurs.* 2004;48(1):84-92. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x.
19. จารุวรรณ ลิ้มไพบูลย์, ปาหนัน พิษยภิญโญ, สุรินทร์ กลัมพากร. ผลของโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้น [Effect of prevention program on aggressive behavior of early adolescents]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2554;19(1):160-70.
20. ณัฐธิดา คุ่มรอด. ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of the emotion regulation program on depressive symptoms of patients with depressive disorder] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
21. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res.* 1980;4(4):383-95. doi:10.1007/BF01178214.
22. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย [Depression and negative automatic thoughts of late adolescents] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
23. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, พนม เกตุมาน. Game addiction: the crisis and solution [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549 [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ก.ย. 2563]. จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramamentalandpsychiatristknowledge/childpsychiatrist/06112015-1432>
24. Mauss IB, Bunge SA, Gross JJ. Automatic emotion regulation. *Soc Personal Psychol Compass.* 2007;1(1):146-67. doi:10.1111/j.1751-9004.2007.00005.x.
25. พรพิมล พรหมนัส. ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อความสามารถทางอารมณ์และสังคมของเด็กที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง [The effects of an emotion regulation program on the social and emotional competency of children from divorced families] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
26. Zakaria S, Sasagawa S, Essau CA. Exploring the impact of a transdiagnostic cognitive behavioural therapy-based intervention on a group of Malaysian adolescents with problematic drug use and emotional problems. *Addict Behav Rep.* 2021;14:100381. doi:10.1016/j.abrep.2021.100381.
27. Henggeler SW, Sheidow AJ. Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *J Marital Fam Ther.* 2012;38(1):30-58. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00244.x.