

ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว
ต่อพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของ
ผู้ปกครอง

Effects of Cognitive-Behavioral Family Group Counseling on Screen Time Usage in Middle Childhood and Parenting Practices

ศรุตยา เจริญพรพานิชกุล^{1*} และ แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์¹

Saruttaya Charoenphonpanitkul^{1*} and Saengduean Yotanyamaneewong¹

Abstract

This research aimed to study the impact of the family group counseling involving cognitive behavior on screen time utilization by middle childhood as well as parenting practices. The samples were 28 children between 9 to 12 years old in Mueang Nan District, Nan Province. The samples were selected from the purposive sampling method according to the required criteria. A random assignment method was applied to divide them into two groups; 14 in the control group and another 14 in the experimental group. Consent forms were signed by all minor participants and their parents. The research instruments used in this study consisted of two versions: 1) A children's version - which consisted of screen time usage behavior and 2) A parental version which consisted of questionnaires

¹ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

¹Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University, 239, Huay Kaew Road, Suthep Sub-district, Muang District, Chiang Mai Province 50200

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: csaruttaya@gmail.com)

รับบทความวันที่ 18 เมษายน 2565 แก้ไขวันที่ 29 มิถุนายน 2565 รับลงตีพิมพ์วันที่ 8 กรกฎาคม 2565

as well as an eight-session cognitive-behavioral family group counseling program which included children, parents and family sessions. Each counseling session required 90-120 minutes and contained four steps: 1) assessment, 2) the change of thought and behavior, 3) education, and 4) replacement and retention. For the experimental group, the researcher appointed time and place that were most convenient to them and collected pre- and post-group counseling data. While those in the control group were allowed to participate in the same group counseling format once all sessions of the experimental group were completed. The results showed that 1) after participating in the cognitive-behavioral family group counseling, children's average score on screen time usage was lower than that before the experiment with a statistically significant difference at 0.05, and 2) after participating in cognitive-behavioral family group counseling, parents had no statistically significant difference in the average score of parenting practices. The quantitative results in the experimental group during the counseling process concluded that participating in cognitive-behavioral family group counseling could reduce children's screen usage behavior. Moreover, parenting practices could effectively reduce children's screen usage behavior in terms of reconciliation, emotion management, and screen usage behavior control with appropriate parental participation.

Keywords: *Cognitive Behavioral Family Group Counseling, Screen Time Usage, Parenting Practices, Middle Childhood*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรม ความคิดแบบครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กในวัยเด็กตอนกลาง อายุระหว่าง 9 - 12 ปี อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน จำนวนทั้งหมด 28 คน ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่มเพื่อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 14 คน และกลุ่มทดลอง 14 คน โดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ฉบับ คือ ฉบับเด็ก เป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้จอในเด็กวัยตอนกลาง และ ฉบับผู้ปกครอง เป็นแบบวัดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว จำนวนทั้งหมด 8 Session แบ่งเป็น Session สำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว โดยใช้ระยะครั้งละ 90 - 120 นาที มีขั้นตอนการปรึกษา 4 ขั้น ดังนี้ 1) การประเมิน 2) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) การให้ความรู้ และ 4) การแทนที่และการรักษา สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการนัดหมายเวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมกลุ่ม

ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและเก็บข้อมูล ก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้เข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาในรูปแบบเดียวกัน ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว เด็กมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง น้อยกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 2) หลังการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยเชิงปริมาณของกลุ่มทดลอง ในระหว่างกระบวนการศึกษา สรุปได้ว่า การเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวสามารถลดพฤติกรรมการใช้จอในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการปรับความคิด การจัดการอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมการใช้จอ โดยการมีส่วนร่วมกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว พฤติกรรม การใช้จอ พฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง วัยเด็กตอนกลาง

บทนำ

เทคโนโลยีดิจิทัลและการสื่อสารกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของทุกคน อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และเปิดเส้นทางความรู้อย่างไม่จำกัดและทันทั่วถึงแก่ผู้คนทุกเพศทุกวัย จนมีคำกล่าวถึง “สังคมก้มหน้า” จากสภาพแวดล้อมและบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้คนพึ่งพาและรับสื่อมากขึ้น อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะในเด็ก ที่หน้าจอกลายเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเป็นพี่เลี้ยงเด็กแทนพ่อแม่ (Tancharoenwong, Pakdeeronachit, & Svetthitikun, 2016) ผลสำรวจพฤติกรรมการใช้ อินเทอร์เน็ตของเด็กไทยทั่วประเทศ ที่มีอายุระหว่าง 8 - 12 ปี พบว่า เด็กกลุ่มนี้ใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง 3 ชั่วโมง และนิยมใช้สื่อสังคมออนไลน์ถึงร้อยละ 98 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยโลกอยู่ที่ร้อยละ 86 (Digital Economy Promotion Agency, 2018) ในเด็กอเมริกัน มีสมาร์ทโฟนเครื่องแรกเป็นของตนเองและพร้อมเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในช่วงอายุ 10 - 12 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่อายุ 10 ขวบ และมีแท็บเล็ตเป็นของตนเองเมื่ออายุ 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 โดยเด็กรู้สึกว่าการตนเองหมกมุ่นอยู่กับการใช้สมาร์ทโฟนถึงร้อยละ 50 (Howard, 2017) ซึ่งทาง American Academy of Pediatrics (2016) มีคำแนะนำให้ผู้ปกครองเลือกใช้สื่อที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับเด็ก พร้อม กับทำหน้าที่อธิบายให้พวกเขาเข้าใจในสิ่งที่ได้เห็นบนหน้าจอ โดยระยะเวลาการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 - 5 ขวบ ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และเด็กที่มีอายุ 6 - 18 ปี ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน และไม่แนะนำให้มีการใช้อุปกรณ์ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 เดือน

การใช้จอมากเกินไปของเด็กมีผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ การใช้ภาษา และการคิดวิเคราะห์ (Horowitz-Kraus & Hutton, 2017; Kuta, 2017; Twenge & Campbell, 2018; Walsh et al., 2018) ส่งผลให้เด็กเกิดภาวะสมาธิสั้น (Phanichsiri & Tuntasood, 2016) ไม่สนใจบุคคลและสิ่งรอบตัว มีอารมณ์แปรปรวน ถูกเร้าจากสิ่งภายนอกได้ง่าย (Hu, Johnson, & Wu, 2018; Twenge & Campbell, 2018) เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (Maras et al., 2015; Bélair, Kohen, Kingsbury, & Colman, 2018) รวมถึงโรคอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคขนมและน้ำอัดลมตามโฆษณาที่พบเห็นในสื่อสังคมออนไลน์ และจากการลดการทำกิจกรรมนันทนาการหรือออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน จึงก่อให้เกิดปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (Wu, Sun, He, & Jiang, 2016; Kuta, 2017) ลักษณะของการใช้จอสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตอย่างควบคุมไม่ได้นี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย สังคม อารมณ์ และสภาพจิตใจของเด็ก ซึ่งจัดเป็นปัญหาพฤติกรรมเสพติด (Behavioral Addiction) เรียกว่า พฤติกรรมการใช้จอ (Screen Time Usage) (Griffiths, 1999; O'Brien, 2013) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกองค์ประกอบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มวัยเด็กตอนกลาง ซึ่งมักจะมีสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตเป็นของตนเองเครื่องแรก และไม่ทราบว่าตนเองมีพฤติกรรมการใช้จอมาก่อนหรือไม่ โดยองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้จอที่ผู้วิจัยศึกษามี 5 ด้าน ดังนี้ 1) การให้ความสำคัญ (Salience) 2) การใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood Modification) 3) การใช้ที่นานขึ้นเรื่อย ๆ (Tolerance) 4) มีอาการขาดเมื่อเลิกหรือหยุดใช้จอ (Withdrawal) และ 5) การมีความขัดแย้ง (Conflict)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้จอที่ผ่านมามากกว่าสิบปี ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เน้นส่งเสริมการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกายเพิ่มขึ้นเพื่อลดระยะเวลาการใช้จอและพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Katewongsa & Choolers, 2017; Ha, Lonsdale, Lubans, Ng, & Ng, 2021) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Salmon, Ball, Hume, Booth, & Crawford, 2008 cited in Schmidt et al., 2012) การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดต่อการเสพติดอินเทอร์เน็ต (CBT-IA) (Young, Yue, & Ying, 2011) และการฝึกอบรมผู้ปกครองในเด็กที่มีพฤติกรรมติดเกม (Pornnopadol & Vasupanrajit, 2016) ทั้งนี้ พฤติกรรมการใช้จอของเด็กนั้นสาเหตุส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับครอบครัว เนื่องจากการใช้หน้าจอของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้หน้าจอของเด็ก เพราะเด็กมักจะเลียนแบบพฤติกรรม ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการลดเวลาหน้าจอของเด็ก (Lee & Chae, 2007 cited in Hu et al., 2018)

กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงควรให้ผู้ปกครองมีบทบาทและเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (Cognitive Behavioral Family Therapy: CBFT) เป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว โดยสร้างความตระหนักรู้ถึงความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของตนเอง และความสัมพันธ์ในครอบครัว ฝึกทักษะ อบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรม ควบคู่ไปกับการเพิ่มองค์ประกอบทางความคิดของเด็ก โดยเน้นที่การเปลี่ยนทัศนคติ การมุ่งเน้นนี้ไม่ใช่เพียงแค่แบบแผนพฤติกรรมเพื่อกระตุ้นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าให้ปรับตัวได้มากขึ้น แต่ยังช่วยให้

สมาชิกในครอบครัวเห็นว่า ความคิดของพวกเขามีผลกระทบต่อตนเองและคนในครอบครัวอย่างไร (Lan & Sher, 2019) มีการศึกษาพบว่า CBFT นิยมใช้ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่น โดยพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาด้วย (Maras et al., 2015) ทั้งนี้ ใน CBFT ผู้ปกครองจะได้เรียนรู้เพิ่มเติมถึงทักษะที่สำคัญ เช่น ทักษะการฟัง การสื่อสาร การแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อการเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา และฝึกใช้ทักษะการแก้ปัญหาพฤติกรรมร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและเด็ก (Rattanabunpoj, 2016; Asarnow, Hughes, Babeva, & Sugar, 2017) โดย CBFT มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมิน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่สำคัญของครอบครัว รวมไปถึงการประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ทั้งในแง่ของความถี่ ระยะเวลา บริบทสภาพแวดล้อม และในการวิเคราะห์ปัญหา 2) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการระบุพฤติกรรมหรือความคิดที่ทำให้เกิดปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเริ่มสร้างนิสัยในการจับสังเกตการรับรู้ของตนเอง และการแยกแยะผลที่อาจเกิดจากการรับรู้ นั้น โดยการสร้างตารางบันทึกพฤติกรรมพื้นฐาน 3) การให้ความรู้ เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้เบื้องต้น อภิปรายผลกระทบที่เกิดจากความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทำให้ตระหนักว่ามีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น มีทางเลือกมากขึ้นด้วยการสร้างมุมมองใหม่ และ 4) การแทนที่และการรักษา หลังจากได้รับการฝึกฝนที่จะพัฒนาการรับรู้ในตนเอง และเกิดการเข้าใจครอบครัวของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาจะเข้ามาเสริมสร้างเทคนิคที่นิยมใช้ในการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ต่อเนื่องต่อไปด้วยตนเอง (Schwebel & Fine, 1992; Gehart, 2010)

จากค่าเฉลี่ยของเด็กและเยาวชนไทยที่ใช้อัจสูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยโลกนั้น ปัญหาพฤติกรรมการใช้อัจจึงเป็นหนึ่งในปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กวัยตอนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกรมสุขภาพจิต ด้านการพัฒนาสุขภาพจิตในวัยเรียนและวัยรุ่น ที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ให้ได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น (Department of Mental Health, 2019) ทั้งนี้ CBFT เป็นที่แพร่หลายในต่างประเทศ และพบว่ามีประสิทธิภาพสูง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแนวคิดและทฤษฎีนี้ โดยมีความมุ่งหวังเพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้อัจในวัยเด็กตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมการใช้อัจของเด็ก และเตรียมความพร้อมก้าวสู่ช่วงวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้อัจในวัยเด็กตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการของวัยเด็กตอนกลาง

วัยเด็กตอนกลาง (Middle Childhood) คือ เด็กที่มีอายุประมาณ 9 - 12 ปี ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลาย เด็กในวัยนี้จะมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้าน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการรู้การคิด ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านการสื่อสาร และด้านศีลธรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) พัฒนาการด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความสูงและน้ำหนัก กล้ามเนื้อมัดเล็กและใหญ่ทำงานประสานกันได้ดีขึ้น มีระบบประสาทที่พัฒนาขึ้น 2) พัฒนาการด้านการรู้การคิด ตามแนวคิดของ Piaget (1970 cited in Rittakananon, 2006; cited in Horsiri, 2016) คือ ขั้นปฏิบัติการคิดแบบรูปธรรม เด็กวัยนี้จะมีกระบวนการคิดและแสดงออกผ่านสิ่งที่มองเห็น รับรู้ได้จริง และจับต้องได้ เริ่มเข้าใจและเรียนรู้หลักการต่าง ๆ ทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ มีความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับแนวคิดเชิงปริมาณ 3) พัฒนาการด้านอารมณ์ จะเริ่มมีอารมณ์ที่ซับซ้อนขึ้น จากการได้รับอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงการเข้าใจถึงกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมและสังคม การพัฒนาอารมณ์ของเด็กในวัยนี้จึงมักขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อตัวเด็ก (Ministry of Children and Youth Services, 2017) การที่เด็กรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้ การให้กำลังใจและการสนับสนุน จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง 4) พัฒนาการด้านจิตใจ ตามแนวคิดและทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่พยายามอธิบายพัฒนาการทางด้านจิตใจ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ (1) พัฒนาการทางจิตใจด้านเพศ วัยเด็กตอนกลางในมุมมองของ Freud (1920 cited in Kaewkangwan, 2008; cited in Horsiri, 2016) คือ Latency Stage เป็นช่วงเวลาที่เด็กให้ความสำคัญกับการเรียนรู้และสำรวจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เช่น การเล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน หรือการสำรวจบริเวณของโรงเรียน การให้เด็กได้พัฒนาและเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมในช่วงนี้ จะทำให้เด็กมีความต้องการในการประสบความสำเร็จในชีวิต และมีความมั่นใจในตัวเอง ในทางกลับกันหากไม่ได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสม เด็กอาจมีการรับรู้ว่าตนเองขาดความสามารถและขาดความพยายามในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ และ (2) พัฒนาการทางจิตใจด้านสังคม ตามแนวคิดของ Erikson (1950; 1963 cited in Horsiri, 2016) ระบุว่า เด็กอายุระหว่าง 5 - 13 ปี จะมีพัฒนาการทางจิตสังคม คือ Industry vs. Inferiority เด็กวัยนี้ จะรู้จักควบคุมการเล่นของตนให้อยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น เข้าใจกฎระเบียบ รวมถึงกติกาทางสังคมมากขึ้น พัฒนาการในขั้นนี้ เด็กจะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองของเด็ก และพัฒนาเป็นบุคลิกภาพของแต่ละคน ดังนั้นในช่วงวัยนี้ พ่อแม่จึงควรส่งเสริมพัฒนาการด้วยการชื่นชมให้กำลังใจรวมถึงการคาดหวังที่พอดี 5) พัฒนาการด้านการสื่อสาร ในวัยนี้เด็กจะสามารถสื่อสาร รับฟัง และตอบผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถแสดงความคิดเห็น ถามคำถาม รวมถึงโน้มน้าวผู้อื่นได้ และที่สำคัญคือสามารถปรับเปลี่ยนบทสนทนาไปตามการรับรู้ในมุมมองของผู้อื่นได้ และ 6) พัฒนาการด้านศีลธรรม ตามแนวคิดของ Kohlberg (1971 cited in Rittakananon, 2006; cited in Horsiri, 2016) เด็กในวัยตอนกลางมีพัฒนาการด้านศีลธรรม 2 ขั้น ได้แก่ (1) ขั้น

Preconventional Level เป็นขั้นที่เด็กทำตามคำสั่งผู้ใหญ่โดยมีคำชม รางวัล หรือการถูกทำโทษ เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจ โดยเด็กอายุ 7 - 10 ปี จะมีพฤติกรรมดี ก็ต่อเมื่อการกระทำนั้น ได้รับคำชม หรือการตอบแทนเป็นรางวัล และ (2) ขั้น Conventional Level เป็นขั้นที่เด็กเข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคมและครอบครัวว่าเป็นข้อกำหนดที่ต้องปฏิบัติตาม โดยอายุ 10 - 13 ปี จะมีการทำดี เพราะต้องการมีสัมพันธภาพที่ดี และต้องการการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้จอ

พฤติกรรมการใช้จอ หมายถึง ลักษณะของการใช้อุปกรณ์โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ตอย่างควบคุมไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย สังคม อารมณ์ และสภาพจิตใจของบุคคลหนึ่ง การใช้จอจัดเป็นการติดเจ็บบทพฤติกรรม โดยการศึกษาการใช้จอสามารถอ้างอิงตามเกณฑ์วินิจฉัย Internet Addiction (O'Brien, 2013) ทั้งนี้ Griffiths (1999) ได้จัดกลุ่มเกณฑ์วินิจฉัยเป็นองค์ประกอบ 6 ด้าน โดยผู้วิจัยได้เลือกองค์ประกอบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย หากแต่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า เนื่องจากการประเมินการใช้จอครั้งแรก จึงนำองค์ประกอบด้านการกลับคืนสู่สภาพเดิม (Relapse) ออก ดังนั้นองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้จอที่ผู้วิจัยศึกษาจึงมีทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) การให้ความสำคัญ หมายถึง บุคคลมีความหมกมุ่นกับการใช้หน้าจอ ส่วนใหญ่ใช้จอร่วมกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวัน 2) การใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หมายถึง บุคคลมีการใช้จอเพื่อบรรเทาอารมณ์ทางลบ หรือใช้เพื่อตอบสนองความเครียดหรือผ่อนคลาย 3) การใช้ที่นานขึ้นเรื่อย ๆ หมายถึง บุคคลมีการเพิ่มพฤติกรรมการใช้จออย่างควบคุมไม่ได้ หรือใช้จอเกินเวลาที่กำหนดไว้ 4) มีอาการขาดเมื่อเลิกหรือหยุดใช้จอ หมายถึง บุคคลมีความรู้สึกไม่พอใจ หงุดหงิดฉุนเฉียว และเกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย เมื่อไม่สามารถทำพฤติกรรมการใช้จอได้ และ 5) การมีความขัดแย้ง หมายถึง บุคคลมีอาการหมดความสนใจในงาน การเรียน งานอดิเรกอื่น ๆ นอกเหนือจากการใช้จอ จนเกิดผลกระทบต่อผลของการงาน การเรียน การเงิน สุขภาพ เพราะติดอยู่กับการใช้จอ รวมถึงมีความสัมพันธ์กับสังคมรอบข้างลดลง และได้รับคำเตือนจากบุคคลอื่นเกี่ยวกับการใช้จอที่มากเกินไป (Young et al., 2011; Kesici & Fidan Tunc, 2018) เช่นเดียวกับ Alrobai and Dogan (2015); Pornnopadol and Vasupanrajit (2016); Ha et al., (2021) กล่าวว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ต เป็นการเสพติดทั้งทางพฤติกรรมและจิตใจ มักแสดงออกในลักษณะที่ควบคุมการใช้งานอินเทอร์เน็ตไม่ได้ รวมถึงมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และมีแนวโน้มการใช้มากขึ้นเรื่อย ๆ หากถูกขัดหรือมีสิ่งกีดขวางไม่ให้อ่านการใช้งานอินเทอร์เน็ตก็จะมีปฏิกิริยาทางลบ

แนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว

แนวคิด CBFT แรกเริ่มมีรากฐานมาจากทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และการบำบัดแนวคิดพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ดังนี้ 1) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) นำมาใช้ในการตีความการตอบสนองต่อสิ่งที่เรียนรู้ (Learned Responses) และเน้นถึงผลกระทบของการเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers) ต่อพฤติกรรมที่ต้องการปรับแต่ง (Shaping) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขเกี่ยวกับพฤติกรรมเสริมแรง-การตอบสนองในการทดลองในสุนัขของ

พาฟลอฟ (Pavlov) และการทดลองเกี่ยวกับให้รางวัล-การลงโทษในแมวของสกินเนอร์ (Skinner) จากการทดลองนี้ทั้งสองทฤษฎียังคงถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเกี่ยวกับการบำบัดความหวาดกลัว ความวิตกกังวล และการอบรมเลี้ยงดู รวมถึงทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ยังเป็นองค์ประกอบหลักของ CBT โดยมุ่งเน้นว่าผู้คนจะมุ่งสร้างผลตอบแทนที่สูงที่สุด และพยายามเสียต้นทุนน้อยที่สุด ดังนั้นพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยเพิ่มการแลกเปลี่ยนเชิงบวก และลดการแลกเปลี่ยนเชิงลบให้น้อยที่สุด (Gehart, 2010; Lan & Sher, 2019) 2) จากมุมมองของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) ในปี 1980 การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม ได้ถูกนำมาใช้กับการบำบัดครอบครัวและชีวิตคู่ โดยต่อมาได้มีการนำองค์ประกอบทางจิตวิทยาพัฒนาเป็นแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมความคิด และมีการบำบัดครอบครัว (Family Therapy) เข้าด้วยกัน เรียกว่า แนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว (CBFT) เป็นรากฐานในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา พฤติกรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว ทั้งนี้ การรับรู้และการอนุมานของบุคคลจะถูกสร้างรูปแบบอย่างต่อเนื่องในช่วงต้นชีวิต จากครอบครัวซึ่งเป็นทรัพยากรหลัก จนเป็นฐานของแบบแผนความคิด (Schema) และมีอิทธิพลต่อความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) ของบุคคลนั้น รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความสัมพันธ์และต่อคนสำคัญ ยิ่งประสบการณ์ในครอบครัวมีร่วมกันมากเท่าไร บุคคลจะยิ่งค่อย ๆ พัฒนาความเชื่อ (Believe) โดยนำไปสู่แบบแผนของครอบครัว (Family Schema) หากแบบแผนครอบครัวนั้นนำไปสู่การบิดเบือนทางความคิด (Cognitive Distortions) อาจส่งผลให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันที่ผิดปกติ ซึ่ง CBFT มุ่งเน้นไปที่การกระทำของสมาชิกครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน (Dattilio, 2001 cited in Gladding, 2019; Lan & Sher, 2019) ได้แก่ 1) ปฏิสัมพันธ์เชิงลบที่มากเกินไปและการขาดความสมดุลในพฤติกรรมที่แลกเปลี่ยนกันโดยสมาชิกในครอบครัว 2) ทักษะการแสดงออกและการฟังที่ใช้ในการสื่อสาร 3) ทักษะการแก้ปัญหา และ 4) ทักษะการเจรจาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการฝึกอบรมการเป็นผู้ปกครอง (Parent Training) เป็นทักษะที่สำคัญที่สุดในการปรึกษาแบบ CBFT ซึ่งหลักการพื้นฐานของการเสริมแรง คือ การตอบสนองเชิงบวกและเชิงลบจากสภาพแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมในอนาคตของตัวบุคคล ต้องมีความสม่ำเสมอ (Consistency) และสิ่งสำคัญ คือ การเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง (Gehart, 2010)

โดย CBFT มีขั้นตอนในการปรึกษา 4 ขั้น (Schwebel & Fine, 1992; Gehart, 2010) ดังนี้ 1) การประเมิน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่สำคัญของครอบครัว รวมไปถึงการประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ทั้งในแง่ของความคิด ระยะเวลา บริบทสภาพแวดล้อม และในการวิเคราะห์ปัญหาควรระบุความคิดหรือพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้ควรมีการทำสัญญาที่เป็นลายลักษณ์อักษร (Written Contracts) ในการปรึกษา 2) การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม เป็นการระบุพฤติกรรมหรือความคิดที่ทำให้เกิดปัญหา ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเริ่มสร้างนิสัยในการจับสังเกตการรับรู้ของตนเอง และสร้างนิสัยในการแยกแยะผลที่อาจเกิดจากการรับรู้ขึ้น โดยการสร้างตารางบันทึกพฤติกรรมพื้นฐาน (Sample Baseline Log) (Gehart, 2010) 3) การให้ความรู้ เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้เบื้องต้น อภิปรายผลกระทบที่เกิดจากความคิดและ

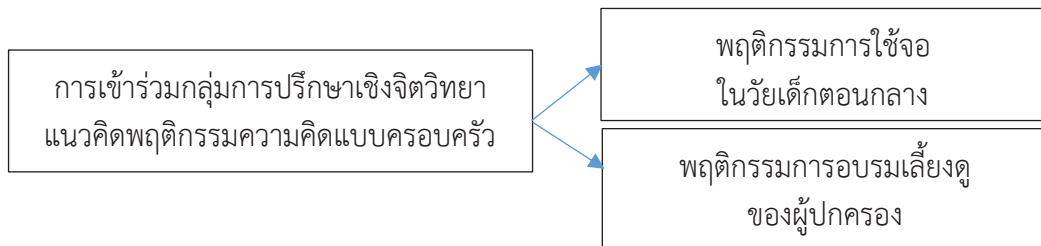
พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป้าหมายเพื่อสอนให้ผู้รับการปรึกษามีการเตือนตนเอง และเมื่อผู้รับการปรึกษามีทักษะในการตระหนักรู้ว่ามีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น (Dysfunction) ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยเปลี่ยนความคิดให้มีทางเลือกมากขึ้นด้วยการสร้างมุมมองใหม่ (Reframe) ผ่านทฤษฎี A-B-C Theory ของ Ellis (1978; 1994 cited in Gehart, 2010) ซึ่งอธิบายถึงความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลของบุคคล และนำมาใช้สำหรับครอบครัวยุทธศาสตร์ รวมถึงการบำบัดการรู้คิดของ Beck (1976 cited in Gehart, 2010) ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความคิด (Schemas) หรือความเชื่อที่ฝังรากลึก (Core Beliefs) ที่เป็นเชื้อเพลิงของปัญหาในชีวิตของแต่ละบุคคล โดย Dattilio (2005 cited in Gehart, 2010) ได้แบ่งประเภทของความคิดที่บิดเบือนไว้ 8 ประเภท ดังนี้ (1) การอนุมานตามอำเภอใจ (Arbitrary Inference) (2) การเลือกเฉพาะสิ่งที่ตนสนใจ (Selective Abstraction) (3) การสรุปเหมารวม (Over-generalization) (4) การทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ (Magnification) และการทำให้เป็นเรื่องเล็กน้อย (Minimization) (5) การสรุปเหตุการณ์เข้าข้างตนเอง (Personalization) (6) ความคิดสุดขั้วด้านใดด้านหนึ่ง (Dichotomous Thinking) (7) การติดตรา (Mislabeling) และ (8) การเดาใจ (Mind-reading) 4) การแทนที่และรักษา (Replace and Retain) เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รับการฝึกฝนที่จะพัฒนาการรับรู้ในตนเอง และเกิดความเข้าใจในครอบครัวของตน ผู้ให้คำปรึกษาจะเข้ามาเสริมสร้างเทคนิคที่นิยมใช้ในการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ให้พฤติกรรมใหม่เกิดขึ้นต่อเนื่องต่อไปด้วยตนเอง ดังนี้ การเสริมแรงในทางบวก (Positive Reinforcement) การหยุดรางวัล (Extinction) การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) การสร้างข้อตกลงร่วมกัน (Contingency Contracts) และการหยุดเสริมแรงชั่วคราว (Time-out) เป็นต้น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษามักจะใช้ร่วมกันเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้เป็นรายบุคคล และให้การยอมรับเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Gladding, 2019)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้การทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ การเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุทธศาสตร์ (CBFT)
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้จอของเด็กวัยตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา: จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีโดยคณะนักวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1.9.4 และกำหนดให้มีค่าขนาดการทดสอบ จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ขนาดอิทธิพลที่ระดับ 1 (Du, Jiang, & Vance, 2010) สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวนทั้งหมด 28 คน จากนั้นจึงสุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assignment) เพื่อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 14 คน และกลุ่มทดลอง 14 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) เด็กวัยตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 9 - 12 ปี 2) มีพฤติกรรมการใช้จอเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ตามคำแนะนำการใช้เวลาหน้าจอที่เหมาะสมในเด็กวัยตอนกลางซึ่งเป็นวัยที่มักมีสมาธิโฟน/เหินห่างของตนเองเป็นครั้งแรก (American Academy of Pediatrics, 2016) 3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาตามวันและเวลาที่กำหนด โดยได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง 4) ผู้ปกครองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งอย่างน้อย 1 คนต่อครอบครัว และ 5) สามารถอ่านเขียนและสื่อสารใช้ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีปัญหาสุขภาพทางกายที่เป็นอุปสรรคในการร่วมการวิจัย และ 2) มีความต้องการพิเศษ เช่น ความบกพร่อง

ทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities) หรือ ภาวะออทิสติก (Autistic Disorder) ส่วนเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดจนจบโครงการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 ฉบับเด็ก ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง (นาทิจ) ต่อวันและรูปแบบกิจกรรมที่มี ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้จอ แบบวัดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสรุปแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยอ้างอิงตามเกณฑ์วินิจฉัย Internet Addiction (Griffiths, 1999; O'Brien, 2013) มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) มีค่า 0.75 - 1.00 ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .336 - .782 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับตั้งแต่ .945 ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale ให้คะแนนแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ใช่เลย ถึง ไม่ใช่เลย) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ บุคคลที่มีคะแนนมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้จอมากกว่าบุคคลที่ได้คะแนนน้อย

ฉบับที่ 2 ฉบับผู้ปกครอง ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว (นาทิจ) ต่อวันและรูปแบบกิจกรรมที่มี ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยแบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำมาพัฒนาต่อจากนักวิจัยผู้สร้างเครื่องมือ คือ Khamon, Charnsit, Srisurapanont, and Suradom (2019) ซึ่งทำการพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงสอดคล้องของแบบประเมินพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) จากฉบับภาษาอังกฤษของ Frick (1996) โดยแบบวัดนี้มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .244 - .723 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับตั้งแต่ .884 โดยมาตรวัดแบบ Likert Scale ให้คะแนนแบบประมาณค่า 5 ระดับ (บ่อยมาก ถึง ไม่เคย) เพื่อวัดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 30 ข้อ บุคคลที่มีคะแนนมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองเหมาะสมกว่าบุคคลที่มีคะแนนน้อย

สำหรับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวย่อย จำนวนทั้งหมด 8 Session แบ่งเป็น Session สำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว ใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 - 120 นาที มีขั้นตอนการปรึกษา 4 ขั้น ดังนี้ 1) การประเมิน 2) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) การให้ความรู้ และ 4) การแทนที่และการรักษา โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ใช้ในการวิจัยมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาจำนวน 3 ท่าน และมีการทดลองใช้ (Pilot Test) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
2. ใช้การวิเคราะห์ค่าสถิติแบบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent-Samples t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน จากการทำแบบวัดพฤติกรรมการใช้จอและพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครอง ในช่วงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ใช้การวิเคราะห์ค่าสถิติแบบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent-Samples t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน จากการทำแบบวัดพฤติกรรมการใช้จอและพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครอง ในช่วงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลน่าน รหัสโครงการวิจัย COA No. 011 Nan Hos. No.011/2564 โดยมีการอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม รวมทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง และผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่ออนุญาตในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรม

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรม

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2	14.286	5	35.714
หญิง	12	85.714	9	64.286

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
9	0	0	1	7.143
10	6	42.857	5	35.714
11	8	57.143	7	50.000
12	0	0	1	7.143
$(\bar{X} = 10.57, S.D.=.634)$				
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่ 4	0	0	1	7.143
ประถมศึกษาปีที่ 5	14	100.000	12	85.714
ประถมศึกษาปีที่ 6	0	0	1	7.143
ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรม				
บิดา	3	21.429	1	7.143
มารดา	7	50.000	10	71.429
ปู่	1	7.143	1	7.143
ย่า	1	7.143	1	7.143
ตา	0	0	1	7.143
ยาย	1	7.143	0	0
ญาติ	1	7.143	0	0

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.714 และเพศชาย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.286 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 11 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.143 รองลงมา คือ อายุ 10 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 42.857 กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 100.000 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.000 รองลงมาเป็นบิดา จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.429 และมีปู่ ย่า ยาย และญาติ จำนวน 1 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.143

กลุ่มควบคุม มีจำนวน 14 คน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.286 และเพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.714 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 11 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.000 รองลงมาอายุ 10 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.714 และมีอายุ 9 ปี และ 12 ปี จำนวน 1 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.143 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.714 และการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 6 จำนวน 1 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.143 ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.429 และมีบิดา ปู่ ย่า และตา จำนวน 1 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.143

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการใช้จอ (นาฬิกา) ต่อวัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เพื่อทำการทดสอบความเท่าเทียมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	S.D.	T-test	P-value
กลุ่มทดลอง	14	520.071	189.757	0.195	0.848
กลุ่มควบคุม	14	507.857	142.407		

* คำนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า จำนวนระยะเวลาการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง (นาฬิกา) ต่อวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกัน

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้จอ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครั

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้จอ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุคใหม่

กลุ่มทดลอง	M	S.D.	T-test	P-value	การแปลผล
คะแนนพฤติกรรมการใช้จอ					
ก่อนเข้าร่วมกลุ่มฯ	80.429	12.164	3.471	0.004*	ระดับมาก
หลังเข้าร่วมกลุ่มฯ	63.286	16.904			ระดับปานกลาง
คะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู					
ก่อนเข้าร่วมกลุ่มฯ	117.357	11.331	-0.630	0.540	ระดับมาก
หลังเข้าร่วมกลุ่มฯ	119.286	15.843			ระดับมาก

* คำนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้จอ ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม เท่ากับ 80.429 และ 12.164 และหลังเข้าร่วมกลุ่มเท่ากับ 63.286 และ 16.904 ตามลำดับ ค่า P-value เท่ากับ 0.004 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้จอ ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้จอหลังได้เข้าร่วมกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มจากมีพฤติกรรมการใช้จออยู่ในระดับมากเป็นระดับปานกลาง

ส่วนคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนได้เข้าร่วมกลุ่มเท่ากับ 117.357 และ 11.331 และหลังเข้าร่วมกลุ่มเท่ากับ 119.286 และ 15.843 ตามลำดับ ค่า P-value เท่ากับ 0.540 ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มการศึกษามีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาระดับจิตวิทยาแนวพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุคใหม่

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรม ความคิดแบบครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	M	S.D.	T-test	P-value	การแปลผล
คะแนนพฤติกรรมการใช้จอ					
กลุ่มทดลอง	63.286	16.904	-2.158	0.044*	ระดับปานกลาง
กลุ่มควบคุม	74.214	8.559			ระดับมาก
คะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู					
กลุ่มทดลอง	119.286	15.843	0.314	0.757	ระดับมาก
กลุ่มควบคุม	117.857	6.237			ระดับมาก

* คำนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง แตกต่างกัน โดยพบว่า ค่า P-value เท่ากับ 0.044 มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 63.286 (S.D. = 16.904) อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 74.214 (S.D. = 8.559) อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 119.286 (S.D. = 15.843) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 117.857 (S.D. = 6.237) อยู่ในระดับเท่ากัน คือ มีพฤติกรรม การอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองระดับมาก เช่นเดียวกับก่อนเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า หลังการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิด พฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้จอในเด็กวัยตอนกลางและพฤติกรรมการอบรม เลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง น้อยกว่าก่อนการทดลอง อภิปรายได้ว่า ทฤษฎี CBFT นั้นมีพื้นฐานความเชื่อจากแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมว่า พฤติกรรม เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยให้สมาชิก ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ใหม่ รวมถึงได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดปัญญานิยม คือ การตระหนักถึง ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจุดเด่นของ CBFT คือการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้สมาชิก

ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตระหนักถึงอิทธิพลของความคิดอัตโนมัติ รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อความสัมพันธ์ของคนสำคัญ ความเชื่อ การบิดเบือนทางความคิด ซึ่งจะนำไปสู่แบบแผนของครอบครัว และรูปแบบการตอบสนองของตนเองที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์ในการมีกิจกรรมครอบครัวรูปแบบใหม่ โดยเทคนิคสำคัญที่ใช้ในทฤษฎีนี้ คือ การฝึกทักษะผู้ปกครอง (Dattilio, 2002)

เช่นเดียวกับ Rattanabunpoj (2016) กล่าวว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบ CBFT ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาและครอบครัวได้เรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิดเชิงลบของตนเองไปสู่ความคิดเชิงบวก เสริมสร้างกำลังใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีทักษะในการเผชิญ และแก้ไขปัญหาาร่วมกันในครอบครัวได้ดีขึ้น ทั้งนี้ CBFT มักใช้ในการให้คำปรึกษาปัญหาทางพฤติกรรม ความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงสามารถประยุกต์ใช้ในการปรึกษาปัญหาพฤติกรรมและการเสพติด (Sotthiyapai, Damsangsawat, & Sirathatnararajana, 2017) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Du et al., (2010); Nantasen and Presertsin (2020) ที่ศึกษาผลการทดลองรูปแบบ RCTs ของการนำเทคนิค CBT ใช้ในเด็กและผู้ปกครอง ร่วมกับการฝึกสุขภาพจิตศึกษาให้กับครู พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการควบคุมเวลาในการใช้อัจฉที่เหมาะสมขึ้น สามารถจัดการอารมณ์และควบคุม พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตให้ลดลงได้ ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมานั้นสอดคล้องกับทฤษฎี CBFT โดยการออกแบบมีเป้าหมายในการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่เน้นพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับการใช้อัจฉ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้อัจฉที่มากเกินไปให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ โปรแกรมนี้มีจำนวนทั้งหมด 8 Session แบ่งเป็น Session สำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 - 120 นาที มีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 4 ขั้น ดังนี้ 1) การประเมิน 2) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม 3) การให้ความรู้ และ 4) การแทนที่และรักษา (Gehart, 2010)

จากกิจกรรมขั้นที่ 1 (การประเมิน) ได้แก่ สร้างนาฬิกาการใช้อัจฉของตนเอง เพื่อให้ตระหนักถึงพฤติกรรมในการใช้อัจฉของตนเอง ทำให้ทราบสาเหตุการใช้อัจฉของตนเองได้ทราบความถี่ และระยะเวลาการใช้ที่ผ่านมา จากนั้นแลกเปลี่ยนกันว่าเห็นอะไรจากการแบ่งปันเรื่องราวของนาฬิกาการใช้อัจฉร่วมกันในกลุ่ม โดยผู้รับคำปรึกษาเริ่มเห็นความแตกต่างของการใช้อัจฉของตนและผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาชวนมองถึงเหตุผลเชิงลึกที่แต่ละคนใช้อัจฉ และทบทวนถึงการใช้ของตนเองว่าเป็นอย่างไร เช่น “ตายแล้วของหนูเยอะกว่าใคร ไม่นอนเลยตอนกลางคืน” “เล่นเยอะจนไม่เคยได้คุยกับใครในบ้านเลย ตื่นมากินข้าว เล่นและนอน” “คนที่คุยด้วยในเกมก็เป็นคนที่หนูวางใจมากที่สุด” “พ่อแม่ถามแต่เรื่องเรียน ไม่เคยชวนทำอย่างอื่นเลย บางทีหนูเครียด ไม่อยากเรียนพิเศษ อยากให้พ่อแม่เข้าใจบ้างว่าบางทีมันก็อยากพัก” เป็นต้น

กิจกรรมขั้นที่ 2 (การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม) ได้แก่ การฝึกแยกความคิด อารมณ์ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้อัจฉ เรียนรู้เรื่องอารมณ์และรู้จักตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ รวมถึงการสำรวจความคิดอัตโนมัติและรูปแบบความคิด ขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มจะชักชวนให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบว่าความคิดดังกล่าวมีความเหมาะสม เป็นเหตุเป็นผล เป็นไปตามความเป็นจริงหรือไม่ โดยการใช้คำถามโต้แย้ง (Socratic Question) เช่นเดียวกับ Pityaratstian et al. (2015) เพื่อปรับเปลี่ยน

ให้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เช่น “พอแม่เห็นเราใช้จอบก็บ่นทันที เราก็มโนให้แม่บ่น หัวร้อนก็เลยอาละวาด จริง ๆ ไม่ได้อยากทะเลาะกับแม่ แต่ตอนนั้นกำลังเล่นเพลินแล้วแม่มาบอกให้หยุดทันที เกมมันหยุดไม่ได้ มันยังไม่ถึงจุดพัก” เป็น “ถ้าคิดว่าแม่เป็นห่วงก็จะไม่โกรธมาก คิดว่าก็ยังดีที่แม่รัก แต่ก็อยากให้แม่บอกเราดี ๆ” จากนั้นจึงชวนผู้รับคำปรึกษาตั้งเป้าหมายถึงพฤติกรรมการใช้จอบที่เหมาะสม มองข้อดีและข้อเสียของการใช้จอบ และเปรียบเทียบถึงผลกระทบทางบวกและทางลบ ทั้งทางกาย อารมณ์ สังคม การเรียน เป็นต้น สะท้อนถึงพฤติกรรมทางเลือกหากไม่ใช้จอบ

กิจกรรมขั้นที่ 3 (การให้ความรู้) เพื่อนำเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ได้ฝึกความตระหนักเกี่ยวกับความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลเกิดขึ้น ทบทวนความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองและครอบครัว โดยใช้ A-B-C Theory วิเคราะห์ร่วมกัน ตามการบำบัดของ Ellis (1978 cited in Dattilio, 2002) ที่กล่าวว่า A-B-C Theory จะนำมาใช้เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเห็นถึงการกล่าวโทษ เหตุการณ์กระตุ้นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น (A = Activating Event) และจะถูกสอนให้ตรวจสอบความคิดที่ไร้เหตุผล (B = Belief) เพื่อให้มีตรรกะที่ถูกต้องมากขึ้น ผ่านการถามและการได้อธิบายซึ่งกันและกัน (C = Emotional and Behavioral Consequence) โดยมีเป้าหมายคือการปรับความเชื่อและความคาดหวังเพื่อให้พอดีอย่างเป็นเหตุผลตามความเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่สะท้อนแบบแผนครอบครัวและความเชื่อ (Family Schemas and Core Beliefs) ตามการบำบัดปัญญานิยมของ Beck (1976 cited in Gehart, 2010) ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแบบแผนความคิด หรือความเชื่อที่ฝังรากลึก ที่เป็นเชื้อเพลิงของปัญหาในชีวิตของแต่ละบุคคล ให้มีทางเลือกมากขึ้นด้วยการสร้างมุมมองใหม่ (Reframe) และได้มีการฝึกโต้ตอบในครอบครัวแล้ว เพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางบวกต่อจึงฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ (Deep Listening) และการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) เพื่อให้สามารถบอกความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของตนเอง รวมถึงการสอนพฤติกรรมผู้ปกครองในกลุ่มผู้ปกครอง การฝึกบทบาทสมมติในการโต้ตอบตามสถานการณ์ที่คาดว่าจะพบเจอในการปรับพฤติกรรม เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ความมั่นใจในการปฏิบัติจริง

กิจกรรมขั้นที่ 4 (การแทนที่และรักษา) มีการออกแบบกิจกรรมใหม่ของตนเอง โดยเขียนตารางกิจวัตรประจำวันใหม่ที่ตนเองต้องการจัดการอย่างชัดเจน เพื่อลดช่วงเวลาในการใช้จอบและเพิ่มกิจกรรมที่ทำร่วมกันในครอบครัว จากนั้นนำตารางกิจวัตรประจำวันที่ต้องการมาแลกเปลี่ยนกับคนในครอบครัว เพื่อสร้างตารางกิจวัตรประจำวันที่มีความสอดคล้องร่วมกันและทำข้อตกลงในการทำกิจกรรม โดยเด็กและผู้ปกครองนำทักษะที่ได้เรียนรู้มาใช้เพื่อสื่อสารและตกลงกันเป็นสัญญาใจ สอดคล้องกับ Dattilio (2002) กล่าวว่า เป้าหมายหลักของ CBT นั้นคือการเอื้ออำนวยให้สมาชิกในครอบครัวมีพันธะสัญญาต่อการสำรวจตนเอง (Self-Monitoring) ถึงความคิดที่บิดเบือนและความเชื่อ เพื่อที่จะตระหนักได้ทันทีที่และสามารถแก้ไขรูปแบบที่เคยชินของพฤติกรรมเดิมที่ไม่เหมาะสมด้วยตนเอง เมื่อใดก็ตามที่ทำสำเร็จ ผู้ให้คำปรึกษาจะเริ่มลดการชี้นำลง และนำไปสู่การสะท้อนด้วยตนเองของผู้รับบริการ (Self-Reflective) ซึ่งจะทำให้การฝึกนั้นมีประสิทธิภาพต่อเนื่องได้อย่างมาก เช่น “แม่บ่นน้อยลง ฉันจอบน้อยลง” “มีเวลาให้กันมากขึ้น รับผิดชอบหน้าที่ตัวเองได้ดี แบ่งเวลาเป็น” “มีเวลาทำกิจกรรม

ร่วมกัน มีการสื่อสารที่ดีขึ้น” “ทำสัญญาใจได้ใช้เวลากับครอบครัวมากขึ้น” “จากไม่กล้าบอกความต้องการ สิ่งที่ยอยากจะทำให้คนในครอบครัวฟัง คือ มีความสุขมากแต่ไม่ค่อยกล้าพูดมากนัก”

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัว สามารถลดพฤติกรรมการใช้จอในเด็กวัยตอนกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการปรับความคิด จัดการอารมณ์ และควบคุมพฤติกรรมการใช้จอ โดยการมีส่วนร่วมด้วยครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้จอในเด็กวัยตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า 1) การที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง จัดอยู่ในระดับมาก (ระดับที่ 4 จาก 5 ระดับ) และหลังเสร็จสิ้นการทดลองยังคงจัดอยู่ในระดับมากเช่นเดิม ทั้งนี้ เกิดจากการวิจัยได้เปิดรับอาสาสมัครเข้าร่วมตามความสมัครใจ ไม่ได้มีเกณฑ์การคัดเลือกว่าต้องเป็นผู้ปกครองที่มีเวลาร่วมกิจกรรมกับเด็กน้อยหรือมีคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองในระดับต่ำจึงจะสามารถเข้าร่วมได้ ดังนั้นผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองอาจมีความพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมกับเด็กเป็นทุนเดิม และด้วยคะแนนพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองในระดับสูงอยู่แล้ว จึงไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้อีกในระยะเวลาสั้น สอดคล้องกับ Ha et al. (2021) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กผ่านโปรแกรมช่วยเหลือในครอบครัว “Active 1 + FUN” เพื่อลดเวลาหน้าจอในเด็กอายุ 8 - 11 ปี โดยมีเด็ก ผู้ปกครอง และครู เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน พบว่า หลังการทดลองเด็กมีการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานเพื่อลดการใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของผู้ปกครองนั้นผลไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง เนื่องจากคะแนนของผู้ปกครองสูงตั้งแต่ต้น อาจหมายถึงผู้ปกครองมีความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อปรับพฤติกรรมของเด็กเช่นกันเดียวกันกับงานวิจัยนี้ 2) การทดลองจัดขึ้นในเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2564 ซึ่งมีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยสภาวะสุขภาพจิตคนไทยขึ้นลงตามสถานการณ์ของโรคโควิด-19 พบความตึงเครียดและความวิตกกังวล 2 เรื่องหลัก คือ กลัวติดเชื้อ และกังวลถึงผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำงาน และรายได้ (Department of Mental Health, 2021) ด้านผู้ปกครอง พบว่า มีความเครียดจากการปรับตัวในการดูแลบุตรหลาน หรือการกระตุ้นให้ทำกิจวัตรเปลี่ยนไป ขาดการกำกับด้านระเบียบวินัย หรือไม่ตรงกับความคิดหวังของตนเอง เหนื่อยล้าจากการต้องคอยดูแลเด็กที่บ้านไปพร้อมกับต้องทำงานออนไลน์ ทั้งนี้ แม้ว่าจะคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองไม่แตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบการเปลี่ยนแปลงจากผลการศึกษาด้านรูปแบบกิจกรรมที่ผู้ปกครองทำร่วมกับเด็ก ดังนี้ ในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกลุ่ม ครอบครัวใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันในด้านการพูดคุยกันมากที่สุด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.43 เป็นร้อยละ 85.71 ด้านการไปเที่ยวด้วยกัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 50.00 และด้านการเล่นด้วยกัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.71 เป็นร้อยละ 42.86 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุคต่อพฤติกรรมการใช้จอในวัยเด็กตอนกลาง และพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่สามารถลดพฤติกรรมการใช้จอในเด็กวัยตอนกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษา หรือผู้เกี่ยวข้องในดูแลช่วยเหลือเด็กวัยตอนกลางและผู้ปกครอง สามารถประยุกต์ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้เด็กเกิดความเข้าใจในตนเอง ทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงทักษะของผู้ปกครองในการอบรมเลี้ยงดู นำไปสู่การใช้จอที่เป็นประโยชน์อย่างเหมาะสม และส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวยุคต่อพฤติกรรมการใช้จอในเด็กและพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สามารถลดพฤติกรรมการใช้จอในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สำหรับผู้ปกครองควรมีการวิจัยเพิ่มเติมถึงการเพิ่มพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ชัดเจน อาจมีการออกแบบโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้ปกครองเพื่อมีเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมผู้ปกครองเป็นหลัก เพื่อศึกษาว่าผลการปรับพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีส่วนช่วยปรับพฤติกรรมการใช้จอของเด็กได้อย่างไร
2. ในอนาคตพฤติกรรมการใช้จอจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การลดพฤติกรรมหน้าจอควรต่อยอดไปสู่เรื่องการตระหนักรู้ในการใช้จอ เพื่อส่งเสริมให้เด็กสามารถเท่าทันการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ได้ แม้ว่าจำเป็นต้องใช้จอในระยะเวลาที่มากเกินไป 2 ชั่วโมงต่อวัน แต่ก็มีความเข้าใจตนเองในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อลดผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้จอที่ไม่เหมาะสมได้

เอกสารอ้างอิง

- Alrobai, A., & Dogan, H. (2015). Digital addiction ontology for social networking systems. In L. M. Aiello & D. McFarland (Eds.), *Social Informatics: SocInfo 2014 international workshop* (pp. 167-175). New York: Springer.
- American Academy of Pediatrics. (2016). *American academy of pediatrics announces new recommendations for children's media use*. Retrieved from <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506-514.

- Bélair, M. A., Kohen, D. E., Kingsbury, M., & Colman, I. (2018). Relationship between leisure time physical activity, sedentary behaviour and symptoms of depression and anxiety: Evidence from a population-based sample of Canadian adolescents. *BMJ Open*, 8(10), 1-8.
- Dattilio, F. M. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 535-547.
- Department of Mental Health. (2019). *Annual report 2019*. In Department of Mental Health (Ed.), *Policy of the department of mental health for 2019 - 2020* (pp. 24). Bangkok: Ministry of Public Health. [in Thai]
- Department of Mental Health. (2021). *Unfold the 4 key concerns during covid-19 situation among Thais*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31154> [in Thai]
- Digital Economy Promotion Agency. (2018). *Survey of 4 types of threats in online behavior among Thai children*. Retrieved from <https://www.depa.or.th/en/article-view/4> [in Thai]
- Du, Y. S., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 129-134.
- Frick, P. J. (1996) Alabama parenting questionnaire. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329.
- Gehart, D. R. (2010). Behavioral and cognitive-behavioral couple and family therapies. In D. R. Gehart (Ed.), *Mastering competencies in family therapy: A practical approach to theory and clinical case documentation* (pp. 321-362). USA: Cengage Learning.
- Gladding, S. T. (2019). Behavioral and cognitive-behavioral couple and family therapies. In S. T. Gladding (Ed.), *Family therapy history, theory, and practice* (7th ed., pp. 243-265). Boston: Pearson.
- Griffiths, M. (1999). Internet addiction: Fact or fiction?. *The Psychologist*, 12(5), 246-250.
- Ha, A. S., Lonsdale, C., Lubans, D. R., Ng, F. F., & Ng, J. Y. Y. (2021). Improving children's fundamental movement skills through a family-based physical activity program: Results from the "Active 1 + FUN" randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(99), 1-12.
- Horowitz-Kraus, T., & Hutton, J. S. (2017). Brain connectivity in children is increased by the time they spend reading books and decreased by the length of exposure to screen-based media. *Acta Paediatrica*, 107(4), 685-693.
- Horsiri, T. (2016). Theory of psychological development. In N. Sitthirak et al. (Eds.), *Siriraj psychiatry DSM-5* (3rd ed., pp. 67-75). Bangkok: Prayunsat. [in Thai]

- Howard, J. (2017). *When kids get their first cell phones around the world*. Retrieved from <https://edition.cnn.com/2017/12/11/health/cell-phones-for-kids-parenting-without-borders-explainer-intl/index.html>
- Hu, B. Y., Johnson, G. K., & Wu, H. (2018). Screen time relationship of Chinese parents and their children. *Children and Youth Services Review*, 94(C), 659-669.
- Kaewkangwan, S. (2008). Personality theory. In J. Sukrat (Ed.), *Psychoanalysis theory* (15th ed., pp. 13-533). Bangkok: Mor Chaoban. [in Thai]
- Katewongsa, P., & Choolers, P. (2017). The effectiveness of sedentary behavior and screen-time behavior reduction model for adolescents. *Academic Journal Bangkokthonburi University*, 6(2), 124-137. [in Thai]
- Kesici, A., & Fidan Tunç, N. (2018). The development of the digital addiction scale for the University students: Reliability and validity study. *Universal Journal of Educational Research*, 6(1), 91-98.
- Khamon, A., Charnsit, C., Srisurapanont, M., & Suradom, C. (2019). Development and validation of Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(2), 107-120. [in Thai]
- Kuta, C. (2017). *The negative impact of excessive screen time on language development in children under 6-years-old: An integrative review with screen time reduction toolkit and presentation for outpatient pediatric and family health providers* (Doctoral dissertation). University of Massachusettes, Amherst, MA.
- Lan, J., & Sher, T. G. (2019). Cognitive-behavioral family therapy. In J. L. lebow, A. L. chambers, & D. C. breunlin (Eds.), *Encyclopedia of couple and family therapy* (pp. 497-505). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Maras, D., Flament, M. F., Murray, M., Buchholz, A., Henderson, K. A., Obeid, N., & Goldfield, G. S. (2015). Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. *Preventive Medicine*, 73, 133-138.
- Ministry of Children and Youth Services. (2017). Developmental maps. In Ministry of children and Youth Services (Ed.), *OnMyWay-A guide to support middle years child development* (pp. 44-64). Canada: Ontario.
- Nantasen, P., & Presertsin, U. (2020) Internet addiction behavior and depression: Causes, factors, and prevention guidelines. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 293-304. [in Thai]
- O'Brien, C. P. (2013). Substance-related disorders. In C. P. O'Brien & T. J. Croelwy (Eds.), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 795-796). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Phanichsiri, K., & Tuntasood, B. (2016). Social media addiction and attention deficit and hyperactivity symptoms in high school students in Bangkok. *Journal of Psychiatry Association of Thailand*, 61(3), 191-204. [in Thai]
- Pityaratstian, N., Yuttana, O., Narong, M., Surinporn, L., Darawan, T., Woraphat, R., ... (2015). *Cognitive behavior therapy: CBT*. Retrieved from <http://www.thaidepression.com/CBT/56/CBTdepression.pdf> [in Thai]
- Pornnopadol, C., & Vasupanrajit, A. (2016). Internet use disorder. In N. Sitthirak et al. (Eds.), *Siriraj psychiatry DSM-5* (3rd ed., pp. 561-576). Bangkok: Prayunsat. [in Thai]
- Rattanabunpoj, P. (2016). *The effect of cognitive behavioral family therapy program on depression of patients with major depressive disorder* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok. [in Thai]
- Rittakananon, P. (2006). Human development. In P. Rittakananon (Ed.), *Middle childhood* (pp.145-178.) Bangkok: Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. [in Thai]
- Schmidt, M. E., Haines, J., O'Brien, A., McDonald, J., Price, S., Sherry, B., & Taveras, E. M. (2012). Systematic review of effective strategies for reducing screen time among young children. *Obesity*, 20(7), 1338-1354.
- Schwebel, A. I., & Fine, M. A. (1992). Cognitive-behavioral family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 3(1), 73-91.
- Sotthiyapai, S., Damsangsawat, N., & Sirathatnararajana, T. (2017). Family counseling model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 282-290. [in Thai]
- Tancharoenwong, A. S., Pakdeeronachit, S., & Svetthitikun, Y. (2016). Screen behaviour of Thai toddlers aged 0–3 years in Bangkok. *The Journal of Social Communication Innovation*, 6(2), 60-69. [in Thai]
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 18(12), 271-283.
- Walsh, J. J., Barnes, J. D., Cameron, J. D., Goldfield, G. S., Chaput, J.-P., Gunnell, K. E., ... Tremblay, M. S. (2018). Associations between 24 hour movement behaviours and global cognition in US children: A cross-sectional observational study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(11), 783-791.
- Wu, L., Sun, S., He, Y., & Jiang, B. (2016). The effect of interventions targeting screen time reduction. *Medicine (Baltimore)*, 95(27), 1-8.

Young, K. S., Yue, X. D., & Ying, L. (2011). Prevalence estimates and etiologic models of internet addiction. In K. S. Young & C. Nabuco de Abreu (Eds.), *Internet addiction* (pp. 1-17). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.