



# ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนันในประเทศไทย

## Effectiveness of Motivational Enchantment Therapy for People with Gambling Problem in Thailand

วิมลรัตน์ วันเพ็ญ\*, ธนกฤษ ลิขิตธรากุล\*, ภาสกร คุ่มศิริ\*, ณัฐปพน รัตนตรัย\*,  
ฉัญญาภรณ์ คำแก้ว\*, ปวีณสุดา สานิสี่\*, มาเรียม สาหมุด\*, ชลันดา หนูหล้า\*,  
ศิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์\*

Wimonrat Wanpen\*, Tanakrit likritalakul\*, Passakorn Koomsiri\*,  
Nattapapon Rattananarai\*, Tanyapom Kamkaew\*, Paweesuda Sanisee\*,  
Mariam Samut\*, Chanlanda Noolan\*, Sirichan Dedpanyawat\*

\* สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

\* Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ โดยเปรียบเทียบจำนวนวันในและจำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับความรุนแรงของปัญหาพนัน ระดับชั้นของแรงจูงใจ ความพร้อมเลิกพนัน ระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษากึ่งทดลองโดยมีรูปแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับการปรึกษาสายด่วน 1323 ที่โทรเข้ามารับการปรึกษาในปัญหาพนันรายใหม่ โดยมีความยินดีที่จะมาเข้ารับการบำบัด จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน แบบประเมินปัญหาพนัน แบบสอบถามจำนวนวันและเงินในการเล่นการพนันต่อเดือน ระดับชั้นของแรงจูงใจ ไม่บรรทัดความพร้อม แบบวัดความเครียดฉบับสวนปรุง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี Wilcoxon signed-rank test

**ผลการศึกษา** ค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ได้แก่ จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ความรุนแรงของปัญหาพนัน คะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้คะแนนความพร้อมในการเลิกพนัน ระดับชั้นของแรงจูงใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**สรุป** โปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนันมีส่วนช่วยให้พฤติกรรมการเล่นพนันลดลง และมีระดับของความเครียด และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ** ประสิทธิภาพของการบำบัด การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ ปัญหาพนัน

Corresponding author: ธนกฤษ ลิขิตธรากุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(3): 245-258

## ABSTRACT

**Objective :** To evaluate effectiveness of motivational enchantment therapy (MET) program by compare amount of day, money, level of conflict, level of readiness to quit gambling, stress, and quality of life before and after entering the program.

**Method :** This study was quasi-experimental design conducted with pretest-posttest one group method. Thirty participants. who called 1323 were voluntary recruited to the study. MET program with 4 sessions (50-60 minutes/session) was developed by investigators. Instruments were the evaluation form asking amount of day, money, PGSI, level of motivation, level of readiness, stress test, and WHOQOL-BREF Thai version. Data analysis used Wilcoxon signed ranks test.

**Result :** Group with motivational enhancement therapy program revealed statistical significant reduction of mean days and mean expense of gambling permonth, severity of gambling, level of stress, also found a statistical significant improvement in readiness to change in stage of change and improved quality of live.

**Conclusion :** Motivational enchantment therapy for people with gambling problem could reduce the amount of playing gambling and stress, increase the quality of life of the gamblers.

**Keywords :** effectiveness, motivational enchantment therapy, gambling problem

---

Corresponding author: Tanakrit likritalakul

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(3): 245-258

## บทนำ

การติดพนันในปัจจุบันจัดเป็นโรคทางสมอง จากบทความปัญหาติดการพนัน โดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า เพราะระบบการทำงานของสารสื่อประสาท Serotonin เสียสมดุล ซึ่งมีระดับการทำงานลดลง ในด้านจิตใจ ผู้ที่ติดพนันจะมีลักษณะอันธพาล เครียด ซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 15-20<sup>1</sup> นอกจากนี้ ยังพบการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา กัญชา ร่วมด้วยประมาณร้อยละ 8-47 อีกทั้ง ด้านสังคม ผู้เล่นพนันจะประสบกับปัญหารายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เพราะต้องใช้จ่ายไปกับการเล่นพนัน ผู้เล่นบางรายมีครอบครัวต้องดูแล จึงอาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว สูญเสียความไว้วางใจ และนำไปสู่ปัญหาครอบครัวได้ นอกจากนี้ ผู้เล่นพนันจะเสียการทำหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาซึ่งหมกมุ่นกับความระทึกใจจากการพนัน จนขาดความรับผิดชอบ ทำให้ผลการเรียนไม่ดีหรือต้องออกจากระบบการศึกษา<sup>2</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาการติดพนันพบว่า มีการรักษาหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา เพื่อเป็นการรักษาทางชีววิทยาทางสมองที่เชื่อว่าการติดพนันเป็นภาวะทางสมองเสพติดการเล่นพนัน ซึ่งการใช้ยาสามารถช่วยให้การติดพนันมีอาการที่ดีขึ้น ส่วนเรื่องการบริหารจัดการทางจิตใจ ตามมุมมองและทฤษฎีทางจิตวิทยาสำหรับผู้มีปัญหาพนัน โดยมหาวิทยาลัยโมนาช ประเทศออสเตรเลีย ได้จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการพนัน โดยรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์เพื่อศึกษาความสำเร็จของการรักษาแต่ละชนิด ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ การทำบำบัดชนิด จิตวิเคราะห์ หรือการใช้กลุ่มบำบัด ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบ Gamble Anonymous: GA หรือ

การทำกลุ่มบำบัด<sup>3</sup> จากการศึกษาข้อมูล พบว่าการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการใช้การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการบำบัดที่ค่อนข้างเป็นที่นิยมในต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นในประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ หรือสิงคโปร์ และจากการวิจัยศึกษาประสิทธิภาพผลของการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของมหาวิทยาลัยโมนาช พบว่า จากการเปรียบเทียบการใช้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรักษาผู้ป่วยที่ติดพนัน ทั้งการรักษาแบบรายบุคคลและกลุ่ม สามารถลดการเล่นพฤติกรรมการเล่นพนันได้ และจากการศึกษาการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจแบบครั้งเดียว พบว่า การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจสามารถลดพฤติกรรมการเล่นพนันได้ เช่นเดียวกัน<sup>4</sup>

เนื่องด้วยการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นการบำบัดที่สั้น กระชับ อีกทั้งมีจำนวนครั้งในการบำบัดที่น้อยครั้ง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่นแล้ว พบว่า มีประสิทธิภาพในการทำให้บุคคลลดและเลิกการเล่นพนัน การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นเรื่องการจัดการความล้มเหลวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดพนันมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ที่จะลดและเลิกเล่นพนันได้ ซึ่งในประเทศไทย หลักฐานหรือแนวทางการบำบัดผู้ที่มีปัญหาการพนันนั้นพบได้น้อย ดังนั้นคณะผู้วิจัยโครงการศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาในปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้เล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้ที่มีปัญหาพนัน และทำการวิจัยเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของการบำบัดของคลินิกบำบัดและฟื้นฟูสังคมจิตใจของผู้มีปัญหาพนัน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหาพนัน จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับชั้นของแรงจูงใจ ความพร้อมเลิกพนัน ระดับความเครียด และระดับคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ วัดก่อนหลังการทดลองหนึ่งกลุ่ม (Pretest-Posttest One Group Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่โทรเข้ามาเป็นผู้รับบริการใหม่ของสายด่วนสุขภาพจิตเลิกพนัน 1323 ที่มารับบริการในปัญหาพนัน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีปัญหานันที่ได้รับการนัดและยินดีมายังคลินิกบำบัดและฟื้นฟูสังคมจิตใจของผู้มีปัญหานัน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากการเทียบสัดส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ การศึกษาผลของการใช้การให้การรักษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจและหนังสือศึกษาด้วยตนเอง David Hodgins และคณะ ในปี ค.ศ. 2001<sup>5</sup> ซึ่งได้ค่าสัดส่วนความแตกต่างของจำนวนเงินที่ใช้คือ 95.90 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 9.00 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 130.30 โดยใช้โปรแกรม Power and Sample Size ในการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 ราย และ

เพื่อเป็นการป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

### เกณฑ์คัดเข้า (Include Criteria)

1. เป็นผู้ที่เคยโทรมารับการปรึกษาในสายด่วนสุขภาพจิตเลิกพนัน 1323 ซึ่งมีปัญหานัน โดยเป็นผู้ที่โทรเข้ามาด้วยตนเอง และยินดีมารับบริการตามข้อกำหนดของโปรแกรม คลินิกบำบัดและฟื้นฟูจิตใจของผู้มีปัญหานัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
2. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัย
3. มีคะแนนจากแบบประเมินปัญหานัน (PGSI) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

### เกณฑ์คัดออก (Exclude Criteria)

มีประวัติในการรักษาโรคทางจิตเวช ดังนี้

1. กลุ่มโรคจิต (Psychotic Disorders) มีอาการด้านไม่สงบ (Remission) เป็นเวลา 6 เดือน
2. กลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood Disorder) ระดับรุนแรง หรือมีความคิดทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่น หรือมีโรคทางจิตร่วม (Psychotic Feature)
3. กลุ่มโรคติดสารเสพติด (Substance Use Disorder) กลุ่มรหัส F10-F19 ยกเว้น F17 และมีระดับความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง (Severe)

### การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ในระหว่างการศึกษาครั้งนี้ ได้ควบคุมการรักษาของจิตแพทย์ให้การรักษาด้วยการใช้ยา และให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เท่านั้น หากผู้ร่วมวิจัยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดแบบอื่น จะเกิดขึ้นหลังจากที่ได้ประเมินผลจากโปรแกรมที่ต้องการศึกษาแล้ว ซึ่งจิตแพทย์ได้มีกระบวนการที่โรคร่วม ความรุนแรงของโรคร่วม และการรักษาที่ได้ให้

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การศึกษานี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน กล่าวคือ

1. โปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**1. โปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน**

โปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนันแบ่งออกเป็น 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 50-60 นาที รูปแบบในการบำบัดอ้างอิงมาจาก Motivation Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists

Treating Individual with Alcohol Abuse โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นการพูดคุยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Change Talk) ผ่านการให้ความรู้ และข้อมูลย้อนกลับ (Health Education & Feedback)

ระยะที่ 2 พูดคุยเพื่อให้เกิดความมั่นใจสัญญา (Commitment Strengthening) เพื่อให้เกิดความหนักแน่นในคำมั่นสัญญาในการเลิกเล่นการพนันของตนเอง

ระยะที่ 3 เป็นระยะติดตามต่อเนื่อง (Follow Talk) เป็นการติดตามผลของการนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเล่นการพนัน และจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งป้องกันการกลับไปเล่นซ้ำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 1 โปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน**

| ครั้งที่                  | วัตถุประสงค์  | แนวคิด  | วิธีการดำเนินการ  |
|---------------------------|---|---|---|
| ครั้งที่ 1                | 1. สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการตระหนักในปัญหาพนัน   | แนวคิดตามทฤษฎีการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจใน | การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการให้สุขศึกษา  |
| ครั้งที่ 2                | 2. จัดการแรงต้าน เพื่อให้เกิดความมั่นคงในคำมั่นสัญญา ทำให้คำมั่นสัญญาที่จะหยุดเล่นการพนันมีความหนักแน่นขึ้น | แนวคิดตามทฤษฎีการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจใน | ระยะที่ 1 (Health Education & Feedback) หาแนวทางในการเปลี่ยนแปลง (Change Plan) เน้นผู้รับการบำบัดเป็นผู้เลือก (Freedom of Choice) |
| ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 | เพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนแผน และอุปสรรคของการนำไปใช้ พร้อมการเสริมสร้างแรงจูงใจ                         | แนวคิดตามทฤษฎีการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจใน | ระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 เสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่เข้ม และ จัดการความเสี่ยงที่จะกลับไปเล่นพนันซ้ำ                                     |

ผู้บำบัดซึ่งใช้โปรแกรมนี้ เป็นบุคคลที่จบระดับปริญญาตรีทางด้านจิตวิทยา และได้รับการฝึกอบรมการให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจทั้งในระดับเบื้องต้น และขั้นสูง โดยมีการควบคุมคุณภาพของผู้เก็บข้อมูล ด้วยการมีหนังสือคู่มือแนวทางในการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจประกอบ และ

การติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ (Supervision) พร้อมทั้งมีการจัดอบรมบุคคลที่เป็นผู้บำบัดของการศึกษานี้ถึงแนวทางการใช้โปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแนวทางการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจ

แก้ไขภาษา และเนื้อหาที่ของโปรแกรม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเสพติด 1 ท่าน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 3 ท่าน โดยผู้วิจัยที่ได้นำเค้าโครงโปรแกรมตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง รวมไปถึงความเหมาะสมของรูปแบบที่ใช้และได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ภูมิภาค ประเภทของการพนันที่เล่น และรายได้ต่อเดือน

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของปัญหาพนัน (Problem Gambling Severity Index: PGSI) ถูกพัฒนาโดย Ferris & Wynne ในปี ค.ศ. 2001 ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของปัญหาพนันหรือความเสี่ยงที่เกิดปัญหาจากการพนัน มีจำนวน 9 ข้อ การศึกษาความตรงและหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์เพียร์สัน เท่ากับ .78 และมีคะแนนที่สัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบวัด SOGS (.83) และ DSM-IV (.83) ส่วนความตรงตามพยากรณ์เท่ากับ .48 แสดงถึงพยากรณ์ในระดับดี<sup>6</sup> ในประเทศไทยพบว่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระหว่าง 0.80 ถึง 1 ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ .90 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จากสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับในการประเมินครั้งที่ 1 เท่ากับ 0.83 เว้นระยะ 15 วัน ประเมินครั้งที่ 2 เท่ากับ .85 ครั้งที่ 1 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ เมื่อตัดแต่ละข้ออยู่ระหว่าง .79-.84 ครั้งที่ 2 อยู่ที่ .80-.85<sup>7</sup>

2.3 แบบสอบถามความถี่ของการเล่นพนัน เช่น จำนวนวัน และจำนวนเงินในการเล่นพนัน เป็น

ข้อคำถามใช้ในการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยถึงจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน และจำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน

2.4 แบบวัดระดับของแรงจูงใจ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้บำบัด ใช้สำหรับประเมินระดับขั้นของแรงจูงใจ โดยมีพื้นฐานมาจาก Stage of Change ซึ่งแบ่งเป็นระดับขั้นของแรงจูงใจ 6 ขั้น ได้แก่ 1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) 2. ขั้นตระหนักถึงปัญหา (Contemplation) 3. ขั้นตัดสินใจ (Determination) 4. ขั้นลงมือทำ (Action) 5. ขั้นลงมือทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) และ 6. ขั้นกลับไปทำซ้ำ (Relapse)

2.5 ไม้บรรทัดวัดใจ แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นระดับคะแนนความพร้อมเลิกพนันตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสอบถามคะแนนความพร้อมในการเลิกเล่นพนัน ซึ่งให้ผู้รับการบำบัดรายงานตนเอง (Self-Report) ว่าตนเองมีความพร้อมในการเลิกเล่นการพนันอยู่ในระดับใด โดยแบ่งระดับคะแนน ได้แก่ 1. คะแนนระดับ 0-3 หมายถึง มีความพร้อมระดับต่ำ 2. คะแนนระดับ 4-7 หมายถึง มีความพร้อมระดับกลาง และ 3. คะแนนระดับ 8-10 หมายถึง มีความพร้อมระดับสูง<sup>7</sup>

2.6 แบบวัดความเครียด แบบวัดจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรก จะวัดความประปราย หรือความไวต่อความเครียด ส่วนที่สองจะวัดสาเหตุที่มาของความเครียดในด้านการทำงาน ครอบครัว ส่วนตัว สังคม สิ่งแวดล้อมและการเงิน ส่วนที่สามจะเป็นการวัดปฏิกิริยาหรืออาการของ ความเครียด แบ่งตามระบบสรีระวิทยา มีค่าความน่าเชื่อถือคอรันบาคแอลฟา มากกว่า .70 และมีความตรงตามสภาพมากกว่า .27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นมาตรวัด 5 ระดับ<sup>8</sup>

2.7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหา แล้วทดสอบซ้ำ 3 รอบ ผลจากการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .84 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65<sup>9</sup>

### การดำเนินการศึกษา

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน คลินิกบำบัด และฟื้นฟูสังคมจิตใจของผู้มีปัญหานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการขอความเห็นชอบในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เลขที่รับรอง CAMRI-IRB-2560/004 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ โดยที่เป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที จำนวน 4 ครั้ง มีรูปแบบที่อ้างอิงมาจาก รูปแบบ Motivational Enchantment Therapy<sup>17</sup> ซึ่งเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ ในการลดและเลิกเล่นพนัน

ขั้นตอนที่ 2 คณะผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน คลินิกบำบัด และฟื้นฟูสังคมจิตใจของผู้มีปัญหานี้ ไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การบำบัดพฤติกรรมเสพติด การสร้างโปรแกรมการบำบัด และมีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมการณ์ เพื่อวิพากษ์ ทิศทาง และตรวจสอบความเหมาะสมตามเนื้อหา และรูปแบบการดำเนินการของรูปแบบโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ เพื่อหาข้อดีข้อเสียของสอดคล้องของความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (IOC) ของโปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูสังคมจิตใจแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงคุณภาพของโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงคุณภาพโปรแกรมหลังจากการทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 5 เตรียมนักจิตวิทยาจำนวน 11 ราย ซึ่งได้รับการอบรมการให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจพื้นฐาน และขั้นสูง ผ่านการดูแลด้วยผู้เชี่ยวชาญ (Supervision) มีคู่มือแนวทางในการให้การบำบัด และผ่านการอบรมวิธีการใช้งานคู่มือการบำบัดโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน

### ระยะที่ 2 ระยะการนำโปรแกรมมาใช้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการด้วยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เคยโทรมารับการปรึกษาปัญหาพนันของสายด่วนสุขภาพจิตเด็กพนัน 1323 ซึ่งเป็นผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิตเด็กพนัน 1323 ยินดีมารับบริการที่คลินิกบำบัดและฟื้นฟูจิตใจผู้มีปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยขอเอกสารยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย และทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับ

โปรแกรม ด้วยแบบประเมินปัญหาการพนัน (PGSI) แบบสอบถามจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับขั้นของแรงจูงใจ (Stage of Change) ความพร้อมเลิกพนัน (Readiness Ruler) แบบวัดความเครียด ฉบับสวนปรุง (SPST-20) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ (WHOQOL-26)

ขั้นตอนที่ 3 จิตแพทย์ประเมิน วินิจฉัยแยกโรค และวางแผนการรักษากรณีมีโรคร่วม

ขั้นตอนที่ 4 นักจิตวิทยาให้การบำบัดกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้ารับโปรแกรม 4 ครั้ง ด้วยแบบประเมินปัญหาการพนัน แบบสอบถามจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับขั้นของแรงจูงใจ (Stage of Change) ความพร้อมเลิกพนัน (Readiness Ruler) แบบวัดความเครียด ฉบับสวนปรุง (SPST-20) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ (WHOQOL-26)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค ค่าของพนัน รายได้ ด้วยสถิติพรรณนา โดยคำนวณหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน คะแนนความรุนแรงของปัญหาพนัน ระดับขั้นของแรงจูงใจ ความพร้อมเลิก ค่ะคะแนนความเครียด และคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ Wilcoxon - Sign rank Test

#### ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างจากผู้รับบริการที่เข้ามาบำบัด ปัญหาพนัน คลินิกบำบัดและฟื้นฟูสังคมจิตใจของผู้มี ปัญหาพนัน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 ราย ช่วงเวลาเดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2560 โดยหลังจากเข้ารับโปรแกรมการบำบัด ได้มีกลุ่ม ตัวอย่างสูญหายไปบางส่วน จึงทำให้เหลือจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 22 ราย โดยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 30 - 39 ปี รองลงมาคือ 40-49 ปี ร้อยละ 45.8 และ 16.7 ตามลำดับ โดยมีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 58.3 รองลงมาเป็นสถานภาพโสด ร้อยละ 29.2 ภูมิภาคของของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 70.8 รองลงมาเป็น ภาคกลาง ร้อยละ 29.2 ประเภทของการพนันส่วนใหญ่คือ หวย คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมาเป็นพนันฟุตบอลออนไลน์ และไพ่ คิดเป็นร้อยละ 12.5 และ 4.2 โดยเงินเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 10,000 บาท และ 15,000-20,000 บาท ร้อยละ 20.8 และ 16.7 ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัยแบ่ง เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรม การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยของจำนวน วันในการเล่นการพนันต่อเดือน 5 วัน จำนวนเงินที่ใช้ เล่นพนันต่อเดือน 2,607.54 บาท คะแนนความรุนแรง ของปัญหาพนัน 11.38 คะแนน ระดับขั้นของแรงจูงใจ อยู่ที่ขั้น 2 คือ ขั้นตั้งใจ (Contemplation) ความ พร้อมเลิกพนัน 7.21 ความเครียด 46.13 คะแนน และ คุณภาพชีวิตโดยรวม 89.54 คะแนน ซึ่งแต่ละด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย 26.33 คะแนน ด้านสุขภาพจิตใจ 23.54 คะแนน ด้านสัมพันธภาพ 11.17 คะแนน และด้าน สิ่งแวดล้อม 28.38 คะแนน



สำหรับ หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ พบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงในด้านต่างๆ ได้แก่ จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน 0.64 วัน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนัน 216.52 บาท คะแนนความรุนแรงของปัญหาพนัน 2.58 คะแนน และความเครียด 35 คะแนน ส่วนที่เพิ่มขึ้นคือ ระดับขั้นของแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ 5 คือลงมือกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ความพร้อมเลิกพนัน 9.21 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวม 96.42 คะแนน มีรายละเอียด ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมคือ 26.67, 24.92, 11.88 และ 28.83 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน คะแนนความรุนแรงของปัญหาพนัน ระดับของความเครียด ระดับขั้นของแรงจูงใจ คะแนนความพร้อมเลิกพนัน และระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| จำนวนวันในการเล่นการพนันต่อเดือน | n  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|----------------------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม                | 22 | 2.00   | 8.50       | -3.567 | .001    |
| หลังได้รับโปรแกรม                | 22 | .00    | .00        |        |         |
| Missing valued                   | 2  |        |            |        |         |

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างก่อน มีค่าเฉลี่ย 5.09 วัน และ

หลังมีจำนวนวันเฉลี่ยในการเล่นการพนัน 0.64 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน | n  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|---------------------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม               | 23 | 1100   | 11.00      | -4.017 | .000    |
| หลังได้รับโปรแกรม               | 23 | .00    | .00        |        |         |
| Missing valued                  | 1  |        |            |        |         |

จากตารางที่ 3 พบว่า จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนมีค่าเฉลี่ย 2,607.04 บาท

และหลัง มีค่าเฉลี่ย 216.52 บาท ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของปัญหาพนันในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| ระดับความรุนแรงของปัญหาพนัน | n  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|-----------------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม           | 24 | 11.50  | 12.00      | -4.201 | .000    |
| หลังได้รับโปรแกรม           | 24 | .00    | .00        |        |         |

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความรุนแรงของ ปัญหาพนันในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนมีค่าเฉลี่ย 11.38 คะแนน และหลัง มีค่าเฉลี่ย 2.58 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| คะแนนความเครียด   | n  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|-------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม | 24 | 45.00  | 12.19      | -2.226 | .026    |
| หลังได้รับโปรแกรม | 24 | 32.00  | 9.67       |        |         |

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความเครียดเฉลี่ย 46.13 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง และหลังมีค่าเฉลี่ย 35 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับขั้นของแรงจูงใจในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| ระดับขั้นของแรงจูงใจ | n  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|----------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม    | 24 | 3.00   | .00        | -4.359 | .000    |
| หลังได้รับโปรแกรม    | 24 | 5.00   | 12.50      |        |         |

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับขั้นของแรงจูงใจ ในกลุ่มตัวอย่างก่อน อยู่ในขั้นที่ 2 คือ ลังเลใจ (Contemplation) และหลังอยู่ในขั้น 5 คือ ลงมือทำ อย่างต่อเนื่อง (Maintenance) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพร้อมเลิกพนันในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ

| คะแนนความพร้อมเลิกพนัน | n  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|------------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม      | 24 | 7.00   | 1.50       | -3.585 | .000    |
| หลังได้รับโปรแกรม      | 24 | 10.00  | 9.47       |        |         |

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความพร้อมเลิกพนันเฉลี่ย 7.21 คะแนน และหลังมี คะแนนเฉลี่ย 9.21 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .01  
ตารางที่ 2-7 รวมเป็นตารางเดียวกันได้

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

| คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม        | N  | Median | Mean Range | Z      | p-value |
|-------------------------------|----|--------|------------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม             | 24 | 88.50  | 10.60      | -2.389 | .017    |
| หลังได้รับโปรแกรม             | 24 | 95.50  | 11.76      |        |         |
| <b>ด้านสุขภาพกาย</b>          |    |        |            |        |         |
| ก่อนได้รับโปรแกรม             | 24 | 25.00  | 10.43      | -1.748 | .080    |
| หลังได้รับโปรแกรม             | 24 | 27.00  | 12.00      |        |         |
| <b>ด้านจิตใจ</b>              |    |        |            |        |         |
| ก่อนได้รับโปรแกรม             | 24 | 22.00  | 11.00      | -2.289 | .022    |
| หลังได้รับโปรแกรม             | 24 | 25.00  | 10.38      |        |         |
| <b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b> |    |        |            |        |         |
| ก่อนได้รับโปรแกรม             | 24 | 11.00  | 8.94       | -1.544 | .123    |
| หลังได้รับโปรแกรม             | 24 | 12.00  | 12.27      |        |         |
| <b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>        |    |        |            |        |         |
| ก่อนได้รับโปรแกรม             | 24 | 27.00  | 10.50      | -.366  | .714    |
| หลังได้รับโปรแกรม             | 24 | 28.50  | 11.45      |        |         |

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมเฉลี่ย 89.54 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากมีค่าเฉลี่ย 96.42 ที่อยู่ในระดับดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า หลังเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานโดยคณะผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงงใจในผู้มีปัญหาพนัน มีคะแนนความรุนแรงของปัญหาพนันจำนวนวัน มีจำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน และคะแนนความเครียด ลดลงหลังเข้าโปรแกรมฯ และกลุ่ม

ตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงงใจในผู้มีปัญหาพนัน มีระดับของขั้นแรงงใจในการเลิกพนัน คะแนนความพร้อมเลิกพนัน และคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมช่วยให้ผู้เล่นพนันที่มีความลังเลในการเลิกพนัน มีความพร้อมและความมั่นใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำสัญญาในการจะหยุด และลดการเล่นการพนันได้ โดยทฤษฎีการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงงใจ จะเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่ติดการพนัน ซึ่งอยู่ในภาวะลังเลใจ สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการเล่นพนัน หรือปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งสังเกตได้จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงงใจ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยอยู่ในขั้นที่ 2 คือขั้นลังเลใจ ซึ่งผู้เล่นพนันจะรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมการเล่นพนันของตนเองว่า ดีหรือไม่ดี และเริ่มได้รับผลกระทบจากการเล่นพนัน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง

ได้บอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นการพนัน เช่น “ผลเล่นจนเป็นหนี้หลายล้านจนทางครอบครัวต้องมาใช้นี้ให้” “รู้สึกเสียดายเงินที่เล่นไป” ซึ่งคำพูดดังกล่าวได้แสดงถึง Self-Motivation Statement (SMS) ในขั้นของความตระหนักในปัญหา และความกังวลเกี่ยวกับการจัดการปัญหา เป็นต้น การใช้โปรแกรมการให้การบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจพบว่า ผู้บำบัดในการบำบัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ได้ตอบสนองต่อขั้นนี้ด้วย เช่น การพูดถึงความสมดุลแห่งการตัดสินใจ ข้อดีข้อเสียของการเล่นพนัน ซึ่งเป็นส่วนช่วยให้ผู้เล่นพนันเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง และลงมือปฏิบัติวิธีการคือกระตุ้นให้เห็นถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงว่า หากหยุด หรือลดการเล่นพนันได้ ชีวิตของผู้เล่นพนันจะเป็นอย่างไร เพื่อให้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างปัจจุบัน และเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง เน้นให้ผู้เล่นพนันรับผิดชอบตนเอง และยอมรับผลที่เกิดขึ้น อีกทั้ง ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดได้ร่วมกันวางแผนการจัดการกับปัญหาพนัน และสำรวจตัวกระตุ้น ผ่านการใช้ทักษะ เช่น การถามคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้เล่นพนันได้สำรวจปัญหา การยืนยันรับรอง เพื่อให้ผู้เล่นพนันมั่นใจว่า ตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ เมื่อผู้รับการบำบัดเห็นถึงผลกระทบที่ตามมา ข้อเสียจากพฤติกรรมของตนเอง พร้อมทั้ง ผู้บำบัดยังให้ความเชื่อมั่น เพื่อให้เห็นว่า ตนเองสามารถทำได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระดับความรุนแรงของปัญหาพนัน จำนวนวันในการเล่นพนัน และจำนวนเงินที่ใช้ในการเล่นพนันลดลงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Katherine Diskin ในปี ค.ศ. 2009 ที่ศึกษาการให้การให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในปัญหาพนันแบบหนึ่งครั้ง พบว่า หลังจากติดตามครบ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีจำนวนเงินที่ใช้ในการเล่นการพนันต่อเดือน จำนวนวันที่ใช้ในการเล่นการพนันต่อเดือน และคะแนน

ความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับความรุนแรงของปัญหาพนันที่ลดลง<sup>3</sup> อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการเสพติดที่ใกล้เคียงกับการติดพนันคือ Montgomery ปี ค.ศ. 2011 ได้ประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดผู้เสพติดด้วยการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ (MET) เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบการให้บริการปรึกษาตามปกติ แผนผู้ป่วยนอก พบว่า อัตราการคงอยู่ในการบำบัดของผู้เสพติดหญิงชาวแอฟริกันที่ได้รับการบำบัดด้วย MET สูงกว่ากลุ่มหญิงที่บำบัดด้วยการให้บริการปรึกษา ส่วนในผู้เสพติดชายให้ผลการคงอยู่ในการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีจำนวนวันที่เข้าเสพติดต่อสัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา จากการศึกษา ยังพบว่า หากผู้เสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีการกล่าวคำพูดจูงใจตนเอง (Self-talk) ออกมา การบำบัดมีแนวโน้มประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้กล่าวคำพูดจูงใจตนเอง<sup>10</sup>

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน คลินิกบำบัดและฟื้นฟูสังคมจิตใจของผู้มีปัญหานั้น มีระดับขั้นของแรงจูงใจ ความพร้อมเลิกพนัน คะแนนคุณภาพชีวิต และความเครียดที่แตกต่างกัน โดยหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ ทำให้ผู้รับการบำบัดมีขั้นของแรงจูงใจเฉลี่ยคือ ขั้นที่ 5 ลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อนเข้าโปรแกรมอยู่ในขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ โดยขั้นที่ 5 นี้ ผู้เล่นพนันมีอารมณ์ความคิดที่ค่อนข้างมั่นคง ทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง และมีความมั่นใจว่า ตนเองจะเลิกพนันได้ โดยมีความพร้อมเลิกพนันก่อนเข้าโปรแกรมเฉลี่ยอยู่ที่ 7 คะแนน และหลังอยู่ที่ 9 คะแนน ความพร้อมเลิกพนันเปรียบเสมือนสิ่งที่ใช้ในการตัดสินใจ เป็นคะแนนในการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมองเห็นถึงความสำคัญของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง<sup>11-16</sup> ซึ่งการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจเปรียบเสมือนการเสริมกำลังให้กับแรงจูงใจของผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากขาดแรงจูงใจแล้ว การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ยาก<sup>17</sup> โดยแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้พฤติกรรมการเล่นพนันลดลง ไม่ว่าจะในด้านของจำนวนวันในการเล่นพนัน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนัน ระดับความรุนแรงของปัญหาพนันที่ลดลง ทั้งนี้การที่พฤติกรรมการเล่นพนันลดลง ส่งผลให้ความเครียดจากการเล่นพนันลดลง และมีคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้รับการบำบัดที่ดีขึ้น จากการสัมภาษณ์จะเห็นว่าผู้รับการบำบัดได้บอกถึงข้อดีจากการที่ตนเองลดการเล่นพนันได้ เช่น “เครียดน้อยลง” “มีเงินเยอะขึ้น ประหยัดเงินมากขึ้น” ซึ่งประโยคดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงข้อดีทั้งด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับตัวของผู้รับการบำบัด

ทั้งนี้การประยุกต์ผลการวิจัยสู่แนวทางเวชปฏิบัติคือ ประเด็นแรกคือการค้นหาและทำความเข้าใจลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการก่อน เพื่อที่นำมาสู่การใช้เทคนิคได้อย่างเหมาะสม หากประเมินลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจจะทำให้ผู้มารับบริการที่ยังไม่พร้อมในการเปลี่ยนแปลงเกิดแรงต้าน ซึ่งมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อ การบำบัด ประเด็นที่สอง หากพบว่าผู้มารับบริการมีโรคร่วมที่รุนแรง เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคการติดสารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อความคิดและการตัดสินใจ หรือโรคจิต ควรได้รับการรักษาเป็นลำดับแรก ประเด็นสุดท้าย ในผู้มารับบริการที่มีผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพนัน เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านการ ทำงาน สามารถจัดการแบบคู่ขนานร่วมกับปัญหาพนัน เนื่องด้วยปัจจัยดังกล่าวมีลักษณะที่เกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ หากปัญหาพนันลดลง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้รับบริการมีแนวโน้มลดลง ในทางกลับกันปัญหาที่ลดลงอาจจะสะท้อนให้ปัญหาพนันลดลงก็เป็นได้

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ข้อจำกัดคือจากการเก็บ ข้อมูลที่มีผู้บำบัดหลายคน อาจจะทำให้เกิดความแตกต่างในการใช้โปรแกรม แม้ว่าจะมีการควบคุมคุณภาพของผู้บำบัดแล้ว ไม่ว่าจะเป็น การฝึกอบรม การติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ และการมีหนังสือคู่มือ แต่การใช้โปรแกรม มีผู้เก็บข้อมูลบางส่วนปรับเปลี่ยนวิธี เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้ผลที่ได้อาจไม่ใช่ผลจากตัวโปรแกรมทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างหายาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ค่อนข้างสูง ดังนั้นในการเสนอแนะการศึกษาค้นคว้าต่อไป ควรจะมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม

นอกจากนี้ควรทำการติดตามต่อเนื่องของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมให้ครบ 1 ปี เพื่อดูผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. Department of Psychiatry (Internet). Gambling problem. (updated 2011; cited 2 June 2018). Available from: [www.cumentalhealth.com/รอบรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้ใหญ่/ติดการพนัน.html](http://www.cumentalhealth.com/รอบรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้ใหญ่/ติดการพนัน.html)
2. Dachaphanyawat S, Koomsiri P, Sunantha-chaikul C, Boonmee S, Noolan C. Review of Help line Counseling 1323: Gambling Case Study. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2015; 5: 262-72.
3. Apinuntavech S. A System for help in person with gambling problem: form theory to practical. Bangkok: Thai sordsir saridwong foundation. 2015.

4. Diskin KM, Hodgins DC A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behav Res Ther* 2009; 47: 382-8. doi:10.1016/j.brat.2009.01.018
5. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 50-7. doi:10.1037/0022-006x.69.1.50
6. Ferris J. Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa: Submitted to Canadian Centre on Substance Abuse. 2001.
7. Koomsiri P, et al. Development of Problem Gambling Severity Index-Thai Version. Thailand National Conference on Psychology 'Enabling Change and Quality of Life through Psychology' TNCP2017, Bangkok Cha-Da Hotel, Bangkok: July 6-7, 2017: 612-22. (Thai)
8. Saengcharnchai P, et al. Training Course Manual Motivational Interviewing and Motivational Enhancement therapy: MI & MET. Chiang mai:Vanida printing. 2010. (Thai)
9. Mahutnirankul S, Pumpaisarnchai V, Tarpunya P. Developmental of Suanprung Stress Test-20, Chiang mai: Suanprung hospital, 1997. (Thai)
10. Burlew AK, Montgomery L, Kosinski AS, Forcehimes AA. Does treatment readiness enhance the response of African American substance users to Motivational Enhancement Therapy?. *Psychol Addict Behav* 2013; 27: 744-53. doi:10.1037/a0031274
11. Prochaska JO. A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addict Behav* 1996; 21: 721-32. doi:10.1016/0306-4603(96)00031-7
12. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14. doi:10.1037/0003-066x.47.9.1102
13. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Rossi SR. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994; 13: 39-46. doi:10.1037/0278-6133.13.1.39
14. Shaffer HJ, Robbins M. Psychotherapy for Addictive Behaviors: A Stage Change Approach to Meaning Making, in AM. Washton (Ed.), *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook*. New York: Guilford Publications, 1995:103-23.
15. Shaffer HJ, Simoneau G. Reducing resistance and denial by exercising ambivalence during the treatment of addiction. *J Subst Abus* 2001; 20: 99-105.
16. Toneatto T, Skinner W. Relationship between gender and substance abuse use among treatment-seeking gamblers', *E-Gambling: J Gambli Stud Issues* 1. 2000. [accessed February 20, 2018]. Available from: <http://jgi.camh.net/index.php/jgi/article/view/3555/3515>.
17. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2002.