

## ประสิทธิผลของโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ แบบสร้างเสริมแรงงใจในผู้มีปัญหาพนัน

ธนกฤษ ลิขิตธรากุล\*, ภาสกร คุ่มศิริ\*, สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์\*\*,  
ชญาภา สุนันท์ชัยกุล\*\*\*, ไอรดา ศรีทอง\*\*\*, อริสรา ชันทองดี\*\*\*

\*นักจิตวิทยา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

\*\*นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

\*\*\*นักจิตวิทยาให้การปรึกษา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

วันรับบทความ : 23 พฤษภาคม 2562

วันแก้ไขบทความ : 6 สิงหาคม 2562

วันตอบรับบทความ : 16 สิงหาคม 2562

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงใจและเปรียบเทียบจำนวนวันในการเล่นพนัน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนัน ความรุนแรงของปัญหาพนันระดับขั้นของแรงงใจและความพร้อมในการเลิกพนัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงใจ

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองโดยมีรูปแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิตเลิกพนัน 1323 ที่โทรเข้ามารับการปรึกษาในปัญหาพนัน จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือโปรแกรมการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงใจในผู้มีปัญหาพนัน แบบประเมินความรุนแรงของปัญหาพนัน แบบสอบถามความถี่ของการเล่นพนัน ไม่บรรเทาความพร้อม แบบวัดขั้นของแรงงใจ และแบบสอบถามทั่วไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการ Wilcoxon-Sign Rank Test

**ผล :** พบว่าจากการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงใจ พบว่า จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือนจาก 20 วัน ลดลงเหลือ 0 วัน ( $p < 0.01$ ) จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือนจาก 30,000 บาท ลดลงเหลือ 0 บาท ( $p < 0.01$ ) และความรุนแรงของปัญหาพนันจาก 21 คะแนน ลดลงเหลือ 3 คะแนน ( $p < 0.01$ ) โดยมีระดับขั้นของแรงงใจเพิ่มขึ้นถึงจากระดับ 3 เป็นระดับ 4 ( $p < 0.01$ ) และความพร้อมในการเลิกพนันเพิ่มขึ้นจาก 9 คะแนน เป็น 10 คะแนน ( $p = 0.02$ )

**สรุป :** โปรแกรมการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงใจมีส่วนช่วยให้พฤติกรรมการเล่นการพนันลดลง

**คำสำคัญ :** ปัญหาพนัน โปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงใจ ผู้มีปัญหามพนัน

## THE EFFECTIVENESS OF TELEPHONE-BASED MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON PEOPLE WITH GAMBLING PROBLEM

**Tanakrit Likritalakul\*, Passakorn Koomsiri\*, Sirichan Dachaphanyawat\*\*, Chayapa Sunanthachaikul\*\*\*, Irada Srithong\*\*\*, Aresara Khanthongdee\*\*\***

\*Psychologist, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

\*\*Clinical Psychologist, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

\*\*\*Counseling Psychologist, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

Received : May 23, 2019

Revised : August 6, 2019

Accepted : August 16, 2019

### Abstract

**Objective:** To develop Telephone-based Motivational Interviewing Program and to compare duration of gambling, amount of funds, severity of problem gambling, level of motivation and readiness to stop gambling before and after the program.

**Material and Methods:** This study was a quasi-experimental research by using one-group pretest-posttest design. Samples were 23 individuals who called gambling helpline 1323 for gambling problem. Research Instruments are telephone-based Motivational Interviewing Program (single session), Problem Gambling Severity Index (PGSI), Questionnaire of duration of gambling, readiness to stop gambling, level of motivational and demographic questionnaire. Wilcoxon signed ranks test was used for data analysis.

**Results:** The study showed that after receiving Telephone-based Motivational Interviewing Program, the participants have significantly lower average days reduced from 20 days to 0 day ( $p < 0.01$ ), funds spent on gambling reduced from 30,000 Bath to 0 Baht ( $p < 0.01$ ), and the severity of the activity reduced from 21 scores to 3 scores ( $p < 0.01$ ). Participants also have significantly increased level of motivation from 3 level to 4 level ( $p < 0.01$ ) and readiness to stop gambling increased from 9 scores to 10 scores ( $p = 0.02$ ).

**Conclusion:** The study showed that the telephone-based Motivational Interviewing Program help reducing gambling related behavior.

**Keywords:** gambling problem, telephone-based motivational interviewing program, people with gambling problem

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหาพนักเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมไทย เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพในวงกว้าง เช่น ความเจ็บป่วยทางกายจากความเครียดเรื้อรัง การสูญเสียงานหรือการเรียน การเสียทรัพย์สินก่อนปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตไปจนถึงปัญหาอาชญากรรมในสังคม จากสถิติผู้ที่โทรเข้ามาใช้บริการในด้านปัญหานี้ของศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญในการปรึกษาปัญหาพนัก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2558) มีผู้โทรศัพท์เข้ามาเพื่อขอรับบริการเฉพาะปัญหานี้จำนวน 423 ราย พบสาเหตุของการติดการพนัน ได้แก่ ความอยากได้เงิน การถูกชักชวน และการว่างงาน จากการศึกษาวิจัยปัญหาสุขภาพจิตในผู้เล่นการพนัน: กรณีศึกษาผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเรื่องของสาเหตุของการพนัน พบว่า ส่วนใหญ่นั้นให้เหตุผลว่าเล่นพนันเพื่อผ่อนคลายและยังหวังที่จะได้เงินที่การพนัน คิดเป็นร้อยละ 39.5 และ 31.6 ตามลำดับ โดยปัญหาการพนันส่งผลกระทบต่อตัวผู้เล่นและบุคคลรอบข้าง ในหลากหลายด้าน ได้แก่ หนี้สิน เสียเงิน ปัญหาครอบครัว ความเครียด<sup>1-2</sup>

เนื่องด้วยปัญหานี้มีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้เล่นเองและบุคคลที่อยู่รอบข้างการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหานี้ในหลายประเทศจะพบแนวทางที่หลากหลายในการใช้แก้ไขปัญหานี้ผู้ที่ติดการพนันไม่ว่าจะเป็นการทำจิตบำบัดโดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงใจ

(Motivational interviewing & Motivational enchantment therapy : MI & MET) หรือการช่วยเหลือด้วยระบบโทรศัพท์สายด่วน (Helpline) โดยยึดหลัก Motivation interviewing จากการทบทวนรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นและมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหานี้ การให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงใจเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหานี้ การให้การปรึกษาสร้างเสริมแรงใจแบบ MI & MET เป็นการบำบัดระยะสั้นเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองและความร่วมมือในการบำบัดสามารถกระทำได้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิทั่วไปเนื่องจากใช้ชั่วโมงบำบัดน้อย บุคลากรสุขภาพทั่วไปที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถให้บริการได้อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการบำบัดรักษาแบบอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาสร้างเสริมแรงใจแบบ MI & MET และ CBT ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหานี้ ซึ่งจากผลการทดลองพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่น ๆ ณ ขณะเวลาที่ทำการศึกษา<sup>3-4</sup>

จากที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยโครงการศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาในปัญหานี้ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้เล็งเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหานี้เบื้องต้น และมีความต้องการที่จะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจในผู้ที่มีปัญหานี้ โดยทำการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังของโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจในผู้มี

ปัญหาพนัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้มีปัญหาพนันอีกทั้งสามารถขยายผลเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาพนันสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลปัญหาพนัน เพื่อช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาพนันในสังคมไทยอีกด้วย

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว (Quasi-experimental pretest-posttest one group design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจในผู้มีปัญหาพนัน มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้รับการปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิตเล็กพนัน 1323 ที่โทรเข้ามาปรึกษาในปัญหาพนัน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 23 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมของ Hodgins และ Holub ปี 2015<sup>5</sup> นำค่าสัดส่วนความแตกต่างของจำนวนเงินที่ใช้คือ 95.9 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบที่ 9.0 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 130.3 โดยใช้โปรแกรม Power and sample size คำนวณ พบว่า ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 22 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่โทรมารับการปรึกษาในปัญหาพนันกับสายด่วนสุขภาพจิตเล็กพนัน 1323 โดยเป็นปัญหาพนันของตนเอง 2) ประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงของปัญหาพนัน (Problem Gambling Severity Index)

ได้ 2 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติในการรักษาโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood Disorder) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ทำการสัมภาษณ์พบว่าภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดให้โทษร้ายแรงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 ได้แก่ เฮโรอีน แอมเฟตามีน แมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เอ็กซ์ตาซี และแอลเอสดี สามารถดูข้อมูลสารเสพติดเพิ่มเติมได้ที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 4) ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้จนสิ้นสุด

#### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจในผู้มีปัญหาพนัน

ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงของปัญหาพนัน จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับขั้นของความรุนแรงใจในการเลิกพนัน และความพร้อมในการเลิกพนัน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนคือ โปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจในผู้มีปัญหาพนัน และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจในผู้มีปัญหาพนัน

ใช้แนวคิดเน้นเรื่องการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติตนให้เหมาะสม เพื่อเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเอง มุ่งเน้นการแก้ไขความลังเลใจของผู้รับการปรึกษา<sup>6-7</sup> โปรแกรมนี้เป็นการปรึกษาแบบครั้งเดียว (Single session) มีการประยุกต์รูปแบบโปรแกรมจากงานวิจัยของ Diskin & Hodgins ในปี 2009<sup>8</sup> ให้การปรึกษาเป็นเวลา 30 - 45 นาที มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

(Content validity) ผู้วิจัยนำแนวทางให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจแก้ไขภาษาและเนื้อหาที่ใช้ในโปรแกรม จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเสพติด 1 ท่าน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 3 ท่าน จากนั้นได้ทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และทำการปรับปรุงโปรแกรมตามความเหมาะสม

ตารางที่ 1 โปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน

| กระบวนการให้การปรึกษา                                                          | วัตถุประสงค์                                                                                                                                      | แนวคิดของ MI                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| สร้างสัมพันธภาพ<br>ใช้เวลา 3 - 5 นาที                                          | - เพื่อสร้างความไว้วางใจแก่ผู้รับการปรึกษา<br>ก่อให้เกิดความร่วมมือ และสัมพันธภาพ<br>ที่เหมาะสม สำหรับการให้การปรึกษา                             | - Stage approach<br>- OARS<br>- Resistant management      |
| ตกลงบริการ<br>ใช้เวลา 2 - 3 นาที                                               | - พูดคุยถึงรายละเอียด ข้อตกลง โดยเน้นใน<br>เรื่องกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับ การเลิกพนัน<br>และข้อตกลงในการให้การปรึกษา                                | - Stage approach<br>- OARS<br>- Resistant management      |
| สำรวจปัญหา<br>ใช้เวลา 30 - 35 นาที                                             | - กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความตระหนัก<br>ในปัญหาพนัน (Problem Recognition) ด้วย<br>กระบวนการสำรวจปัญหา และใช้คำถามสำรวจ<br>แรงจูงใจ          | - Stage approach<br>- OARS<br>- MI Sprit<br>- Change talk |
| วางแผนในการ<br>แก้ไขปัญหา<br>ใช้เวลา 10 - 15 นาที                              | - เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางในการแก้ไข<br>ปัญหาด้วยตนเอง<br>- สำรวจตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้รับการปรึกษา<br>อยากเล่นการพนัน และวางแผนในการจัดการ | - Stage approach<br>- OARS<br>- MI Sprit<br>- Change Talk |
| สรุปการให้การ<br>ปรึกษา ให้กำลังใจ<br>และขออนุญาตติดตาม<br>ใช้เวลา 5 - 10 นาที | - สรุปแนวทางที่ได้จากการพูดคุย<br>- กระตุ้น/สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษา<br>มีกำลังใจในการนำไปปฏิบัติ<br>- นัดติดตามครั้งต่อไป                      | - Stage approach<br>- OARS<br>- MI Sprit<br>- Change talk |

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้รับการศึกษา ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนา ประเภทของพนันที่เล่น และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของปัญหาพนัน (Problem Gambling Severity Index : PGSI) ถูกพัฒนาโดย Ferris & Wynne ในปี 2001 ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงของปัญหาพนันหรือความเสี่ยงที่เกิดปัญหาจากการพนัน มีจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินที่กระชับ ใช้กันอย่างแพร่หลาย ผ่านการศึกษาคุณภาพของแบบสอบถาม โดยมีการศึกษาความตรงและหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.8 และมีคะแนนที่สัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบวัด SOGS (0.8) และ DSM-IV (0.8) ส่วนความตรงตามพยากรณ์ เท่ากับ 0.5 แสดงถึงพยากรณ์ในระดับดี โดย 0 คะแนน คือ ไม่มีปัญหาจากการพนัน 1 - 2 คะแนน คือ มีความเสี่ยงต่ำ 3 - 7 คะแนน คือ มีความเสี่ยงปานกลาง และ 8 คะแนนขึ้นไป คือ เป็นผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน

2.3 แบบสอบถามความถี่ของการเล่นพนัน ได้แก่ จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน และจำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน เป็นข้อคำถามใช้ในการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงจำนวนเงินในการเล่นพนันต่อเดือน และจำนวนวันที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน

2.4 ไม่บรรทัดวัดใจแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นระดับคะแนนความพร้อมเลิกพนันโดยมีระดับตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน ใช้การ

สัมภาษณ์ เพื่อสอบถามความพร้อมในการเลิกเล่นพนัน

2.5 แบบวัดขั้นของแรงจูงใจ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ให้การศึกษา ใช้สำหรับประเมินระดับขั้นของแรงจูงใจ โดยมีพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) ซึ่งแบ่งเป็นระดับขั้นของแรงจูงใจ 6 ขั้น

### ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

คณะผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการสร้างและการพัฒนาโปรแกรมฯ

1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาแบบสร้างเสริมแรงจูงใจรายบุคคล

1.2 สร้างโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

1.3 ทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมตามเนื้อหา และรูปแบบการดำเนินการ เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.4 นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้รับการศึกษาในปัญหาพนันสายด่วนสุขภาพจิตเล็กพนัน 1323 จำนวน 5 คน

1.5 ปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริงในงานวิจัย

#### 2. ขั้นตอนการนำโปรแกรมไปใช้ในการทดลอง

2.1 คณะผู้วิจัยจัดทำโครงร่างงานวิจัยเพื่อเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2.2 คณะผู้วิจัยทำหนังสือบันทึกข้อความต่อผู้บริหารเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2.3 วิพากษ์โปรแกรมให้การ

ปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจ  
ในผู้มีปัญหาพ่น โดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติ  
งานสายด่วนสุขภาพจิต 1323

2.4 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5  
ท่าน พิจารณานโยบายและโครงสร้างของโปรแกรม  
ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริม  
แรงใจในผู้มีปัญหาพ่น และปรับปรุงตาม  
คำแนะนำ จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจทาน

2.5 เก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร  
ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้รับ  
การปรึกษารายใหม่ที่มีปัญหาพ่น เพื่อทดลอง  
ใช้โปรแกรมฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบ  
ความเข้าใจเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมต่อ  
บริบทการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และ  
ปรับแก้คำพูด หรือกระบวนการใช้โปรแกรมที่  
ยังไม่ชัดเจน ทำให้เกิดข้อสงสัยระหว่างการ  
ใช้โปรแกรมฯ โดยทำให้โปรแกรมมีความเข้าใจ  
ง่ายขึ้น

2.6 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย  
วิธีการส่งต่อผู้รับการปรึกษาในปัญหาพ่น  
จากสายด่วนสุขภาพจิตเด็กพ่น 1323 จำนวน  
23 คน โดยผู้ให้การปรึกษาซึ่งไม่ได้เป็นผู้เก็บ  
ข้อมูลงานวิจัยจะขอความยินยอมในการเข้า  
ร่วมงานวิจัยหลังจากที่ให้บริการตามปกติเสร็จสิ้น  
หากผู้รับการปรึกษายินยอมผู้ให้การปรึกษา  
จะขอข้อมูลในการติดต่อกลับและจะส่งข้อมูล  
ซึ่งประกอบด้วยชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ  
กลับให้ทางทางทีมวิจัยจะเป็นผู้ที่โทรกลับ  
ทีมวิจัยจะทำการนัดเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ  
และดำเนินงานวิจัย ซึ่งจะขอเก็บข้อมูล 2 ครั้ง  
ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการให้โปรแกรม  
ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริม

แรงใจในผู้มีปัญหาพ่น

ครั้งที่ 2 คือการติดตามผล  
หลังจากที่ได้รับโปรแกรมฯ โดยเว้นระยะเวลา  
ห่าง 30 วัน

2.7 นำข้อมูลจากแบบสอบถาม  
ที่ได้จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์มาลงรหัส  
และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2.8 ทำการวิเคราะห์ และ  
ประมวลผลด้วยวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย  
โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับ  
ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่  
เพศ อายุ ภูมิลำเนา ประเภทของการพ่น รายได้  
ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดย  
คำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง  
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในส่วนของ  
จำนวนวันในการเล่นพ่นต่อเดือน จำนวนเงิน  
ที่ใช้เล่นพ่นต่อเดือน ความรุนแรงของปัญหา  
พ่น ระดับขั้นของแรงใจ และความพร้อม  
ในการเลิกพ่นด้วยสถิติ Wilcoxon-Sign rank  
test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดำเนินงานวิจัยได้ดำเนินการตาม  
ขั้นตอนการขอความเห็นชอบการวิจัยใน  
มนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและ  
วัยรุ่นราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ CAMRI-  
IRB-2560/003 รับรองวันที่ 23 มกราคม 2560  
ทั้งนี้ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ ความลับ

ของข้อมูล ซึ่งข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ หากมีความไม่สบายใจจากการเข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า รวมถึงมีสิทธิ์ได้รับการให้การปรึกษาเบื้องต้นจากเจ้าของโครงการ และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาตามปกติ

## ผล

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 82.6) และเพศหญิงจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 17.4) โดยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 30 - 39 ปี (ร้อยละ 47.8) รองลงมาเฉลี่ย 20 - 29 ปี (ร้อยละ 43.5) ตามลำดับ และสถานภาพโสด จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 65.2) และสมรส จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 34.8) ภูมิลำเนาของผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือ ภาคใต้ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 17.4) ภาคเหนือ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 13.0) ภาคกลาง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.7) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.7) โดยประเภทของการพนัน พบว่า เป็นพนันออนไลน์ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 65.2) รองลงมา เป็นพนันฟุตบอล จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 21.7) หวย ไฟ/ไฮโล และอื่น ๆ อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 4.3) ส่วนรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง

มีมากกว่า 25,000 บาท จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 39.1) รองลงมาเฉลี่ย 15,001 - 20,000 บาท จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 26.1) และต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.7)

**ค่ามัธยฐานจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ความรุนแรงของปัญหาพนัน ระดับขั้นของแรงงูใจ และความพร้อมเลิกพนันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ**

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงูใจในปัญหาพนัน กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน ดังนี้ จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน 20.1 วัน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน 136,565.2 บาท ความรุนแรงของปัญหาพนัน 19.9 คะแนน ระดับขั้นของแรงงูใจเท่ากับขั้นที่ 2.9 และความพร้อมเลิกพนัน 8.8 คะแนน

### การทดสอบสมมติฐาน

พบว่าหลังจากเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือนเท่ากับ 4.6 วัน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือนเท่ากับ 4,832.6 บาท ความรุนแรงของปัญหาพนันเท่ากับ 5.2 คะแนน ระดับขั้นของแรงงูใจเท่ากับขั้นที่ 4.6 และความพร้อมเลิกพนันเท่ากับ 9.8 คะแนน ผู้วิจัยทำการทดสอบสมมติฐาน และนำเสนอเป็นตารางที่ 4 - 8 ตามลำดับ ดังนี้

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความรุนแรงของปัญหาพนันหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า จำนวนวันหลังจากได้รับโปรแกรมฯ ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงูใจในผู้มีปัญหาพนันลดลง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23)

| ลักษณะ                | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------|------------|--------|
| เพศ                   |            |        |
| ชาย                   | 19         | 82.6   |
| หญิง                  | 4          | 17.4   |
| อายุ                  |            |        |
| 10 - 19 ปี            | 1          | 4.3    |
| 20 - 29 ปี            | 10         | 43.5   |
| 30 - 39 ปี            | 11         | 47.8   |
| 40 - 49 ปี            | 1          | 4.3    |
| สถานภาพ               |            |        |
| โสด                   | 15         | 65.2   |
| สมรส                  | 8          | 34.8   |
| ภูมิลำเนา             |            |        |
| กรุงเทพมหานคร         | 12         | 52.2   |
| ภาคกลาง               | 2          | 8.7    |
| ภาคใต้                | 4          | 17.4   |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 2          | 8.7    |
| ภาคเหนือ              | 3          | 13.0   |
| ประเภทของการพนัน      |            |        |
| พนันออนไลน์           | 15         | 65.2   |
| พนันฟุตบอล            | 5          | 21.7   |
| หวย                   | 1          | 4.3    |
| ไพ่/ไฮโล              | 1          | 4.3    |
| อื่น ๆ                | 1          | 4.3    |
| รายได้ต่อเดือน (บาท)  |            |        |
| ต่ำกว่า 10,000        | 6          | 26.1   |
| 10,000 - 15,000       | 2          | 8.7    |
| 15,001 - 20,000       | 6          | 26.1   |
| 20,001 - 25,000       | 0          | 0.0    |
| มากกว่า 25,000        | 9          | 39.1   |

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05  
 จากตารางที่ 6 พบว่า จำนวนเงินที่ใช้  
 เล่นพนันต่อเดือน หลังจากได้รับโปรแกรมให้การ  
 ปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงจูงใจ

ในผู้มีปัญหาพนัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับชั้นของ  
 แรงจูงใจในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ

**ตารางที่ 3** ค่ามัธยฐานจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ความรุนแรงของปัญหาพนัน ระดับขั้นของแรงงูใจ และความพร้อมเลิกพนัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

| ตัวแปรตาม                             | ค่ามัธยฐานก่อนทดลอง | ค่ามัธยฐานหลังทดลอง | p-value  |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|----------|
| จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน (วัน)   | 20.0                | 0.0                 | < 0.001* |
| จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน (บาท) | 30,000.0            | 0.0                 | < 0.001* |
| ความรุนแรงของปัญหาพนัน (คะแนน)        | 21.0                | 3.0                 | < 0.001* |
| ระดับขั้นของแรงงูใจ (ขั้น)            | 3.0                 | 4.0                 | < 0.001* |
| ความพร้อมเลิกพนัน (คะแนน)             | 9.0                 | 10.0                | 0.002*   |

\*p-value < 0.05, Wilcoxon-Sign Rank Test

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรุนแรงของปัญหาพนันในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมฯ

| ความรุนแรงของปัญหาพนัน | n  | median | Interquartile range | Z    | p-value  |
|------------------------|----|--------|---------------------|------|----------|
| ก่อนเข้าโปรแกรม        | 23 | 21.0   | 24.0 - 15.0         | -4.1 | < 0.001* |
| หลังเข้าโปรแกรม        | 23 | 3.0    | 5.0 - 1.0           |      |          |

\*p-value < 0.05, Wilcoxon-Sign Rank Test

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมฯ

| จำนวนวันการเล่นพนันต่อเดือน | n  | median | Interquartile range | Z    | p-value  |
|-----------------------------|----|--------|---------------------|------|----------|
| ก่อนเข้าโปรแกรม             | 23 | 20.0   | 30.0 - 10.0         | -3.8 | < 0.001* |
| หลังเข้าโปรแกรม             | 23 | 0.0    | 3.00 - 0.0          |      |          |

\*p-value < 0.05, Wilcoxon-Sign Rank Test

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมฯ

| จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน | n  | median   | Interquartile range | Z    | p-value  |
|---------------------------------|----|----------|---------------------|------|----------|
| ก่อนเข้าโปรแกรม                 | 23 | 30,000.0 | 20,000 - 12,000     | -4.5 | < 0.001* |
| หลังเข้าโปรแกรม                 | 23 | 0.0      | 1,000.0 - 0.0       |      |          |

\*p-value < 0.05, Wilcoxon-Sign Rank Test

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับขั้นของแรงงูใจในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมฯ

| ระดับขั้นของแรงงูใจ | n  | median | Interquartile<br>range | Z    | p-value  |
|---------------------|----|--------|------------------------|------|----------|
| ก่อนเข้าโปรแกรม     | 23 | 3.0    | 3.0 - 3.0              | -4.5 | < 0.001* |
| หลังเข้าโปรแกรม     | 23 | 4.0    | 4.0 - 4.0              |      |          |

\*p-value < 0.05, Wilcoxon-Sign Rank Test

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการเลิกพนันในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมฯ

| ความพร้อมในการเลิกพนัน | n  | median | Interquartile<br>range | Z    | p-value |
|------------------------|----|--------|------------------------|------|---------|
| ก่อนเข้าโปรแกรม        | 23 | 9.0    | 10.0 - 8.0             | -3.1 | 0.002*  |
| หลังเข้าโปรแกรม        | 23 | 10.0   | 10.0 - 9.0             |      |         |

\*p-value < 0.05, Wilcoxon-Sign Rank Test

อยู่ในขั้นที่ 3 คือ ตัดสินใจ (Preparation & Determination) และหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับขั้นของแรงงูใจอยู่ในขั้น 4 คือ ลงมือทำ (action) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเลิกพนันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปราย

ผู้วิจัยทำการอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่สำคัญดังนี้

จากการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงูใจ พบว่า ตัวแปรตามได้แก่ ระดับความรุนแรงของปัญหาพนัน

จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับขั้นของแรงงูใจและความพร้อมในการเลิกพนัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้การศึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงงูใจ สามารถช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเล่นพนันลดลงได้ตามธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะมีลักษณะสำคัญประการแรก คือ บุคคลเกิดความลังเลที่จะเปลี่ยนแปลง ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีความยาก ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้การศึกษาที่จะช่วยลดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการจะเข้าใจทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) เป็นสิ่งที่ทำให้เราเข้าใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถจัดการแก้ไขได้อย่าง

ตรงจุด ประการที่สอง พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงไปมาได้และไม่คงที่ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหนึ่งอาจจะมีทั้งการก้าวไปข้างหน้า การอยู่กับที่ หรือการถอยกลับไปเกิดพฤติกรรมเดิมซ้ำ โดยทฤษฎีให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงใจ มีหลักการ DARES ที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ หลักการของการสร้างเสริมแรงใจ ได้แก่ Develop discrepancy เป็นการสร้างให้ผู้เข้ามารับการรักษาเห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบัน และเป้าหมายของตัวผู้มารับการบำบัด การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นหากผู้มารับการปรึกษาเห็นถึงความแตกต่างนี้ ต่อมา Avoid argument ในการให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงใจ ผู้ให้การปรึกษาจะหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้มารับการปรึกษาเพราะการโต้เถียงกันไม่ใช่การฟัง และยังเป็นการสร้างให้เกิดแรงต้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็อุปสรรคต่อการบำบัด รวมถึง Roll with resistance การจัดการแรงต้าน เพราะแรงต้านเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในผู้ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ต้านแรงต้านโดยตรง แต่จะเป็นการจัดการลดแรงต้านของผู้มารับการปรึกษาอย่างเหมาะสม และ Expressive empathy เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขในตัวของผู้มารับการปรึกษา เป็นการช่วยสร้างบรรยากาศ ทำให้คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในการให้การปรึกษาดำเนินไปของการปรึกษาได้อย่างเหมาะสม<sup>6-7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Diskin & Hodgins ศึกษาการให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงใจในปัญหาพนันแบบ 1 ครั้ง

หลังจากการติดตามครบ 1 ปี กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีจำนวนเงินที่ใช้ในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน และคะแนนความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรุนแรงของปัญหาพนันลดลง<sup>8</sup> และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smedslund และคณะ ทำการประเมินประสิทธิผลของการใช้ MI สำหรับการบำบัดผู้เสพติดในปี 2011 โดยเปรียบเทียบกับการบำบัดอื่นอีก 4 รูปแบบ ได้แก่ เปรียบเทียบการบำบัดด้วย MI กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด กลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการประเมิน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดที่ใช้ในสถานการณ์บำบัด ซึ่งเก็บข้อมูลหลังจากให้การบำบัดทันที และติดตามต่อเนื่อง ในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว พบว่าการบำบัดโดยใช้ MI ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ในระยะหลังการบำบัดทันที และค่อยๆ ให้ผลลัพธ์การบำบัดที่น้อยลงในระยะติดตามผลระยะสั้น-ยาว จากการทำการประเมิน ด้วยวิธี Meta-analysis พบว่า การบำบัดด้วย MI ไม่ได้ให้ผลการบำบัดดีกว่าการบำบัดโดยการประเมิน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ในช่วงการติดตามผลระยะกลาง ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่า การบำบัดด้วย MI สามารถลดขนาดการใช้ยาเสพติดได้เป็นต้น<sup>10</sup> และงานของ Montgomery และคณะ ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดผู้เสพติดด้วย MET เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยการให้บริการปรึกษาตามปกติในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า อัตราการคงอยู่ในการบำบัดของผู้เสพติดหญิงชาวแอฟริกันที่ได้รับการบำบัดด้วย MET สูงกว่ากลุ่มหญิงที่บำบัด

ด้วยการให้บริการปรึกษา ส่วนในผู้เสพติดชาย ให้ผลการคงอยู่ในการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีจำนวนวันที่ใช้ยาเสพติดต่อสัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา จากการศึกษายังพบว่าหากผู้เสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีการกล่าวคำพูดจงใจตนเอง (Self-Talk) ออกมา การบำบัดมีแนวโน้มประสพผลสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้กล่าวคำพูดจงใจตนเอง<sup>11</sup> ทั้งนี้เนื่องด้วยผู้บำบัดที่ลงเก็บข้อมูลมีจำนวนมาก แม้จะมีการอบรมการใช้โปรแกรมก่อนลงเก็บข้อมูล และมีคู่มือในการใช้โปรแกรมให้ปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตามเป็นไปได้ว่าอาจจะเกิดการให้การปรึกษาที่นอกเหนือจากโปรแกรมไปบ้างอาจเป็นผลมาจากความถนัดหรือแนวทางให้การปรึกษาที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของบุคคล อาจจะส่งผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็น contamination ในการทดลองก็ได้

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีปัญหาพนันซึ่งพบได้ยาก จึงทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย รวมทั้งมีผลต่อการออกแบบวิจัย กล่าวคือ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองเพียงพอที่จะสามารถเป็นกลุ่มควบคุมให้เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจะมีการติดตามผล หลังจากที่ได้รับโปรแกรมให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสร้างเสริมแรงใจเป็นเวลา

1 ปี เพื่อการทราบผลในระยะยาวของโปรแกรมฯ

2. ควรมีการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม (Randomized controlled trial) เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างผลการศึกษาค้นคว้าได้ชัดเจนมากขึ้น

3. เปรียบเทียบการให้การปรึกษาแบบสร้างเสริมแรงใจกับการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ การใช้สติบำบัด

4. ทำการบันทึกเสียงขณะให้การปรึกษาเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ และผลการใช้โปรแกรมฯ

### สรุป

การให้การปรึกษาสร้างเสริมแรงใจสามารถลดพฤติกรรมการเล่นพนันของผู้รับ การปรึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ จากการศึกษาสามารถลดระดับความรุนแรงของปัญหาพนันจำนวนวันในการเล่นพนันต่อเดือน จำนวนเงินที่ใช้เล่นพนันต่อเดือน ระดับขั้นของแรงใจและความพร้อมในการเลิกพนัน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นทางโทรศัพท์ได้ เป็นวิธีการรักษาที่ผู้ให้คำปรึกษาจะให้การปรึกษาแบบไม่ชี้นำและฝึกผู้ที่มาขอรับคำปรึกษา แต่จะใช้กลยุทธ์ด้านแรงใจของผู้ที่มาขอรับคำปรึกษาเป็นตัวขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ที่มาขอรับคำปรึกษาเอง แต่ทว่าในประเทศไทยนั้นมีหน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาการติดพนันค่อนข้างน้อย คณะผู้วิจัยจึงเติมเต็มช่องว่างด้วยการศึกษาวิจัยนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาพนัน และได้แนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาพนัน จัดการผลกระทบ

## ที่เกิดจากปัญหาพนันในสังคมไทยอีกด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. ชนกฤษ ลิขิตธรากุล, สันติภาพ นันทะสาร. ปัญหาสุขภาพจิตในผู้เล่นการพนัน: กรณีศึกษาผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323. รายงานวิจัย ศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาในปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2558.
2. สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์, ภาสกร กุ่มศิริ, ชญาภา สุนันทชัยกุล, ศิริกุล บุญมี, ชลันดา หนูหล้า. การทบทวนข้อมูลของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิตเล็กพนัน 1323 กรณีศึกษาปัญหาพนัน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2558; 5(3): 262-72.
3. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2010; 39(2): 92-103.
4. Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 11. DOI: 10.1002/14651858.CD008937.pub2.
5. Hodgins D, Holub A. Components of impulsivity in gambling disorder. *Int J Ment Health Addict* 2015; 13(6): 699-711.
6. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists and individuals with alcohol abuse and dependence. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
7. Miller WR, Rollnick S. Talking oneself into change: motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *J Cogn Psychother* 2004; 18: 299-308.
8. Diskin KM, Hodgins DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behav Res Ther* 2009; 47(5): 382-8.
9. Ferris J, Wynne H. The Canadian problem gambling index: final report. Ottawa: Submitted to Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.
10. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2.
11. Montgomery L, Burlew AK, Kosinski AS, Forchimes AA. Motivational enhancement therapy for African American substance users: a randomized clinical trial. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2011; 17(4): 357-65.