



# ปัญหาสุขภาพจิตกับการเล่นการพนันของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

## Mental Health and Problem in Gambling on Helpline 1323's Clients

ธนภฤช ลิขิตธรากุล\*, ภาคกร คุ่มศิริ\*, พัทธิธรา ดิษยวรรณวัฒน์\*\*, ชลธิชา แยมมา\*\*\*, สันติภาพ นันทะสาร\*

Tanakrit likritalakul\*, Passakorn Koomsiri\*, Patteera Disayawanwat\*\*, Chonticha Yamma\*\*\*, Santipap Nantasan\*

\* นักจิตวิทยา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

\*\* จิตแพทย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

\*\*\* นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

\* Psychologist, Child and adolescent mental health rajanagarindra institute

\*\* Psychiatrist, Child and adolescent mental health rajanagarindra institute

\*\*\* Public Health Technical Officer, Child and adolescent mental health rajanagarindra institute

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับระดับปัญหาจากการพนันในผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

**วิธีการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาที่บริการปรึกษาสุขภาพจิต 1323 ด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเล่นการพนัน ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม 2557 จำนวน 79 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินปัญหาพนัน (problem gambling severity index) จำนวน 9 ข้อ และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (general health questionnaire) ฉบับ 12 ข้อ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square test

**ผลการวิจัย** พบว่าปัญหาสุขภาพจิตกับระดับปัญหาการจากพนันมีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตของผู้เล่นการพนันในรายข้อพบว่าผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน จะมีปัญหาสุขภาพจิตในด้านสมาธิ ปัญหารอนรู้สึกริแฉ็ด รู้สึกไม่มีความสามารถในการเอาชนะปัญหา รู้สึกเศร้าหมอง ไม่มีความมั่นใจ และไม่มีความสุขจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ นอกจากนี้การสัมภาษณ์ พบว่ายังในกลุ่มตัวอย่างที่ยังเล่นการพนันให้เหตุผลว่าใช้การเล่นการพนันเพื่อเป็นการผ่อนคลาย และยังหวังจะได้เงินจากการพนัน สำหรับผู้ที่สามารถเลิกเล่นการพนันได้แล้วได้ให้ข้อมูลว่า ปัจจัยสำคัญที่เลิกพนันได้เนื่องจากเลิกเพื่อคนที่รัก และเห็นผลเสียจากการพนัน

**สรุป** ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปัญหาการจากพนัน ดังนั้นข้อมูลด้านสุขภาพจิตจึงเป็นประโยชน์ที่สำคัญต่อการจัดบริการเกี่ยวกับปัญหาพนัน

**คำสำคัญ** การเล่นพนัน ปัญหาสุขภาพจิต สายด่วนสุขภาพจิต 1323

Corresponding author: ธนภฤช ลิขิตธรากุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(2): 131-140

## ABSTRACT

**Objective :** To study the association between mental health and levels of gambling problem in the client of the Mental Health Helpline 1323.

**Methodology :** This study was descriptive research, which use purposive sampling. Data is draw from 79 client of the Mental Health Helpline 1323 in April to December 2557 who agreed to complete semi-structure interview which contain 9 items of problem gambling severity index and 12 items of general health questionnaire Thai version (Thai GHQ-12). Data is analyse by Chi-square.

**Results :** The study found that mental health and levels of gambling problem was association. ( $\chi^2 = 20.782$ ,  $p = .000$ ) Then, while analysed the Thai GHQ-12 in items found that the participants in problem gambling category has insomnia, felt stress, inattention and depress too. Quality data show relaxing and expect to get money were the reasons to continue gambling. While the hazardous gamblers had motivation to quit for beloved one.

**Conclusion :** Mental health problem is associate with levels of gambling problem. So the Mental Helpline need to provide counseling for gambling problem.

**Keywords :** Helpline 1323, problem gambling, mental health

---

Corresponding author: Tanakrit likritalakul

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(2): 131-140

## บทนำ

การพนันเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขและการผ่อนคลาย ซึ่งมีการเล่นกันในหลายระดับสังคม จากผลงานวิจัยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการสำรวจข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 พบว่าประชากรครึ่งหนึ่งของประเทศไทยเคยเล่นการพนัน<sup>1</sup> จากข้อมูลทั่วโลกพบว่าจำนวนหนึ่งของผู้เล่นประมาณร้อยละ 0.4-5.3 ที่มีพฤติกรรมเล่นการพนันอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตแย่งและอาจนำไปสู่ปัญหาครอบครัว ปัญหาการหย่าร้าง และปัญหาสุขภาพจิต<sup>2-3</sup> จากการศึกษาในต่างประเทศของ Bergamini และคณะ เรื่อง ความชุกและความเสี่ยงของการเล่นการพนันในผู้ป่วยสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เล่นการพนันในปีที่ผ่านมามีปัญหาในกลุ่มอารมณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเล่นการพนันของกลุ่มตัวอย่างเป็นการติดสารเสพติด และบุหรี่ยังมีนัยสำคัญ<sup>4</sup> ซึ่งปริมาณคนติดพนันจำนวนมาก ก็ส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมและเป็นภาระของประเทศตามมา กรมสุขภาพจิตเล็งเห็นในปัญหานี้จึงได้ร่วมกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล จัดตั้งศูนย์ผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาปัญหาพนันขึ้น เพื่อให้เกิดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตจากการพนัน ผันรวมไปกับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เดิม

เนื่องจากรูปแบบและลักษณะของการพนันในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน และในประเทศไทยยังไม่ม้งานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะเจาะจงในปัญหาสุขภาพจิตจากการพนันจากผู้รับบริการที่โทรมาปรึกษาปัญหาพนันกับสายด่วนสุขภาพจิต 1323 คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรจะมีการศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตจากการพนันอย่างเป็นทางการ โดยจะเก็บข้อมูลกับผู้ที่โทรมาปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตจากการพนันในสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อที่จะได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาจริง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการพนันในบริบทของประเทศไทยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่ถูกต้องและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง

เป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการ และการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากการพนันให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้รับบริการปัญหาพนันกับสายด่วนสุขภาพจิต 1323
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับระดับปัญหาการจากเล่นพนันในผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

## สมมติฐานการวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับระดับปัญหาการจากเล่นพนันในผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

## วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิตในปัญหาพนัน ซึ่งการศึกษานี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข ในหัวข้อ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้เล่นพนัน : กรณีศึกษาผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 รหัส 100/2558 มีวิธีวิจัยดังนี้

1. ประชากร ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาที่บริการปรึกษาสุขภาพจิต 1323 ด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเล่นการพนัน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2557 ถึง เดือน ธันวาคม 2557 จำนวน 614 สาย
2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ที่มีปัญหาหรือได้รับผลกระทบจากการเล่นการพนันที่ยินดีให้สัมภาษณ์จากจำนวน 79 ราย โดยใช้วิธีการโทรกลับหลังจากโทรมาครั้งแรกในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

ก. กลุ่มตัวอย่างยืนยันว่าเป็นผู้ที่มีประวัติการเล่นการพนัน

ข. ยินดีให้ข้อมูลกับทางผู้วิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้

ก. กลุ่มตัวอย่างไม่รับโทรศัพท์ในการขอสัมภาษณ์จำนวนการโทร 3 ครั้ง หรือไม่สามารติดต่อดีภายหลังการโทรติดต่อ 3 ครั้ง

ข. ไม่ยินยอมให้ข้อมูลกับทางผู้วิจัยหรือขอถอนตัวจากการให้สัมภาษณ์กลางคัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อแนะนำการสัมภาษณ์ซึ่งผู้สัมภาษณ์ต้องอ่านให้เข้าใจก่อนดำเนินการสัมภาษณ์เป็นข้อความที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องทำความเข้าใจ และพูดคำชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างฟังเพื่อเป็นการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ดังนี้

“สวัสดีครับ/ค่ะ ดิฉัน/ผมชื่อ (ผู้ให้คำปรึกษา) เป็นนักจิตวิทยาให้การปรึกษา จากศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ดิฉัน/ผม โทรมาเพื่อขอเวลาประมาณ 5 นาทีในการสัมภาษณ์ในการศึกษาเรื่องภาวะจิตใจอารมณ์ของผู้เคยเล่นพนัน โดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีภาระ누้ชื่อและข้อมูลส่วนตัวไม่ทราบว่าจะอนุญาตไหมครับ” โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัยตามเกณฑ์คัดออก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาการพนัน (problem gambling severity index) เป็นแบบประเมินปัญหาจากการพนันสร้างขึ้นโดย Ferris และ Wynne ในปี 2001 ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกลุ่มที่ปรึกษาของกรมสุขภาพจิต<sup>5</sup> มีจำนวน 9 ข้อเป็น มาตราวัดประเมินค่า (rating Scale) 4 ระดับ การศึกษาความตรงและหาความเชื่อมั่นด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) สัมประสิทธิ์เพียร์สัน เท่ากับ .78 และมีคะแนนที่สัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบวัด SOGS (.83) และ DSM-IV (.83) ส่วนความตรงตามพยากรณ์เท่ากับ .48<sup>6</sup> การให้คะแนน

เป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 4 ตั้งแต่ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง และแทบทุกครั้ง โดยจะสอบถามถึงพฤติกรรมการเล่นการพนันในช่วง 12 เดือนผ่านมา การแปลผลแบบประเมินปัญหาจากการพนัน (PGSI) เป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน : ไม่มีปัญหาจากการพนัน (non-problem gambling) 1-2 คะแนน : มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) 3-7 คะแนน : มีความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) 8 คะแนนขึ้นไป : มีปัญหาจากการพนัน (problem gambling)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไปฉบับ 12 ข้อ (general health questionnaire: Thai GHQ-12) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) โดยได้แปลเป็นภาษาไทย<sup>7</sup> มีความเชื่อถือได้และมีความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84-.94 มีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 84.4 และมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 78.1 โดยวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ 2 ประการคือ การไม่สามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติ สุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหากที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ การให้คะแนน: ใช้การคิดคะแนนแบบ GHQ score (0-0-1-1) ถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่าอาจมีปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (structure interview) ประกอบด้วยข้อคำถามหลักจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประสบการณ์การเล่นการพนัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นการพนัน และปัจจัยที่เลิกเล่นการพนันได้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยด้านคุณภาพจำนวน 3 ท่าน

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นด้วยการตรวจหาคะแนนแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์ตามที่กำหนด จากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบความเรียง

2. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน คือการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา จัดข้อมูล รวมกลุ่มข้อมูล สรุปผลข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลร่วมกันกับผู้เก็บข้อมูล

### ผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เสนอในตาราง 1 ตาราง 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี และมีสถานภาพสมรส/คู่ สำหรับปัญหาจากการเล่นพนันพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้มีปัญหานี้ ร้อยละ 54.8 รองลงมา มีความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 12.7 และเล่นแต่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 2.5

2. คะแนนรวมปัญหาสุขภาพจิตกับระดับปัญหาการพนันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ.01 หมายความว่าเมื่อมีปัญหาจากการพนันก็จะพบปัญหาสุขภาพจิตด้วย ดังตาราง 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและระดับปัญหาพนันของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	60	75.9
หญิง	19	24.1
<b>อายุ</b>		
20-40 ปี	56	70.9
40 ปีขึ้นไป	23	29.1
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	26	33
สมรส/คู่	40	51
หย่าร้าง	5	6.3
หม้าย	1	1.3
แยกกันอยู่	2	2.5
missing	5	6.3
<b>ระดับปัญหาพนัน</b>		
มีปัญหาจากการพนัน	67	84.8
มีความเสี่ยงปานกลาง	10	12.7
มีความเสี่ยงน้อย	0	0
เล่นแต่ไม่มีปัญหาพนัน	2	2.5

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมปัญหาสุขภาพจิตและระดับปัญหาพนัน

ปัญหาสุขภาพจิต	ระดับของปัญหาจากการพนัน				χ <sup>2</sup>	p-value
	มีปัญหาจากการพนัน (N = 67)		ไม่มีความเสี่ยง จนถึง มีความเสี่ยงปานกลาง (N = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีปัญหาสุขภาพจิต	47	70	0	0	20.782	.000**
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	20	30	12	100		
รวม	67 (100%)		12 (100%)			

\*\* p<0.001, fisher' exact test

เมื่อทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตรายข้อกับระดับปัญหาการพนัน พบว่ามีข้อมูลตามตาราง 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตรายข้อกับระดับปัญหาการพนัน

ปัญหาสุขภาพจิต (Thai GHQ12)	ระดับของปัญหาจากการพนัน				χ <sup>2</sup>	p-value
	มีปัญหาจากการพนัน (N = 67)		ไม่มีความเสี่ยง จนถึง มีความเสี่ยงปานกลาง (N = 12)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้						
มีปัญหา	26	39	0	0	7.091	.008**
ไม่มีปัญหา	40	61	12	100		
2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ						
มีปัญหา	35	53	0	0	11.543	.001**
ไม่มีปัญหา	31	46	12	100		
3. รู้สึกว่าได้ทำตัวเป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ						
มีปัญหา	13	19.7	0	0	2.836	.092
ไม่มีปัญหา	53	80.3	12	100		
4. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้						
มีปัญหา	16	24	0	0	3.660	.056
ไม่มีปัญหา	50	76	12	100		
5. รู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา						
มีปัญหา	28	42	0	0	7.942	.005**
ไม่มีปัญหา	38	58	12	100		
6. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่าง ๆ ได้						
มีปัญหา	17	25	0	0	3.952	.047*
ไม่มีปัญหา	49	75	12	100		
7. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ						
มีปัญหา	15	22	1	8.3	1.290	.25
ไม่มีปัญหา	51	78	11	17.7		
8. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ของตัวเองได้						
มีปัญหา	16	24	0	0	3.660	.056
ไม่มีปัญหา	50	76	12	100		
9. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง						
มีปัญหา	24	36	0	0	6.303	.012*
ไม่มีปัญหา	42	64	12	100		
10. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป						
มีปัญหา	20	30	0	0	4.890	.027*
ไม่มีปัญหา	46	70	12	100		
11. คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า						
มีปัญหา	9	14	0	0	1.850	.174
ไม่มีปัญหา	40	61	12	100		
12. มีความสุขได้ตามสมควรเมื่อดูโดยรวม ๆ						
มีปัญหา	17	25	0	0	3.952	.047*
ไม่มีปัญหา	49	75	12	100		

\*p < .05, \*\* p<0.001, fisher' exact test

จากตาราง 3 พบว่าระดับปัญหาจากการพนันกับปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในระดับ.01 ที่ข้อ 1, 2 และ5 และมีความสัมพันธ์ในระดับ .05 ในข้อ 6, 9, 10 และ 12 หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน จะมีปัญหา

สุขภาพจิตในด้านสมาธิ ปัญหาการนอน รู้สึกเครียด รู้สึกไม่มีความสามารถในการเอาชนะปัญหา รู้สึกเศร้าหมอง ไม่มีความมั่นใจ และไม่มีความสุข

4. จากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า การพนันที่พบในผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต ได้แก่ พนันบอล ไฟและไฮโล พนันออนไลน์ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ครึ่งหนึ่งยังคงเล่นการพนันอยู่ ตัวอย่างข้อมูล เช่น

“ที่เล่นอยู่เล่นเป็นพนันบอล ยิ่งช่วงเทศกาลนะ ไม่ค่อยได้พักเลย”

“ญาติๆ กับฉันเองก็เล่นไฟและเหมือนเป็นกิจกรรมที่ได้เล่นสนุกด้วยกัน”

“ทั้งวันเวลาเรียนก็เล่น มันง่ายไม่ต้องคิดเยอะ พนันออนไลน์ เข้าใจง่าย แปปเดียวรู้ผล ชอบ”

ประเด็นหลักสำคัญต่อมาเป็นเรื่องเหตุผลที่ผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิตเล่นพนัน ได้แก่ การใช้การพนันเพื่อเป็นการผ่อนคลาย มีคนชักชวน และหวังที่จะได้เงินจากการเล่นการพนัน ตัวอย่างข้อมูล เช่น

“ก็เล่นสนุกๆ เวลาเครียดๆ ก็มาเล่นสักหน่อย”

“อยากได้เงินบ้าง ขำๆ ร้อยสองร้อย กำไรนิดหน่อย”

“ก็เอาไม่ค่อยมีเงินกับเขา บ้านเราก็มีหนี้ ต้องกินต้องใช้ เหมือนเป็นอีกทางที่จะทำให้เราได้เงินเพิ่ม”

ประเด็นหลักสำคัญสุดท้ายเป็นเรื่องเหตุผลที่ทำให้เลิกเล่นการพนัน ได้แก่ เลิกเพื่อคนที่รัก เห็นผลเสียของการเล่นการพนัน เกิดความเครียดไม่มีความสุข มีกิจกรรมอื่นมาทดแทนการเล่นการพนัน และหมดตัวไม่มีเงินไปเล่น ตัวอย่างข้อมูล เช่น

“ไม่อยากจะเห็นเมีย และลูกต้องเสียใจกับการเล่นของเรา มันใช้ชีวิตแบบไม่มีความสุข”

“ทะเลาะกับพ่อ เครียด มีนอนไม่หลับบ้าง เล่นไปก็มีแต่เสีย เลิกดีกว่า”

“ก็เล่นจนเงินเก็บหมดอะครับ ทำให้เหมือนรู้สึกตัว ไม่อยากขายของที่บ้านทิ้ง เลิกแค่นั้นดีกว่า”

## อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างผู้เล่นการพนันที่เคยโทรเข้ามาปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เกี่ยวกับปัญหาพนัน โดยมีการสัมภาษณ์มีการ

ควบคุมคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Aino Suomi และ Nicki A. Dowling และ Alun C. Jackson ในปี 2014 ที่ศึกษาพฤติกรรมการเล่นการพนันของผู้เล่นการพนันที่เข้ามาใช้บริการที่โปรแกรมการบำบัดการติดการพนันที่ออสเตรเลีย ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เล่นการพนันและมีปัญหาจากการพนันโดยตรง<sup>9</sup> ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย โทรมารับบริการปรึกษาปัญหาพนันโดยพบว่าพฤติกรรมการเล่นการพนันแต่ยังไม่เกิดผลกระทบ อิงตามแบบทดสอบประเมินปัญหาพนันที่พัฒนามาจาก Ferris & Wynne ในปี 2001 โดยศูนย์ศึกษาปัญหาพนันในแคนาดาและได้มีการศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยาโดยมีค่าความจริงและหาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์เพียร์สัน เท่ากับ .78 และมีคะแนนที่สัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบวัด SOGS (.83) และ DSM-IV (.83) ส่วนความจริงตามพยากรณ์เท่ากับ .48 แสดงถึง พยากรณ์ในระดับดี ในประเทศไทยพบความจริงเชิงเนื้อหาอยู่ในระหว่าง 0.80 ถึง 1 ค่าความเที่ยงจาก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ .90 มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .01 จากสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับในการ ประเมินครั้งที่ 1 เท่ากับ 0.83 เว้นระยะ 15 วัน ประเมิน ครั้งที่ 2 เท่ากับ .85 ครั้งที่ 1 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ เมื่อ ตัดแต่ละข้ออยู่ระหว่าง .79-.84 ครั้งที่ 2 อยู่ที่ .80-.857<sup>9</sup> ใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของปัญหาพนันมีจากผลกระทบที่เกิดขึ้นในการเล่นพนันทำให้ในกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เล่นการพนันแต่ยังไม่เกิดผลกระทบ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังเข้าเกณฑ์สัมภาษณ์ เนื่องจากมีประวัติโทรเข้ามาใช้บริการในปัญหาพนันสำหรับการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับปัญหาการจากพนันกับปัญหาสุขภาพจิตครั้งนี้ตาม สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ว่า “ระดับปัญหาการจากพนันมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ” ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและตรงกับผลการศึกษาของที่พบว่าการติดการพนันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคทางอารมณ์ (mood disorder) โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety

disorder) การใช้ยาเสพติด (substance use disorder) และการติดสุรา (alcohol dependence) ได้<sup>8</sup>

จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตของผู้เล่นการพนันในรายข้อ พบว่าผู้ที่มีปัญหาการพนัน จะมีปัญหาสุขภาพจิต ด้านสมาธิ ปัญหาการนอน รู้สึกเครียด รู้สึกไม่มีความสามารถในการเอาชนะปัญหา รู้สึกเศร้าหมอง ไม่มีความมั่นใจ และไม่มีความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Soberay และคณะ ที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาจากการพนันหรือถึงขั้นเป็นโรคติดการพนัน (gambling disorder) จะมีความสามารถในการทำงานและทักษะทางสังคมที่ด้อยลง<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังคล้ายคลึงผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดการพนัน (gambling disorder) ว่ามักพบโรคร่วมเช่น โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า มีความคิดและการทดลองฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นด้วย และพบว่ามีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดด้วย<sup>11-14</sup> และผลการศึกษาของ National Opinion Research Center ที่พบว่าผู้ที่เล่นการพนันจะมีความสามารถในการทำงานที่ลดลง<sup>2</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาจากการพนันจะไม่สามารถยับยั้งความอยากที่จะเล่นการพนันได้ ซึ่งมีผลกระทบทำให้เสียสมาธิทั้งที่บ้านและที่ทำงาน มีปัญหาครอบครัว มีความสัมพันธ์อันดีที่น้อยลงกับคนรอบข้าง และเพิ่มอัตราการหย่าร้าง<sup>15</sup> และมีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ความดันสูง โรคอ้วน และภาวะนอนไม่หลับ<sup>16-18</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเล่นการพนันที่เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้เล่นต้องใช้เวลา ซึ่งเสียเวลาในการทำงาน หรือเวลาสำหรับการพักผ่อนซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพกายและการทำงาน นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆ จนอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตและนำไปสู่การเป็นโรคทางจิตเวชได้

นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงเล่นการพนันอยู่คือการมองปัญหาพนันว่าเป็นเหมือนช่องทางของการคลายเครียด หรือ เป็นวิธีในการหาเงินสะทอนจากตัวอย่างข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้แก่

“อยากได้เงินบ้างข้าฯ ร้อยสองร้อยกำไรนิดหน่อย” “ก็เราไม่ค่อยมีเงินกับเขา บ้านเราก็มีหนี้ ต้องกินต้องใช้ เหมือนเป็นอีกทางที่จะทำให้เราได้เงินเพิ่ม” และประเด็นสำคัญจากการวิจัยครั้งนี้ที่จะสามารถนำไปประยุกต์ในการบริการให้การบำบัดหรือปรึกษาช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาพนัน คือ การมองเห็นผลกระทบที่เกิดจากการเล่นการพนันทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง มีกิจกรรมอื่นมาทดแทน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดลำดับขั้นของแรงจูงใจของ Prochaska & Diclemente ได้อธิบายว่าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นแรกบุคคลจะต้องเห็นถึงผลกระทบจากพฤติกรรมในปัจจุบันพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะผลักดันให้เกิดแรงจูงใจสำหรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>20</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Diskin & Hodgins ในการศึกษาเรื่องการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจแบบครั้งเดียวในผู้ที่มีปัญหาพนันพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเงินและจำนวนวันในการเล่นการพนันลดลง มีระดับความรุนแรงของปัญหาพนันลดลง โดยโปรแกรมจะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการชวนมองผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นการพนันทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อตนเองและผู้อื่นอีกทั้งยังช่วยแก้ไขพฤติกรรมนำเอากิจกรรมอื่นๆ มาแทนการเล่นการพนัน<sup>2</sup>

## ข้อจำกัดในการวิจัย

1) แบบประเมินปัญหาการพนัน (problem gambling severity index) ที่นำมาใช้ในงานวิจัยนั้นยังไม่มีข้อมูลคุณภาพความเที่ยงตรงที่ทำการศึกษาในประเทศไทย แต่เป็นการประยุกต์ผลจากแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งอาจมีผลต่อความไวในข้อคำถามที่อาจมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ

2) กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาที่บริการปรึกษาสุขภาพจิต 1323 ด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเล่นการพนันเท่านั้น ซึ่งอาจมีความกังวลในปัญหาของตนเองและมีความตระหนักในปัญหา รวมถึงมีแรงจูงใจที่อยากจะเลิกเล่นการพนัน ซึ่ง



ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อตัวแปรในงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในงานวิจัยนี้ยังจัดว่าเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับสถิติของผู้เล่นการพนันของทั้งประเทศทำให้ อาจยังไม่สามารถขยายผลวิจัยไปสู่ผู้ที่เล่นการพนันในระดับประเทศได้

3) กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นเพียงผู้เล่นการพนันที่โทรเข้ามาปรึกษาที่สายด่วนสุขภาพจิตเท่านั้น ยังไม่รวมกลุ่มประชากรทั่วไป จึงไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ในกลุ่มผู้เล่นพนันได้ สรุปได้เพียงผู้เล่นพนันที่มีปัญหาที่โทรมาปรึกษาสายด่วน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาคุณภาพความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
- 2) ควรมีการศึกษาผู้เล่นการพนันในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม
- 3) ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่กว้างขึ้นเพื่อจะได้นำผลไปอ้างอิงสู่ประชากรได้มากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Larbtananon P, Jarubenza R, Chindech A & Tunattakit N. A study of situation behaviour and impact of gambling in Thailand. Bangkok: Social research institute Chulalongkong University. 2011.
2. National Opinion Research Center. Gambling impact and behaviour study: report to the national gambling impact study commition. Chicago: National opinion research center at the university of Chicago 1999.
3. Shaffer HJ, Hall MN, & Vander BJ. estimating the prevalence of disorderd Gambling behaviour in the united state and Canada: A research synthesis. American journal of public health, 89,1369-1376. 1999.
4. Bergamini A, Turrina C, Bettini F, Toccagni A, Valsecchi P, Sacchetti E, et al. At-risk gambling

in patients with severe mental illness: Prevalence and associated features. Journal of Behavioral Addictions [Internet]. Akademiai Kiado Zrt.; 2018 Jun;7(2):348-54. [Cited December 1, 2015]. Available from:<http://dx.doi.org/10.1556/2006.7.2018.47>

5. Department of mental health. Understand and prevention of Gambling problem. Bangkok: Child and Adolescent Mental Health Rajanagarinda Institute; 2013.
6. Ferris J. & Wynner H. the Canadian problem gambling index: final report. Summited for the Canadian centre on substance abuse. 2001
7. Ninchaikovit, T., Sukying, J. & Sliapakit, C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 41(1): 2/17. 1996
8. Suomi A, Dowling NA, Jackson AC. Problem gambling subtypes based on psychological distress, alcohol abuse and impulsivity. Addictive Behaviors [Internet]. Elsevier BV; 2014 Dec; 39(12):1741-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.023>
9. Ferris J. Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa: Submitted to Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.
10. Chou K-L, Afifi TO. Disordered (Pathologic or Problem) Gambling and Axis I Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. American Journal of Epidemiology [Internet]. Oxford University Press (OUP); 2011 Apr 5;173(11):1289-97. [Cited October 15, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwr017>

11. Soberay A, Faragher JM, Barbash M, Brookover A, Grimsley P. Pathological Gambling, Co-occurring Disorders, Clinical Presentation, and Treatment Outcomes at a University-Based Counseling Clinic. *Journal of Gambling Studies* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2013 Jan 8;30(1):61-9. [Cited December 1, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-012-9357-2>
12. Erbas B, Buchner UG. Pathological Gambling. *Deutsches Aerzteblatt Online* [Internet]. Deutscher Arzte-Verlag GmbH; 2012 Mar 9; Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0173>
13. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* [Internet]. Wiley; 2011 Feb 7;106(3):490-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300>
14. Ledgerwood DM, Petry NM. Gambling and Suicidality in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2004 Oct;192(10):711-4. [Cited December 3, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000142021.71880.ce>
15. Wong PWC, Chan WSC, Conwell Y, Conner KR, Yip PSF. A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. Elsevier BV; 2010 Jan;120(1-3):213-6. [Cited December 3, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.001>
16. Grant JE, Kim SW. Demographic and Clinical Features of 131 Adult Pathological Gamblers. *The Journal of Clinical Psychiatry* [Internet]. Physicians Postgraduate Press, Inc; 2001 Dec 15;62(12):957-62. [Cited November 27, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v62n1207>
17. Black DW, Shaw M, McCormick B, Allen J. Pathological gambling: relationship to obesity, self-reported chronic medical conditions, poor lifestyle choices, and impaired quality of life. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. Elsevier BV; 2013 Feb;54(2):97-104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.001>
18. Parhami I, Siani A, Rosenthal RJ, Fong TW. Pathological Gambling, Problem Gambling and Sleep Complaints: An Analysis of the National Comorbidity Survey: Replication (NCS-R). *Journal of Gambling Studies* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2012 Mar 7;29(2):241-53. [Cited October 19, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-012-9299-8>
19. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* [Internet]. Wiley; 2002 May;97(5):487-99. [Cited October 19, 2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015>
20. 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
21. 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