



รายงานศึกษาฉบับสมบูรณ์ ทบทวนองค์ความรู้การพัฒนาระบบการให้ความ ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ

โดย

รองศาสตราจารย์ พญ.สุพร อภินันทเวช

มกราคม 2558

ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน (ICGP)
มูลนิธิสารานุกรมสุขแห่งชาติ (มสช.)





รายงานศึกษาฉบับสมบูรณ์ ทบทวนองค์ความรู้การพัฒนาระบบการให้ความ ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ

โดย

รองศาสตราจารย์ พญ.สุพร อภินันทเวช

มกราคม 2558

ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน (ICGP)
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทนำ ผลกระทบจากการพนันสู่ระบบให้ความช่วยเหลือ	1
บทที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบการให้ความช่วยเหลือ	3
ความหมายของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน	
ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบการให้ความช่วยเหลือ	
บทที่ 2 โครงสร้าง องค์ประกอบของระบบการให้ความช่วยเหลือ	10
โครงสร้าง ของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน	
องค์ประกอบของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน	
บทที่ 3 รูปแบบ และวิธีการดำเนินงาน ของระบบการให้ความช่วยเหลือ	17
บทที่ 4 บทเรียน และข้อจำกัด ของระบบการให้ความช่วยเหลือ	47
ประเทศสหรัฐอเมริกา	
ประเทศออสเตรเลีย	
ประเทศนิวซีแลนด์	
บทสรุป ระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ	51
ข้อเสนอแนะ ทิศทางการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบ	55
จากการพนันสำหรับประเทศไทย	
เอกสารอ้างอิง	58

บทนำ ผลกระทบจากการพนันสู่ระบบการให้ความช่วยเหลือ

ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การเล่นพนันมักเป็นพฤติกรรมที่อยู่คู่กับชุมชนหรือสังคมที่มีการติดต่อสื่อสาร การค้าขายหรือการดำเนินชีวิต บางครั้งการสร้างพฤติกรรมการเล่นพนันเพื่อความสนุกสนานหรือเสี่ยงโชคจากกิจกรรมส่งเสริมการขายสินค้าต่างๆ อาจทำให้เด็กและเยาวชนรู้สึกคุ้นชินกับพฤติกรรมการเล่นพนันที่ต่อยอดไปเป็นการพนันที่ต้องอาศัยประสบการณ์ หรือเรียนรู้วิธีการเล่นที่ยั่งยืน มากกว่าการทายผลการแข่งขันเฉยๆ การเล่นพนันเป็นการลงทุนน้อยแต่ได้ผลตอบแทนมากโดยอาศัยความเสี่ยง ซึ่งคนเล่นมักยอมรับได้ โดยไม่มีหลักการใดๆ มาใช้พิจารณาถึงความคุ้มค่าจากการเล่นพนัน หากการเล่นนั้นไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของตัวผู้เล่นหรือครอบครัวก็มักไม่เป็นปัญหา แต่..ปัญหามักเริ่มขึ้นเมื่อผู้เล่นการพนันใช้จ่ายเงินในการพนันมากขึ้นจนกระทั่งเริ่มมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด อย่างไรก็ตามหากตัวผู้เล่นพนันยังพอรู้สึกตัวได้ว่าเป็นปัญหาและพยายามหาทางแก้ไขหรือร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเห็นว่าตนไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเองแต่เพียงผู้เดียวได้ ก็ยังเป็นเรื่องที่เราจะทำให้ปัญหาลี้กลายหรือเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้กลับมาเป็นปกติได้ แต่ในความเป็นจริงก็ไม่ใช่เช่นนั้น เนื่องจากผู้ติดการพนันมักไม่ยอมรับว่าเป็นปัญหาและมักหลีกเลี่ยงการรักษาหรือการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญหรือคนใกล้ชิด

การสำรวจสถานการณ์ การพนันของเยาวชนไทย 4 ภาคในปีพ.ศ.2556 โดยมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์ พบว่า เยาวชนเคยเล่นพนัน ไพ่และหวยใต้ดิน คิดเป็นร้อยละ 62 และ 39 ตามลำดับ¹ การศึกษาของสุพร อภินันท์เวชและคณะ พบว่าวัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการเล่นพนันร้อยละ 20 และผู้มีแนวโน้มมีปัญหาจากการเล่นพนันมีถึงร้อยละ 10² ในประเทศสิงคโปร์มีการสำรวจการเล่นพนันของคนสิงคโปร์ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในปีพ.ศ.2551 พบว่า มีการเล่นพนันใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 54 และเล่นพนันชนิดลอตเตอรี่มากที่สุด พบผู้มีปัญหาโรคติดพนัน ร้อยละ 1.2^{3,4} ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และ นิวซีแลนด์ พบผู้มีปัญหาจากการพนันร้อยละ 2.5, 2.3 และ 1.2 ตามลำดับ^{5,6}

ผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน ในที่นี้ขอเรียกว่า ผู้ติดการพนัน คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ในทางการแพทย์เรียกว่าเป็นโรค pathological gambling disorder แต่ในปัจจุบันมีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่เล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของโรค จึงจัดโรคติดการพนันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกับโรคที่เกี่ยวกับการเสพติดหรือการใช้สารเสพติด (Substance-Related and Addictive Disorders) และปรับชื่อโรคเป็น gambling disorder ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการพนัน มักมีอาการ

หมกมุ่นบ่อยๆเกี่ยวกับการเล่นพนัน อยากเล่นมากขึ้นเรื่อยๆ จนอาจไม่สามารถหักห้ามใจได้ มีอาการ หงุดหงิดหากต้องหยุดเล่นหรือไม่ได้เล่น เมื่อมีความไม่สบายใจก็จะไปเล่นพนัน เมื่อเสียพนันก็อยากเล่นอีก เพื่อให้ได้เงินคืน อาจ โกหกคนใกล้ชิดหรือแพทย์เรื่องการไปเล่นพนันหรือจำนวนเงินที่ใช้ในการเล่นพนัน ต้องพึ่งพาผู้อื่นเรื่องเงินทองเพราะมีปัญหาการเงินจากการพนัน และมีความเสื่อมถอยลงในหน้าที่การงาน การเรียน หรือความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเนื่องมาจากการพนัน โดยมีอาการต่อเนื่องเป็นๆหายๆ อย่างน้อย 4 ข้อดังกล่าว ในระยะเวลา 1 ปี

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เล่นพนัน มีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ปัญหาสำคัญสำหรับผลกระทบทางกาย คือ สมอ การเล่นพนันจนติดมีผลทำให้สมอเปลี่ยนแปลงไปและทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีการใช้เงินอย่างสิ้นเปลืองได้ง่ายขึ้น มีโอกาสเป็นโรคทางจิตเวชและโรคติดสารเสพติดเพิ่มขึ้นเป็นต้น⁷ ส่วนทางจิตใจนั้นเกี่ยวโยงกับการแสดงอารมณ์หงุดหงิดหรือก้าวร้าวไม่สบายใจต่อคนใกล้ชิด มีความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองเพราะพฤติกรรมของตนที่น่ารังเกียจและเป็นที่เดือดร้อนจนไม่มีใครต้องการ หรือ คิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา ส่วนทางด้านสังคมนั้นมักก่อปัญหาการเงิน ล้มละลาย เกิดความเสียหายในด้านหน้าที่การงานหรือการเรียน อาจกระทำผิดกฎหมายเช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การลักขโมย จี้ ปล้นเพื่อให้ได้เงินมาเล่นพนัน ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นทั้งแก่ตัวผู้เล่นพนัน หรือ ผู้ใกล้ชิดได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง และมักไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างถูกวิธี เนื่องจากผู้ติดพนันมักจะไม่สามารถแสวงหาการแก้ไขหรือความช่วยเหลือเพราะคิดว่าตนไม่เป็นปัญหา ส่วนผู้ใกล้ชิด ก็อาจขาดความเข้าใจเรื่องการช่วยเหลือผู้ติดการพนัน จึงยังคงให้การสนับสนุนโดยไม่ได้ตั้งใจในเรื่องการให้เงินทองหรือแนะนำวิธีการที่ทำให้ผู้ติดพนันยังคงวนเวียนอยู่ในวงจรพนันอยู่ต่อไป อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ใกล้ชิดผู้ติดพนันอีกมากที่อดทนไม่ได้ต่อไปกับพฤติกรรมติดพนันของผู้ที่มีปัญหาดังกล่าว และมาขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ แต่ก็อาจจะยังไม่สามารถนำผู้ติดพนันมารับการรักษาได้อย่างถูกวิธี การพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ หรือการช่วยให้ผู้มีปัญหาการพนันหรือญาติผู้ติดพนันสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือระบบที่สะดวก ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อยในการช่วยเหลือเบื้องต้นจึงเป็นเรื่องที่สมควรกระทำอย่างเร่งด่วน โดยสร้างระบบการให้คำปรึกษาเบื้องต้นพร้อมทั้งระบบส่งต่อเพื่อให้การบำบัดรักษาเป็นไปโดยสะดวกและครบวงจร เช่น การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สายด่วนสุขภาพ เป็นต้น

บทที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

1.1 ความหมายของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

ผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน หมายถึง ผู้เล่นการพนันจนกระทั่งเกิดปัญหาแก่ตนเอง รวมทั้ง ผู้ใกล้ชิดหรือครอบครัว สังคมหรือชุมชนของผู้เล่นการพนันที่ได้รับความเดือดร้อนจากผู้เล่นการพนัน ผลกระทบจากการพนันดังได้กล่าวไว้ข้างต้นเป็นลักษณะปัญหาหรือความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นทั้งแก่ตัวผู้เล่นและคนใกล้ชิด โดยระดับความรุนแรงของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้เล่นและผู้ใกล้ชิด มีการแบ่งเป็นระดับจากน้อยไปมาก ในต่างประเทศใช้คำว่า “problem gambling-เป็นปัญหา” และ “pathological gambling-เป็นโรค” หมายถึง ผู้เล่นพนันที่เป็นปัญหาอาจต้องการการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นจากบุคคลรอบข้างหรือสังคม ส่วนกรณีที่รุนแรงมากจนจัดว่าเป็นโรคติดการพนัน สมควรที่จะต้องพึ่งพาจิตแพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเข้ารับการรักษาอย่างเต็มรูปแบบ การแบ่งระดับความรุนแรงนั้นสามารถใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรง ซึ่งมีอยู่มากมายหลายชนิดในแต่ละประเทศ โดยแบบสอบถามที่นิยมคือ SOGS (South Oaks Gambling Screen) ซึ่งมีคำถาม 20 ข้อ หากคะแนนรวมเกิน 5 คะแนน จะจัดว่าเป็นโรคติดพนัน แต่ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-4 คะแนน จะจัดว่าเป็นปัญหา และถ้าคะแนนน้อยกว่า 2 คะแนน ไม่จัดว่าเป็นปัญหา^{8,9}

1.2 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบการให้ความช่วยเหลือ

ในปัจจุบัน มีการศึกษาวิธีการช่วยเหลือผู้ติดพนันอย่างหลากหลาย เนื่องจากสาเหตุการติดพนันไม่ได้มาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นสาเหตุร่วมจากหลายๆส่วนรอบตัวผู้ติดพนัน จึงต้องมีการหาวิธีการรักษาตามสาเหตุของการเกิด เป็นลักษณะสหสาขาวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา การปรับเปลี่ยนความคิด การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ตนเอง การควบคุมด้วยกฎหมายบังคับรักษา การทำจิตบำบัด เป็นต้น ซึ่งก็ยังไม่มีการยืนยันแน่นอนว่าการใช้วิธีใดเพียงอย่างเดียวจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ในแต่ละวิธีการศึกษารวมทั้งจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยที่นำมาศึกษาที่ไม่มากพอ⁹

แนวคิดหลักสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือในเชิงสาธารณสุข คือ การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ หรือ การดำเนินการโดยเร็วเพื่อลดปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นและยังไม่รุนแรง รัฐบาลควรคำนึงถึงประเด็นนี้เป็น

ประเด็นหลัก เพื่อการพัฒนาคุณภาพของประชากรและป้องกันประชาชนทั่วไปไม่ให้เกิดผลกระทบจากผู้มี
ปัญหาการเล่นพนัน

แนวคิดหลักสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือในเชิงการแพทย์ หมายถึงการบำบัดรักษา หรือ
ฟื้นฟูในเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เล่นพนันหรือสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง
ผู้ติดพนันที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด การทำร้าย
ตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น จำเป็นต้องระมัดระวังในการวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
การศึกษาวิธีการบำบัดรักษาที่มีอยู่หลากหลายวิธีและการให้บุคลากรสหสาขามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา
เป็นเรื่องที่ทางการแพทย์ให้ความสำคัญและค้นคว้าศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด แม้ว่า
ปัจจุบันข้อมูลการรักษาจะยังไม่ยืนยันว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดก็ตาม

แนวคิดหลักสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือในเชิงเศรษฐกิจและสังคม นักเศรษฐศาสตร์หรือ
นักสังคมศาสตร์มีมุมมองด้านนี้อย่างน่าสนใจ เช่น การที่บุคคลติดพนันย่อมเกิดความเสื่อมถอยใน
ความสามารถในการทำงาน อาจถูกไล่ออกจากงาน เกิดการว่างงาน และเป็นภาระด้านเศรษฐกิจให้กับตนเอง
และครอบครัว บุคคลที่ติดพนันอาจกระทำความผิด ละเมิดกฎหมายหรือหลักศีลธรรม ได้แก่ การลักขโมย จี้
ปล้น ทำให้ผู้อื่นที่อาศัยในสังคมเดือดร้อน อาจเป็นหนี้สินแล้วไม่สามารถนำเงินมาชดเชยคืนเจ้าหนี้ได้ เกิด
ปัญหาการข่มขู่หรือทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่งคั่งในสังคม ทำให้สังคมไม่ปกติสุขและไม่มี
การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจเท่าที่ควรเนื่องจากประชากรเหล่านี้เป็นภาระมากกว่าสร้างรายได้

รัฐบาลประเทศนิวซีแลนด์ เห็นความสำคัญของปัญหาการพนันว่าส่งผลกระทบต่อสังคมในระดับ
ต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว รวมไปถึงชุมชนและประเทศชาติ มีการพิจารณากรอบแนวคิดระบบการ
ให้ความช่วยเหลือทั้งในเชิงระบบการแพทย์ (Medical Model) และระบบสาธารณสุข (Public Health Model)
คือ การให้ความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องกันจากระยะที่ยังไม่เป็นโรคหรือเป็นปัญหา คำนึงถึงชุมชน เศรษฐกิจ
และสิ่งแวดล้อมที่ได้รับผลกระทบจากผู้ติดพนันไปจนถึงให้การเยียวยา รักษาผู้ติดพนันหรือมีปัญหาจากการ
พนันในระดับบุคคล มีการพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียที่สังคมหรือชุมชนจะได้รับจากการที่ประชาชนมีปัญหา
การเล่นพนัน โดยถ้ารัฐบาลตระหนักเรื่องนี้ (สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ) จะสามารถนำมา
วางแผนเชิงนโยบายเพื่อลดผลกระทบเชิงลบให้ได้มากที่สุด และทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อสังคม
เศรษฐกิจให้มากที่สุดเช่นกัน¹⁰

กรอบแนวคิดระบบการให้ความช่วยเหลือในเชิงสาธารณสุข (public health model) โดย Shaffer ในปี ค.ศ. 2003 มีหลักการสำคัญ 4 หลักการ ดังนี้¹⁰

1. ต้องอาศัยหลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (scientific research) เป็นพื้นฐานในการนำมาสู่การให้ความรู้ประชาชนในด้านสาธารณสุข

2. ความรู้ด้านสาธารณสุขต้องมาจากการศึกษาหรือสังเกตการณ์จากกลุ่มประชากรในชุมชน เช่น การศึกษาการกระจายหรือปัจจัยป้องกันถึงภาวะการเล่นพนันหรือผลกระทบที่เป็นภัยจากการพนันในกลุ่มประชากรต่างๆ

3. เน้นการบริการทางสุขภาพเชิงรุก คือการป้องกันปัญหาก่อนที่จะเป็นโรค มากกว่าการตั้งรับรักษา เช่น

3.1 การป้องกัน (prevention) ป้องกันการเกิดปัญหาจากการเล่นพนันในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงมากที่สุด

3.2 การส่งเสริม (promotion) ส่งเสริมความสมดุลและการใช้กฎหมายการพนันให้เหมาะสมระหว่างการสนับสนุนธุรกิจการพนันและผู้ที่เล่นการพนัน

3.3 การปกป้อง (protection) ปกป้องกลุ่มคนที่เปราะบาง สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการพนันมากที่สุด

4. การสาธารณสุขนั้นต้องอยู่ในภาวะสมดุลและมีการพิจารณาผลกระทบด้านต่างๆจากทุกมิติ เช่น การลงทุนและประโยชน์ที่จะได้รับเกี่ยวกับการพนัน (costs and benefits)

การพิจารณาระบบการให้ความช่วยเหลือแบบสาธารณสุขนี้ เน้นเรื่องการป้องกันเพื่อลดพิษภัยที่จะเกิดขึ้นจากการพนันมากกว่าการรักษาผู้ที่ติดพนันอย่างหนัก ดังนั้นผู้นำเสนอระบบนี้จึงคาดหวังว่า การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีปัญหาคือการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กหรือเยาวชนมีปัญหากับการเล่นพนัน โดยจัดกิจกรรมให้แก่ประชากรทุกระดับและทุกกลุ่มเพื่อให้เกิดความตระหนัก ใส่ใจในการป้องกันปัญหา และเมื่อพบว่าเริ่มมีปัญหาก็จะรีบมาปรึกษาเพื่อให้ปัญหาไม่ลุกลามจนอยู่ในขั้นที่หนักเกินเยียวยา

ประเทศสหรัฐอเมริกา เสนอให้มีการนำเงินที่ได้จากการทำธุรกิจพนันที่เป็นรายได้ของรัฐบาลมาทำนโยบายการป้องกัน การให้ความรู้ และดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการพนันหรือติดพนัน¹¹ นอกจากนี้ มีการ

พัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการพนันทั้งสามระดับ (Derevensky's Prevention Model) คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติภูมิ และ คติภูมิ ให้เป็นนโยบายระดับชาติในการดูแลเรื่องพนันในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการพนัน ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ – จัดทำนโยบายที่มีการให้ความรู้ประชาชนทั้งระดับบุคคลคือตัววัยรุ่น ระดับครอบครัวซึ่งมีผู้ปกครอง และระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและสร้างความตระหนัก รู้จักและเข้าใจ เรื่องผลกระทบของการติดพนัน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือเสนอกิจกรรมหรือรูปแบบการป้องกันปัญหาการพนันในวัยรุ่นร่วมกับรัฐบาล

ระดับทุติภูมิ – เมื่อมีวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเริ่มเข้าไปสนใจการเล่นพนัน แต่อาจจะยังไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองหรือคนรอบข้าง การวางกลยุทธ์ในระดับนี้คือ รัฐบาลให้การอบรมเจ้าหน้าที่ บุคลากรหรือผู้นำชุมชน มีความสามารถในการคัดกรอง หรือ สังเกตผู้ที่มีปัญหาห้ระยะแรกๆ และให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม สกัดกั้นการล่าตัวเข้าไปเป็นผู้ติดพนัน มีกระบวนการหรือวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดจากการพนัน เช่น การคัดกรองผู้เริ่มหัดเล่นพนัน เอกสารเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพนัน แนวทางหรือระบบการให้ความช่วยเหลือจากชุมชนที่สามารถติดต่อหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และ โปรแกรมเชิงรุกที่พัฒนาหรือคิดสร้างสรรค์ขึ้นเองจากชุมชน

ระดับคติภูมิ – เมื่อผู้เล่นพนันมีปัญหามาจากการพนันมากขึ้น ก็ถึงเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเต็มรูปแบบและได้ผล รัฐบาลเน้นให้การดูแลรักษาอย่างครบวงจรทั้งด้านความสะดวกรวดเร็ว ระบบส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือการใช้โทรศัพท์สายด่วนในการให้บริการรักษาสำหรับผู้ไม่สะดวกใจที่จะให้ใครเห็นหน้าเห็นตา หรือ ไปพบเจ้าหน้าที่¹² Rahman และคณะ เสนอมาตรการป้องกันคนติดการพนันในเรื่องชนิดของพนันและวิธีการส่งเสริมการเล่นพนันโดยไม่ตั้งใจ เช่น ไม่ควรจัดให้มีการแจกรางวัลด้วยตัวลอตเตอรี่ ไม่นำอุปกรณ์หรือสิ่งใดๆที่มีลักษณะคล้ายการพนันมาให้เด็กหรือวัยรุ่นเป็นแรงจูงใจหรือเป็นรางวัล เพราะการศึกษาวัยพบว่า ผู้ที่ติดพนันมักมีประวัติสัมผัสสิ่งเหล่านี้ตั้งแต่ตอนยังเป็นเด็กๆหรือเป็นวัยรุ่น ซึ่งในครั้งนั้นเด็กไม่ได้รู้สึกว่สิ่งเหล่านี้คือการพนัน และมีความรู้สึกคุ้นเคยกับการเล่นพนัน นอกจากนี้การสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ในการปกป้องเด็กและวัยรุ่นไม่ให้สัมผัสกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการพนันหรือรู้เท่าทันกลไกการติดพนัน ก็สามารถช่วยลดปัญหาเด็กหรือวัยรุ่นเริ่มเล่นพนันได้¹²

Blaszczynski และคณะ¹³ ได้ศึกษาสาเหตุของผู้มีปัญหาการพนัน ด้วยการรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ(พันธุกรรม) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของบุคคล ด้านพัฒนาการ ด้านสติปัญญา และความคิด ด้านการเรียนรู้ และ ด้านสังคมวิทยา มาผสมผสานเรียกว่า “Integrated Pathway Model” เพื่ออธิบายถึงภาวะที่บุคคลจะมีความเสี่ยงต่อการเล่นพนันจนเป็นปัญหา และจะได้มีแนวทางในการ

พิจารณาการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับแต่ละโมเดลโดยการแก้ไขที่สาเหตุ และให้การรักษาที่ไม่เหมือนกัน ดังต่อไปนี้ คือ

1. Behavioral model เน้นหลักพฤติกรรมและเรียนรู้ของมนุษย์ บางคน ยิ่งได้ก็ยิ่งเล่น หรือ บางคน ยิ่งเสียก็ยิ่งเล่นเพื่อเอาทุนคืน จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดการพนัน โมเดลนี้จะอธิบายสาเหตุของการที่บุคคลมีแนวโน้มติดหรือไม่ติดพนัน จากทฤษฎีการเรียนรู้และหลักพฤติกรรมศาสตร์

2. Emotionally vulnerable model ผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาอารมณ์ – คล้ายโมเดลที่ 1 แต่เพิ่มเรื่อง ความเสี่ยงด้านอารมณ์ของบุคคลที่มาจากด้านชีวภาพ การถูกกระตุ้นหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่าย และการ มีประสบการณ์ในวัยเด็กเล็กที่ไม่ค่อยดี บุคคลเหล่านี้จึงเสี่ยงต่อการมีปัญหากจากการเล่นพนัน

3. Impulsivity model เป็นกลุ่มผู้มีปัญหาด้านชีวภาพและจิตสังคม รวมกับภาวะหุนหันพลันแล่น ไม่ ยับยั้งชั่งใจ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่ตื้นตันเร้าใจ การเล่นพนันของคนเหล่านี้ก็เพื่อจะหลบหนีความเครียดหรือ ความทุกข์ใจที่มีอยู่ ทำให้บุคคลมีโอกาสดิพนันมากขึ้น

อย่างไรก็ตามทั้ง 3 ตัวแบบที่เสนอนั้น ยังต้องการการทดสอบถึงความถูกต้องจากการวิจัยทาง วิทยาศาสตร์ต่อไป¹³ การพิจารณาระบบการให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยความรู้จาก Integrated Pathway Model นี้ มีประโยชน์ในการทำความเข้าใจในตัวผู้ที่มีปัญหากจากการพนันว่ามีสาเหตุของปัญหาอย่างไร และ ต้องมีการวางแผนการรักษาแบบสหสาขา (multidimensional approach) เพื่อการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล ครอบคลุม หรือชุมชน ได้อย่างเหมาะสมต่อไป¹⁴

ประเทศสหรัฐยังมีการนำนโยบายลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้องมาใช้ในการดูแลวัยรุ่น เพื่อป้องกันปัญหากจากการพนัน โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลป้องกันผู้ที่มีปัญหากจากการติดสุรา¹⁵

ประเทศออสเตรเลีย อาจมีความขัดแย้งกันบ้างในระดับบริหารเกี่ยวกับมุมมองด้านผลประโยชน์ จากการจัดเก็บภาษีธุรกิจการพนันหรือการส่งเสริมกิจกรรมคล้ายการพนันเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และ โทษ พิษภัยหรือผลกระทบทางลบจากการสนับสนุนให้มีการเล่นพนันอย่างถูกกฎหมาย ในเชิงสังคมหรือ สุขภาพ เนื่องจากรัฐบาลในแต่ละมลรัฐและแคว้นต่างๆในประเทศ จะมีนโยบายการหาเงินเข้ามามีใช้ในการ บริหารงานแตกต่างกัน ในขณะที่การทำให้ประชาชนเกิดปัญหากจากการเล่นพนันซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดบริการ ให้ ก็ถูกมองว่าส่งผลต่อการพัฒนาประเทศชาติเช่นกัน การจะจัดให้มีการบริการช่วยเหลือรักษาผู้มีปัญหา

จากการเล่นพนันอย่างเต็มรูปแบบจึงเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน หรือการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อป้องกันผู้ติดการพนัน จึงอาจยังทำได้ไม่เต็มที่¹⁵ อย่างไรก็ตาม ประเทศออสเตรเลียก็ยังมีการกำหนดกฎหมายเพื่อลดความเป็นอันตรายจากการพนันสำหรับผู้เล่นเกมพนัน เช่น การเล่นเกมพนันผ่านอินเทอร์เน็ต ต้องมีการบันทึกหรือลงทะเบียนผู้เข้าเล่นอย่างเป็นระบบและชัดเจน มีระบบควบคุมเวลาเล่นและจำนวนเงินที่เล่นพนัน มีระบบเตือนผู้เล่นเมื่อเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเล่นพนันและระบบสามารถหยุดผู้เล่นพนันได้อย่างอัตโนมัติ มีการตรวจสอบอายุของผู้เล่นพนันอย่างจริงจังให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ควบคุมการใช้เงินผ่านบัตรเครดิตเพื่อเล่นพนัน มีระบบช่วยเหลือให้คำแนะนำเบื้องต้นหรือคัดกรองผู้เริ่มมีปัญหาจากการเล่นพนันได้อย่างทันทั่วทั้งที่และบริการการบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมทั่วถึง นอกจากนี้มีระบบการเก็บภาษีจากการเล่นพนันและตรวจสอบประเมินผลจากการเล่นพนันของบุคคลว่ากระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนอย่างไรด้วย มีกฎหมายควบคุมการโฆษณา ประชาสัมพันธ์การเล่นพนันของบริษัทที่ทำการจูงใจผู้เล่นอย่างรัดกุม การมีกฎหมายควบคุมต่างๆนี้จะช่วยให้ประเทศดำเนินงานตามกฎหมายปฏิบัตินานาชาติเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการเล่นพนันที่ส่งผลกระทบต่อผู้เล่นที่เป็นมาตรฐานสากล¹⁶

แนวคิดสำคัญในการสร้างระบบช่วยเหลือ คือ การทำให้ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีในการสนใจ รับฟัง เข้าใจสาเหตุของปัญหาการเล่นพนันในบุคคลนั้นๆ และพร้อมจะช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการพนัน¹⁴

อย่างไรก็ตามประเทศออสเตรเลียยังมีความสนใจที่จะทำการป้องกันผู้เล่นพนันไม่ให้ประสบปัญหาจากการพนัน โดยมีนโยบายที่จะทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมว่า การพนันเป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์หรือไม่ มีปัจจัยใดทำให้คนหันไปเล่นพนันและปัจจัยใดที่ทำให้คนเล่นพนันไม่ติดการพนัน เพื่อนำมาสู่กระบวนการประชาสัมพันธ์รณรงค์ความรู้ทั้งหลายเกี่ยวกับการพนันให้ประชาชนทราบหรือทำความเข้าใจกันมากขึ้น ศึกษาการเข้าถึงการเล่นพนันที่มีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะการพนันที่เล่นผ่านระบบออนไลน์ซึ่งสะดวกรวดเร็วไม่สามารถควบคุมได้ในลักษณะทางกายภาพ และอาจส่งผลต่อการเล่นและติดพนันรุนแรงได้ง่ายในเด็กและเยาวชน การประเมินประสิทธิภาพของการป้องกันระดับปฐมภูมิว่าทำไปได้ผลหรือไม่อย่างไร โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นเจ้าของธุรกิจการพนัน รัฐบาล บุคลากรด้านสุขภาพ ชุมชนหรือแม้แต่ตัวผู้เล่นพนันเองให้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการดูแลป้องกันปัญหาจากการพนันร่วมกัน มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาผู้ติดพนันให้เป็นมาตรฐานถูกต้องมากขึ้นเพื่อเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ในประเทศสหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ มีกฎหมายเกี่ยวกับการเล่นพนันออนไลน์ ว่าเป็นการผิดกฎหมายหากเล่นกับสถานประกอบการธุรกิจการพนันเถื่อน แต่ถ้าเป็นสถานประกอบการธุรกิจที่ถูกกฎหมายก็สามารถเล่นได้ ทั้งนี้เพื่อปกป้องธุรกิจการพนันที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้ดำเนินการซึ่งต้องจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าธรรมเนียมในการประกอบการธุรกิจให้กับรัฐบาล นอกจากนี้มีการวางเงื่อนไขในการอนุญาตให้ประชาชนสามารถเล่นพนันได้ในบางพื้นที่ บางชนิด มีการจำกัดการเล่นพนันของประชาชนด้วยคุณลักษณะบางประการหรือจำกัดการเล่นพนันด้วยระดับเศรษฐกิจฐานะ ตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมของประเทศนั้นๆ โดยมีกฎหมายลงโทษและปรับผู้กระทำการละเมิดกฎหมาย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการควบคุม กำกับหรือติดตามธุรกิจการพนันเถื่อนนั้นทำได้ยาก¹⁷ ในประเทศออสเตรเลีย เปิดโอกาสให้คนต่างประเทศสามารถดำเนินธุรกิจการพนันได้ หากได้รับการอนุมัติว่าทำถูกต้องตามกฎหมายโดยมีการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประเทศและการควบคุมกำกับผลกระทบด้านลบที่จะเกิดขึ้นกับคนในประเทศอย่างเข้มงวด ในขณะที่บางประเทศเช่น อิตาลี เนเธอร์แลนด์ ไม่อนุญาตให้ชาวต่างชาติทำธุรกิจนี้ และบางประเทศก็มีรัฐบาลเป็นเจ้าของในการจัดบริการเล่นพนันเอง เช่น ประเทศแคนาดา นอร์เวย์ สวีเดน คือรัฐบาลดำเนินการและตั้งกฎระเบียบขึ้นมาเองโดยคำนึงถึงประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม¹⁷ ซึ่งการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการพนันนี้ย่อมส่งผลต่อการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการพนันบ้างไม่มากนักน้อย

รัฐบาลสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเริ่มจากการก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1,030 คน ในปีค.ศ. 1928 และมีการพัฒนาการดูแลรักษาการฝึกอบรมบุคลากรด้านจิตเวชและจิตวิทยามาเป็นลำดับ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2001 ได้ก่อตั้งระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการติดสารเสพติด(ยาเสพติด สุรา บุหรี่)และสิ่งที่ไม่ใช่สารเสพติด(เกม การพนัน) โดยอาศัยหลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เน้นการรักษาที่ตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนสังคม มีหน่วยงานสุขภาพจิตชุมชนลงเยี่ยมบ้านหรือโรงเรียนอย่างเป็นระบบเพื่อให้การช่วยเหลือผู้อื่นที่ได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อมและช่วยให้ครอบครัวหรือชุมชนเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช การให้ความช่วยเหลือ การจัดหางานทำเพื่อลดภาระผู้ป่วยต่อครอบครัวหรือชุมชน¹⁸

บทที่ 2 โครงสร้าง องค์ประกอบของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน
(ความรู้, บุคลากร, งบประมาณ และสถานที่ หรือหน่วยบริการที่ให้ความช่วยเหลือ)

2.1 โครงสร้าง ของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

การให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน มิได้เริ่มจากการดูแลช่วยเหลือแต่ผู้ที่มีปัญหาการพนันเท่านั้น แต่ควรเริ่มตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อไม่ให้มีผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน ตามมาด้วยการช่วยเหลือแก้ไขเป็นเรื่องสุดท้ายเพื่อนำบำบัดรักษาหรือประคับประคอง และป้องกันไม่ให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยรวมไปถึงสังคมหรือชุมชนของเขา

โครงสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือในประเทศที่มีการพัฒนาแล้วในด้านการแพทย์และสาธารณสุข มักจะเน้นการวางแผนงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วยหรือมีภาระจากการเจ็บป่วย ไปพร้อมๆ กับการจัดบริการสาธารณสุขในด้านการรักษา และฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้ว มักจะมีความพร้อมในด้านองค์ความรู้ที่ผ่านการทบทวนมาอย่างต่อเนื่อง มีบุคลากรที่มีคุณภาพและความเชี่ยวชาญเพียงพอ มีเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน อีกทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาย่อมส่งผลดีต่อภาพรวมของประเทศ คือการไม่เป็นภาระด้านต่างๆ ในการรักษาพยาบาล การปราบปรามโจรผู้ร้ายหรือผู้ที่ติดการพนันแล้วก่อปัญหาอาชญากรรม การทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว การตกงาน ว่างานหรือถูกไล่ออกจากงานของผู้มีปัญหาติดการพนัน การไม่เรียนหนังสือ ขาดความรู้ความชำนาญในการไปประกอบอาชีพในวันข้างหน้า ศักยภาพเสื่อมถอยหรือไร้คุณภาพของเด็กเยาวชนซึ่งจะต้องเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่เพื่อดูแลประเทศต่อไปในวันข้างหน้า เป็นต้น การทำงานป้องกันจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพและช่วยให้ประเทศเจริญก้าวหน้าได้ต่อไป

หลักการส่งเสริมและป้องกัน มี 3 ระดับ ดังนี้

1. Universal preventive intervention คือ การป้องกันปัญหาให้แก่ประชาชนในชุมชน เป็นระยะก่อนเกิดโรคติดพนันหรือปัญหาจากการเล่นพนัน เป็นงานที่ต้องการผู้ที่มีความรู้และความสนใจเกี่ยวกับหลักการสาธารณสุขคือทำงานในระดับชุมชนและสังคม เน้นการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือจัดแผนงานส่งเสริมสุขภาพที่เป็นระดับชุมชนมากกว่าตัวบุคคล

วัยรุ่นที่เริ่มต้นเล่นพนันเมื่ออายุน้อย พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดพนันมากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มเล่นเมื่ออายุมากกว่า ดังนั้นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการติดพนันในระดับนี้คือการพยายามยืดอายุที่เริ่มต้นเล่นของวัยรุ่นออกไปให้มากที่สุด ยังไม่เคยเล่นตอนเป็นวัยรุ่นได้ ก็จะเป็นการดีเพราะเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่เล่นการพนันก็มีมากขึ้น¹⁴ นอกจากนี้การสร้างความรักความผูกพันระหว่างพ่อกับลูกหรือแม่กับลูกนับว่าเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้ลูกไปติดการพนัน การให้ความรัก ความเอาใจใส่ การอบรมสั่งสอนเหมาะสม เป็นที่ปรึกษาหรือให้คำแนะนำลูกอย่างสม่ำเสมอทำให้ลูกไม่ติดพนัน¹⁴

2. Selective preventive intervention คือ การป้องกันการเกิดปัญหาในกลุ่มประชากรที่เริ่มมีความเสี่ยงหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจก่อให้เกิดโรคติดพนันหรือปัญหาการเล่นพนันแก่บุคคลนั้น โดยปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมักมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้นที่ส่งผลให้บุคคลไปเล่นหรือติดการพนัน เช่น เยาวชนที่อยู่ในชุมชนที่มีบ่อนการพนันหลายแห่ง เพื่อนสนิทมีพฤติกรรมเล่นหรือติดการพนัน เป็นต้น จึงควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการควบคุมตนเอง หักห้ามใจไม่ไปเล่นการพนัน มีระบบให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบว่าเริ่มมีปัญหาที่รวดเร็ว ทันใจและมีความสะดวก เพื่อไม่ให้ปัญหายืดตัวหรือทำให้ปัญหาลึกน้อยถูกแก้ไขให้หมดไปทัน่วงที

แนวทางการให้ความช่วยเหลือโดยเน้นการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การลดปัญหาที่จะเกิดในกลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มเล่นพนันแล้วแต่ยังไม่มีปัญหา(จัดว่าเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดพนัน) กิจกรรมที่ควรทำได้แก่

1. ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อตนเองหรือผู้อื่น
2. สอนหรือให้ความรู้วัยรุ่นเกี่ยวกับการเล่นพนันว่าเป็นความเสี่ยงและโอกาสเสียมากกว่าได้ตามหลักคณิตศาสตร์ เพื่อปรับความคิดการอยากเล่นพนันมากเพื่อให้ได้ชัยชนะ อีกทั้งเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากมีอาการติดพนัน

3. เปลี่ยนความคิด ความเชื่อหรือค่านิยมที่ผิด ได้แก่ การเชื่อว่าตนมีความสามารถพิเศษในการเล่นพนัน ความสามารถคาดผลหรือกำหนดผลการพนันได้ เป็นต้น

4. กำกับดูแลการเล่นพนันของวัยรุ่นให้อยู่ในข้อตกลงกันอย่างเคร่งครัด ได้แก่ จำนวนครั้งที่อนุญาตให้เล่น ระยะเวลาที่ใช้ในการเล่น จำนวนเงินที่เล่น เป็นต้น

เชื่อว่าการทำกิจกรรมดังกล่าวนี้ จะช่วยลดการเล่นพนันที่กลายเป็นปัญหาหรือเป็น โรคติดพนันในอนาคตของวัยรุ่นได้¹⁴

3. Indicated preventive intervention คือ การป้องกันการเกิดปัญหาในบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงในตนมากขึ้น หรือเริ่มมีพฤติกรรมการเล่นพนันแล้วแต่ยัง ไม่มีอาการติดหรือก่อปัญหาจากการเล่นพนัน ปัจจัย

เสี่ยงนี้มาจากภายในตัวบุคคล เช่น บุคคลที่เป็นโรคสมาธิสั้น เป็นโรคซึมเศร้าหรือมีการใช้สารเสพติด พบว่าเป็นโรคที่เกิดร่วมกับการติดพนันบ่อยที่สุด การจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มนี้คือ การเฝ้าระวังและสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง การฝึกความสามารถในการควบคุมตนเอง ยับยั้งชั่งใจ ไม่ให้หันไปใช้การพนันเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดหรือความทุกข์ ลดปัญหาสัมพันธภาพไม่ดีในครอบครัว และรีบให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้หยุดเล่นการพนันในระยะเริ่มต้น และไม่หันกลับไปเล่นอีก

ประเทศที่พัฒนาแล้ว มักมีความตระหนักถึงส่วนรวมมากกว่าส่วนบุคคล การขอความร่วมมือหรือการให้บริการที่ส่งเสริมสุขภาพอันจะป้องกันหรือลดปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อส่วนรวม มักได้รับการตอบสนองที่ดี และรวดเร็ว เช่น การขอให้ชุมชนงดเว้นการเปิดบ่อนการพนันที่ผิดกฎหมาย หรือ ห้ามลักลอบขายสินค้าแก่เด็กที่มีอายุน้อยกว่าเกณฑ์ที่รัฐบาลกำหนดไว้

2.2 องค์ประกอบของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

เมื่อประชาชนมีปัญหาหรือเป็นโรคติดการพนันแล้ว การดูแลรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันอย่างครบวงจรและให้การฟื้นฟูเพื่อให้หายจากโรคหรือลดภาระต่างๆ หรือ ไม่กลับไปเล่นซ้ำอีกจึงเป็นสิ่งสำคัญ

หลักการสำคัญ คือ การเปิดช่องทางหรือโอกาสให้ผู้มีปัญหาจากการพนันเข้ามาขอคำปรึกษาได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีความเป็นส่วนตัว มีการสร้างแรงจูงใจในการสัมผัสเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่อง ครบวงจร และไม่หันกลับไปเล่นอีก และช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากผู้ติดพนัน องค์ประกอบสำคัญสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันจะประกอบไปด้วย

2.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบการให้ความช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างสะดวก ไม่ซับซ้อน รวดเร็ว ค่าใช้จ่ายเหมาะสมแก่ผู้มีความติดพนัน นับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในระดับต้นๆ เนื่องจากผู้มีความติดการพนันมักมีความลังเล ไม่พร้อม กังวลกับการถูกดำเนินคดี หรือถูกปฏิเสธจากบุคคลทั่วไป หากการบริการลดปัญหาจุดนี้ได้ จะทำให้บุคคลที่มีความติดการพนันเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วขึ้น

สำหรับประเทศออสเตรเลีย¹⁹ มีการพัฒนาแนววิธีปฏิบัติในการรักษาผู้ติดพนัน (guideline) ที่ผ่านกระบวนการประชุมและศึกษาวิจัยจากภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข แล้วนำมาประกาศใช้สำหรับประชาชน การกระจายความรู้และวิธีการเหล่านี้ และอาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชนแต่ละท้องถิ่น เพื่อความสะดวกต่อการบริหารจัดการให้ตรงกับความต้องการของชุมชนนั้นๆ โดยคณะกรรมการที่ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ(guideline) ได้ดำเนินงานในระยะที่ 1 เป็นขั้นตอน ดังนี้

- 1 ข้อมูลดิบทั้งหมดที่ได้ทำการศึกษาดีแล้ว จะถูกนำมาเตรียมเผยแพร่สู่ประชาชน
- 2 ปรับข้อมูลที่เป็นภาษาวิชาการให้เหมาะสม และเข้าใจได้ง่ายในระดับผู้บริโภคร หรือ ประชาชน
- 3 จัดฝึกอบรมให้แก่บุคคลที่มีโอกาสจะได้ใช้ guideline นี้
- 4 มีการประเมินผล guideline นี้ว่ามีประโยชน์และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีหรือไม่ เพียงใด

กลยุทธ์ในการเผยแพร่องค์ความรู้เรื่อง guideline นี้ ต้องผ่านไปที่ระดับนโยบายคือรัฐบาลของทุกรัฐ หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการพนันและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้มีปัญหาจากการพนัน เช่น

1. Australian Federal, State and Territory Ministers ซึ่งรับผิดชอบงานวิจัยและให้บริการผู้ป่วยที่ติดการพนัน
2. หัวหน้าส่วนงานระดับ Australian Federal, State and Territory government ทุกแห่งที่รับผิดชอบงานวิจัยและให้บริการผู้ป่วยที่ติดการพนัน
3. กลุ่มผู้บริโภคร หรือ คือผู้เล่นการพนัน
4. หน่วยงานที่ช่วยเหลือผู้ติดการพนันในทุกรัฐ
5. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยออสเตรเลีย (Australian Association of Social Workers)
6. สมาคมผู้ให้คำปรึกษาแห่งประเทศไทยออสเตรเลีย (Australian Counseling Association)
7. สมาคมธุรกิจการพนันแห่งประเทศไทยออสเตรเลีย (Australian Casino Association)

8. สมาคมโรงแรมแห่งประเทศไทย (Australian Hotel Association)

และองค์กรอื่นอีกมากมายไม่ว่าจะเป็นองค์กรใดที่เกี่ยวข้องกับผู้เล่นการพนันทั้งที่มีปัญหาหรือไม่มีปัญหา¹⁹ พร้อมทั้งได้ทำเว็บไซต์เผยแพร่ เพื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ให้เครื่องมือประเมินที่ผู้สนใจสามารถเข้าไปดาวน์โหลดข้อมูลได้ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำติชมเพื่อการพัฒนา

2.2.2 ด้านงบประมาณ

การรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน ต้องใช้งบประมาณและระยะเวลามากและต่อเนื่อง เพราะเป็นการรักษาทางจิตวิทยาที่ต้องการเวลาในการเปลี่ยนแปลงความคิดหรือพฤติกรรม รวมทั้งการปรับตัวของครอบครัวหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีหลายหน่วยงานที่เป็นองค์กรอิสระ ได้จัดระบบให้บริการการดูแลรักษาโดยไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากทางภาครัฐบาล แต่มีแรงบันดาลใจในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความทุกข์จากเรื่องปัญหาการติดพนันหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการพนันและบริหารการเงินด้วยเงินบริจาค บางหน่วยงานที่จัดให้บริการโดยคิดค่าใช้จ่ายตามจริง ก็อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มีปัญหาการพนันที่มีฐานะยากจนหรือกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่ยังไม่มีรายได้เป็นของตนเองได้ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดระบบการให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในยุคที่เศรษฐกิจมีการแข่งขันสูง มีค่าใช้จ่ายสูงตามมา องค์กรของรัฐบาลดูเหมือนจะเป็นหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันได้ดีเนื่องจากใช้งบประมาณของประเทศ แต่ก็ขึ้นอยู่กับนโยบายระดับประเทศที่จะจัดสรรมาสู่การป้องกันปัญหาและการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันด้วยสัดส่วนอย่างไรเมื่อเทียบกับการพัฒนาด้านอื่นๆอีกหลายด้าน ในประเทศที่รัฐบาลเป็นผู้อนุมัติให้มีธุรกิจการพนันเพื่อนำเงินรายได้จากการพนันมาพัฒนาประเทศ จะคำนึงถึงผลกระทบที่ตามมาจากธุรกิจการพนันในแง่มุมต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข ประเทศเหล่านั้นมักจะพิจารณาการจัดสรรเงินส่วนหนึ่งมาดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน ในขณะที่การส่งเสริมการเล่นพนันเพื่อให้รัฐบาลมีรายได้ก็ยังดำเนินต่อไป

2.2.3 ด้านองค์ความรู้

การใช้ความรู้ ความสามารถ หรือทักษะทางจิตวิทยา ถือเป็นเรื่องสำคัญของระบบการให้ความช่วยเหลือ เนื่องจาก การดูแลรักษาผู้มีปัญหาการพนันเป็นเรื่องที่ต้องการผู้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะความสามารถในการสื่อสาร การให้คำปรึกษาและชักชวนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดหรืออาชีวบำบัด สามารถที่จะได้รับการฝึกฝนให้มี

ความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆแบบทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งการให้คำปรึกษาอย่างมืออาชีพ

ต้องมีการทบทวน ศึกษาหลักการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการพนันที่ได้มาตรฐานหรือถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ต้องมีการศึกษาวิจัย ค้นคว้า เพิ่มเติมเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนการรักษา อาจมีการรักษาบางประเภทที่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด หรือ อาจมีการรักษาบางประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องศึกษา เรียนรู้จากประเทศต่างๆไปพร้อมกันในเชิงวิชาการและนำมาพัฒนาหรือปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศของตน ตัวอย่างเช่น การรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) มีงานวิจัยจากหลายๆประเทศว่า เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่าง ผู้ป่วยที่มีปัญหาการพนันที่ได้รับการรักษาด้วย CBT กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ ผลปรากฏว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นกว่าพวกที่ไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่ องค์การ NICE (The National Institute Health and Clinical Excellence) แห่งประเทศออสเตรเลีย ยอมรับและแนะนำการรักษาด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยหลายๆโรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล ยาเสพติด ฯลฯ แต่ยังไม่แนะนำให้ควรใช้ CBT ในการรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน¹⁹

ในประเทศออสเตรเลีย มีหลักสูตรการฝึกอบรม CBT ที่เป็นมาตรฐานสำหรับ นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ หรือผู้ให้คำปรึกษาทั่วไป โดยต้องผ่านหลักสูตรตามที่ประเทศกำหนดไว้ และมีการสอบวัดระดับความสามารถต่อเนื่อง(Continuing Professional Education) เพื่อขอต่อใบอนุญาตในการรักษาด้วยวิธี CBT ของสมาคมนักจิตวิทยาแห่งประเทศออสเตรเลียและราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์¹⁹

2.2.4 ด้านบุคลากร

การดำเนินการให้ความช่วยเหลือนี้ จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่เข้าใจปัญหา มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น มีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่กำลังประสบปัญหา พร้อมจะรับฟังและให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจและเต็มใจ คุณลักษณะนี้ของบุคลากรจัดว่าเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าองค์ความรู้ที่จะนำมาหยิบใช้สำหรับให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาแต่ละราย และสามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันได้เปลี่ยนใจมาขอรับการบำบัดรักษาได้

ระบบการรักษา ควรประกอบไปด้วยทีมผู้ให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆที่มีความต้องการจะช่วยเหลือ แม้แต่อาสาสมัครที่สนใจเป็นผู้ช่วยเหลือผู้มีปัญหาการพนัน เช่น อดีตผู้ป่วยที่เคยประสบปัญหาการพนันมาก่อนแต่ปัจจุบันหยุดเล่นได้แล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจและให้การช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหาการพนันได้โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเอง หรือ แม้แต่บุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการช่วยเหลือ อาจเข้ามาสมัครเป็นอาสาสมัครหรือจิตอาสาและรับการฝึกฝนอบรม ให้มีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2.5 สถานที่ให้บริการ

แม้จะมีหลายหน่วยงานเปิดให้บริการให้ความช่วยเหลือในหลายแห่ง แต่ยังไม่สามารถเปิดบริการให้ครอบคลุมได้ทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศใด ประชาชนยังต้องเดินทางไปจุดที่สถานบริการเปิดให้บริการซึ่งอาจจะห่างไกลจากที่พักอาศัยหรือที่ทำงาน ซึ่งสถานบริการที่เหมาะสมแก่การให้บริการควรอยู่ในแหล่งที่เดินทางไปมาได้สะดวก มีระบบการจราจรหรือขนส่งสาธารณะที่ดี ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ถ้าต้องการเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน ก็ต้องจัดให้เหมาะสมกับเด็กและวัยรุ่น เช่น ไม่ควรตั้งอยู่ในระบบโรงพยาบาลเนื่องจากมีขั้นตอนมาก เน้นการใช้เอกสาร การลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบข้อมูลบุคคลซึ่งวัยรุ่นจะไม่นิยม จำนวนผู้ป่วยในระบบการรักษาอื่นๆมีมากมายในแต่ละวันและปะปนกัน ต้องเสียเวลารอคอยเพื่อทำการคัดกรองปัญหา เป็นต้น แต่สถานบริการที่ดีสำหรับวัยรุ่น อาจจัดเป็นระบบดูแลช่วยเหลือเฉพาะปัญหาการเล่นพนันอย่างเดียว อาจตั้งอยู่ในบริเวณที่ใกล้โรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย ติดสถานีรถไฟฟ้า มีระบบการขนส่งสาธารณะที่สะดวกไปมาง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการขอคำปรึกษาเนื่องจากวัยรุ่นไม่มีรายได้ และบางครั้งอาจกำลังเสาะหาวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองอยู่โดยไม่ได้นอกผู้ปกครอง จึงไม่มีรายได้ที่จะมาชำระค่าบริการ¹⁴ หากเป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน การจัดสถานที่ก็ควรจัดตั้งในที่เดินทางสะดวกเช่นกัน เป็นสถานบริการเฉพาะกิจสำหรับเรื่องการพนัน ไม่มีการบันทึกชื่อบุคคล มีความเป็นส่วนตัว ค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป เปิดให้บริการในวันและเวลาหยุดราชการด้วย หากเป็นระบบโทรศัพท์หรือเว็บไซต์ ก็ควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทันทีเมื่อเขาตัดสินใจมาขอคำปรึกษาแนะนำ

บทที่ 3 รูปแบบ และวิธีการดำเนินงาน ของระบบการให้ความช่วยเหลือ
(การค้นหา / กระบวนการช่วยเหลือ / การติดตามผล)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐให้ความสำคัญต่อการเล่นพนันที่เป็นปัญหาว่าเป็นโรคทางจิตเวชและควรได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์ประมาณปี ค.ศ. 1980 แต่ยังไม่ค่อยมีใครให้ความสำคัญในการวินิจฉัยโรคติดการพนันและไม่มีผู้ป่วยติดการพนันอยู่ในงานวิจัยมากนัก จนกระทั่งปัจจุบันที่มีการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยและจัดกลุ่มโรคนี้ให้อยู่ในกลุ่มพฤติกรรมเสพติดทั้งหลายเช่นเดียวกับการติดสารเสพติด จึงอาจเป็นแนวโน้มที่จะทำให้มีการวินิจฉัยมากขึ้น และได้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารวมทั้งเพิ่มการทำงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดพนันได้มากขึ้น²⁰ มีการศึกษาวิจัยและให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดการพนันหลายรูปแบบดังต่อไปนี้

1. The McGill Treatment Paradigm¹⁴

ที่มหาวิทยาลัย McGill มีศูนย์วิจัยและรักษาผู้ติดพนันขั้นรุนแรง ซึ่งได้ทำการศึกษาวิจัยวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้ผล โดยศึกษาวิธีการรักษาผู้ปัญหาการพนันในเด็กและเยาวชนอายุ 14-21 ปี จำนวน 50 คน เป็นเวลา 7 ปีต่อเนื่อง โดยอาศัยทฤษฎีของ Jacobs (General Theory of Addictions) และ Blaszczynski (Pathways Model) ดังได้เคยกล่าวข้างต้น พบว่า การติดตามผู้ป่วยหลังจากการรักษา 1 ปี ได้ผลการรักษาที่ดีคือผู้ป่วยไม่กลับไปเล่นพนันอีกเลย ซึ่งงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการวัดผลว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จในการรักษาผู้มีปัญหาการพนัน คือ การหยุดเล่นพนัน (abstinence) ได้นานที่สุด การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การมีสุขภาพจิตดีขึ้น แต่ภายหลังจาก 1 ปี พบว่าจำนวนวัยรุ่นที่ติดตามได้มีน้อยลง ในบางรายที่ยังคงติดต่อได้พบว่ายังไม่มีการกลับไปเล่นพนันใหม่ แต่ผู้วิจัยสงสัยว่า คนที่หายไปจากการติดตามอาจกลับไปเล่นพนันใหม่แล้วก็ได้เนื่องจากไม่ยากกลับมารักษาก่อนหรือไปรับการรักษาจากสถานที่อื่นแทน ทั้งนี้อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ใหญ่ที่ติดพนันและมารับการรักษามีประวัติเคยรักษาที่อื่นมาก่อนเมื่อครั้งเป็นวัยรุ่นและเมื่อกลับมาเล่นการพนันอีก ก็จะไม่อยากกลับไปรักษาที่เดิม¹⁴

ปกติ ผู้ที่เล่นพนันจนมีปัญหามักไม่มารับการรักษาด้วยความสมัครใจ แต่อาจมารับการรักษาเพราะถูกส่งตัวมาจากระบบกฎหมาย หรือจากผู้ปกครองบังคับ เพื่อนสนิทหรือคู่ครองบังคับให้มารักษาฉะนั้นความสัมพันธ์จะต้องหยุดลง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้เล่นพนันที่มีปัญหาอาจมีภาวะผิดปกติทางจิตใจหรือโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคสมาธิสั้น ภาวะควบคุมหยุดยั้งตนเองไม่ได้ ปัญหา

ทะเลาะวิวาท มีคตินิยม เหล่านี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ทำการรักษาจะต้องประเมินตามหลัก General Theory of Addictions และ Pathways Model เพื่อให้เข้าใจบุคคลที่ติดการพนันว่าอยู่ในกลุ่ม pathway ใดเพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ

กลุ่มลักษณะบุคคลที่ติดการพนัน มี 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. Pathway 1 : Behaviorally - conditioned problem gamblers

ผู้เล่นพนันกลุ่มนี้จะมีลักษณะที่ชอบเล่นเพื่อได้ลุ้นรางวัลใหญ่ ชอบความตื่นเต้นเร้าใจ โดยได้รับอิทธิพลจากการถูกวางเงื่อนไขจากทฤษฎีการเรียนรู้ในอดีต (conditioning learning theory) คือ เล่นแล้วได้ ก็รู้สึกตื่นเต้น ต้องการลุ้นว่าน่าจะเล่นได้รางวัลใหญ่ๆอีก และต้องการเอาคืน(คือเล่นแก้ตัวอีก)ถ้าเล่นแล้วไม่ได้ในรอบนี้ มักเป็นลักษณะของคนที่ชอบเล่นตามบ่อนคาสิโน กลุ่มนี้มักนำเงินที่เล่นมาจากครอบครัว สถานที่ทำงาน ขโมย ยักยอกจากคนรอบข้าง มีประวัติเรื่องการขยืมเงินคนไปทั่วและ ไม่มีความสามารถในการใช้คืน คนกลุ่มนี้มักจะยอมรับว่าเล่นมากเกินไป และหงุดหงิดถ้าไม่ได้เล่น และต้องการความช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์หลักในการรักษาคนกลุ่มนี้คือ ค่อยๆช่วยให้เขาเล่นพนันน้อยลง เนื่องจากว่าเขาไม่สามารถหักดิบเลิกเล่นได้ทันที จะเกิดความเครียดความทุกข์อย่างมาก โดยฝึกควบคุมให้ค่อยๆลดการเล่นทั้งเรื่อง จำนวนเงิน ความถี่ในการเล่น และ จำนวนเวลาที่เล่น ให้ฝึกปรับความคิดที่ผิดๆเกี่ยวกับการเล่นพนัน(restructuring) ที่ว่าจะมีโชคลาภได้รางวัลง่ายๆ ปรับเวลาว่างที่มีอยู่ไปทำงานหรือกิจกรรมต่างๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพนันหรือจัดการวางแผนการทำกิจกรรมในแต่ละวันตามความสำคัญของกิจกรรมที่ควรทำก่อนหลังโดยไม่ให้มีโอกาสไปแวะเล่นการพนัน พยายามหากกลุ่มเพื่อนใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มชอบเล่นการพนัน หากบุคคลนั้นมีการใช้ยาหรือสารเสพติดร่วมด้วย ต้องปรับลดเวลาหรือความหมกมุ่นในการใช้ยาเช่นกัน

2. Pathway 2: Emotionally Vulnerable Problem Gamblers

ผู้เล่นกลุ่มนี้มีลักษณะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเล่นพนันเป็นการปลดปล่อยหรือหลีกเลี่ยงความทุกข์เหล่านี้ไปได้ชั่วคราวหรือรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เงินที่ใช้เล่นพนันมักเป็นเงินของตนเองที่พ่อแม่ส่งมาให้ไว้ใช้ในเรื่องจำเป็น แต่นำมาเล่นจนหมดหรืออาจใช้เงินล่วงหน้าจากบัตรเครดิต

วัตถุประสงค์หลักในการรักษากลุ่มนี้คือ ต้องช่วยเขาให้หาสาเหตุของความเครียดหรือความทุกข์ให้ได้ และช่วยให้เขาเรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุ โดยการเพิ่มทักษะการจัดการปัญหา การปรับตัวต่อความเครียดอย่างถูกวิธี กลุ่มนี้ควรชักชวนให้หักดิบจากการเล่นพนันเลย มากกว่าการค่อยๆลดการเล่นพนันลง

3. Pathway 3: Antisocial Impulsivist Problem Gamblers

ผู้เล่นกลุ่มนี้มีลักษณะต่อต้าน หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจสูง เป็นโรคสมาธิสั้นหรืออารมณ์แปรปรวน มีความคิดความเชื่อที่ผิดๆ คิดว่า ตนสามารถทำนายผลการพนันได้ และเมื่อมีความทุกข์จะใช้วิธีเล่นการพนันเพื่อเป็นความท้าทาย สะใจ เชื่อว่าจะต้องเล่นให้ได้เงินกว่าจะได้เงินที่เสียไป กลับคืนมา มีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม โกหกเก่ง ขโมย จี้ ปล้น และมักพัวพันกับยาเสพติด

วัตถุประสงค์หลักในการรักษากลุ่มนี้คือ ต้องรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น สมาธิสั้นหรืออารมณ์แปรปรวนหรือบุคลิกภาพต่อต้านสังคม เพื่อควบคุมความหุนหันพลันแล่นหรือยับยั้งชั่งใจไม่ได้ ต้องใช้เวลากับครอบครัวหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดในการปรับทัศนคติและทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้คนในครอบครัวหรือคนสนิทสามารถเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยมากกว่าการตำหนิเหยียดหยามในพฤติกรรมของผู้ป่วย และควบคุมการเล่นพนันให้ลดลงและค่อยๆปรับความคิดผิดของผู้ป่วยเรื่องความสามารถในการทำนายผลการพนันได้

กระบวนการรักษาประกอบไปด้วย²¹

1. การสัมภาษณ์เพื่อประเมินผู้ป่วย (Intake assessment)

การสัมภาษณ์ด้วยเอกสารและระบบที่มีโครงสร้างตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (DSM-IV) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่ติดพนัน ประเมินผลกระทบการเรียนรู้ การทำงานหรือทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การใช้สุราหรือสารเสพติด การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ความภาคภูมิใจในตนเอง การมองตนเอง วิธีการจัดการแก้ไขปัญหา ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นต้น การประเมินโรคซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นอีกเรื่องที่จะต้องสอบถามผู้ป่วยด้วย มีความจำเป็นที่จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา ความต้องการและเป้าหมายในการรักษาของผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันก็ต้องถามถึงความคาดหวังและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยด้วย วิทยุที่มารักษาส่วนใหญ่จะอยากให้อยู่เรื่องที่เราเขาไม่

สามารถอดทนต่อการหักห้ามใจไม่ไปเล่นพนัน แต่งานวิจัยพบว่า คนที่มารักษาก็มีความตั้งใจในการเลิกเล่นพนัน โดยเด็ดขาดถึงร้อยละ 60

การรักษานั้น จัดให้เหมาะสมกับรายบุคคล โดยทีมงานที่เชี่ยวชาญ โดยเริ่มต้นมักจะมีการพบกันทุกสัปดาห์ แต่ก็อาจทำได้บ่อยกว่านี้หากมีความจำเป็นในบางราย จำนวนครั้งไม่แน่นอนขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน แต่อยู่ในระหว่าง 20-50 ครั้งต่อการรักษาจนสำเร็จ กระบวนการรักษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คล้ายกับการทำจิตบำบัด ซึ่งต้องมององค์ประกอบดังนี้

1. Establishing Mutual Trust คือ การสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจในตัวผู้รักษา
2. Acceptance of the problem คือ การยอมรับฟังปัญหาของผู้ป่วย
3. Identification of underlying problems คือ การค้นหาหรือระบุปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย
4. Psychotherapy addressing personal issues คือ การทำจิตบำบัดที่ทำให้เห็นประเด็นสำคัญที่เป็นจุดทำให้เกิดปัญหาในตัวผู้ป่วย
5. Development of effective coping skills คือ การคิดวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย
6. Restructuring of free time (sports and leisure activities) คือ การปรับเวลาการดำเนินชีวิตหรือปรับการใช้เวลาว่างไปทำกิจกรรมอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงการไปเล่นพนัน เช่น การเล่นกีฬา
7. Development of a healthy lifestyle คือ การจัดกิจวัตรประจำวันตนเองให้มีคุณภาพและมีความสุข
8. Involvement of family คือ การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วย
9. Cognitive restructuring คือ การปรับวิธีคิดที่ผิดๆ ให้เป็นถูกหรือตรงตามความเป็นจริง
10. Establishing debt repayment (where necessary) คือ จัดการบริหารเรื่องหนี้สินที่มีอยู่
11. Relapse prevention คือ การป้องกันการกลับไปเล่นพนันใหม่

2. การสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจ

ข้อนี้เป็นจุดสำคัญและเป็นพื้นฐานของการรักษาที่จะประสบความสำเร็จได้ ผู้รักษาต้องแสดงความรู้สึกเข้าใจ เห็นใจ ขอมรับฟังปัญหาด้วยความจริงใจ ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ต้องเคารพกติกาของผู้รักษา เช่น เรื่องการนัดหมายเวลาที่สม่ำเสมอ การเลื่อนนัดควรต้องบอกกล่าว หรือการไม่พุดคุยเกินเวลาที่กำหนดไว้

3. กระบวนการทำจิตบำบัด

การรักษาด้วยจิตบำบัดที่ได้ผลจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น แต่ก็ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนด้วยว่า ขณะนั้นอาการหลักที่เป็นปัญหาจากการพนันคืออะไร เช่น หากผู้ป่วยกำลังมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง การทำจิตบำบัดอาจไม่ใช่ขั้นตอนแรกที่ต้องรับทำ แต่ควรให้การรักษาโรคซึมเศร้าให้ทุเลาลงก่อนด้วยการรับประทานยาต้านซึมเศร้า ปัจจัยสำคัญอีกประการคือความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองในตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความตั้งใจมากและร่วมมือกับผู้รักษาเป็นอย่างดี ผลการรักษาก็เป็นไปได้ด้วยดี นั่นคือผู้รักษาต้องประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะใดของความต้องการเปลี่ยนแปลง (stage of change) คล้ายๆกับการรักษาในผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด

4. การพิจารณาลักษณะผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษามีความแตกต่างกันมากในรายละเอียดของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ผู้รักษาจำเป็นต้องรู้จักและคัดแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่จะดูแลเฉพาะเจาะจง เช่น ผู้ป่วยที่มีลักษณะวิตกกังวลอย่างมาก ไม่มีสมาธิจดจ่อกับคำพูดของผู้รักษา กระสับกระส่ายหรือไม่สามารถทำสิ่งที่ได้รับคำแนะนำไปในครั้งก่อนได้ หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อต้านสังคม ทำลายผู้รักษา มีประวัติลักขโมยเงินหรือทำร้ายผู้อื่นเพื่อให้ได้เงินมาเล่นพนัน เป็นต้น

การที่ต้องรู้จักลักษณะผู้ป่วยนี้ จะทำให้ผู้รักษาวางแผนการรักษาและดำเนินวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อเป็นพื้นฐานในการรักษาให้ดีขึ้นได้ต่อไป

5. การใช้หลักปรัชญาของการทำจิตบำบัด

ผู้รักษาต้องทำความเข้าใจ ความหมายของการเล่นพนันของคนไข้ ว่าทำไปเพื่ออะไร ไม่ว่าจะเป็น การหลีกเลี่ยงภาวะบางอย่าง เช่น ความทุกข์ ความเศร้า ความน่าเบื่อหน่าย หรือทำไปเพื่อเสาะหาความตื่นเต้น ทำลาย การเรียกร้องความสนใจจากคนรัก ความอยาก ฯลฯ

หลักอีกข้อคือ ผู้ติดพนันมักมีความคิดที่ไม่เป็นไปตามความจริง เช่น เรื่องความสามารถของตนในการเสี่ยงโชค การควบคุมผลของการพนันได้ มีความสามารถในการเล่นพนันมากกว่าคนอื่น หรือ การประเมินค่าเกินไปในเรื่องการพ่ายแพ้การพนัน จึงต้องช่วยปรับวิธีคิดดังกล่าว

หลักอีกข้อคือเมื่อติดพนันแล้ว จะทำให้ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวหรือคนสนิทแย่งชิงจุดนี้เป็นจุดสำคัญ เนื่องจากครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ติดพนัน สามารถมีกำลังใจหลุดพ้นจากวงจรนี้ได้ด้วยกำลังใจจากคนในครอบครัวหรือคนสนิท

หลักการรู้จักการใช้เงิน หรือ บริหารเงินอย่างมีคุณค่า ผู้ติดพนันมักประมาณค่าของเงินไม่เหมาะสม จึงนำมาใช้ในการเล่นการพนันจนหมด

การรักษาของโปรแกรมนี้ยังเชื่อว่า การ ไม่กลับไปเล่นการพนันอีกเลย คือการรักษาที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพที่สุด อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป หรือกลับไปเรียนหนังสือ ทำงานตามหน้าที่ได้อย่างเดิม มีการงานทำ หรือหายจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่นๆ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัวหรือคนสนิท และควรมีการติดตามเพื่อป้องกันการกลับไปเล่นซ้ำด้วย²¹

2. Gamblers Anonymous (GA) and Gam-Anon²²

การรักษาผู้ติดพนันที่นิยมมากที่สุดในปี ค.ศ. 2000 คือ โปรแกรมการรักษาผู้ติดการพนันแบบนิรนามหรือ Gamblers Anonymous (GA) โดยใช้โปรแกรมการรักษาแบบเดียวกับผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนาม (Alcoholic Anonymous) ประกอบไปด้วยการประชุม พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันของสมาชิกที่ติดการพนัน ปรึกษาขอความช่วยเหลือกันในเรื่องทางกฎหมาย การเงิน หรือการหางานทำ เป็นการทำกลุ่มบำบัดจำนวน 12 ครั้ง แต่พบว่าผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 10-30 ซึ่งในกลุ่มนี้มีเพียง ร้อยละ 8 ที่สามารถเลิกเล่นพนันได้อย่างเด็ดขาดเป็นเวลา 1 ปี และ ร้อยละ 7 เป็นเวลา 2 ปีขึ้นไป

3. การทำจิตบำบัดชนิดจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Psychotherapy) มีรายงานว่าประสบความสำเร็จ โดย Bergler ในปีค.ศ.1957 ที่รักษาผู้ป่วยจำนวน 60 คน และ 14 คนมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่ไม่มีรายงานว่าอีก 46 คนที่เหลือเป็นอย่างไร นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาวิจัยอื่นที่อ้างว่าได้ผล แต่เป็นจำนวนเคสที่ค่อนข้างน้อยและยังไม่มีการวัดผลที่ชัดเจน²²

4. การทำจิตบำบัดชนิดปรับพฤติกรรมและความคิด (Cognitive-Behavioral Therapy) เป็นการรักษาทางจิตวิทยา เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด ผักผ่อนทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะทางสังคม เช่น การปฏิเสธเพื่อนที่ชวนเล่นพนัน การสังเกตตนเองและรู้สถานการณ์บางอย่างที่กำลังจะนำไปสู่การผลัดตนไปเล่นพนัน เพื่อทำการควบคุมตนเองและหยุดยั้งให้ได้ เมื่อทำได้ก็ให้แรงเสริมกับตนเองด้วยรางวัลที่เหมาะสม Bujold และคณะ ศึกษาผู้ป่วยติดพนันที่มารับการรักษาจำนวน 14 ราย เทียบกับผู้ป่วยติดพนัน 15 รายที่ยังไม่ได้รับการรักษาคืออยู่ระหว่างการรอคิวเพื่อรับการรักษาและแพทย์จะโทรไปคอยติดตามเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจิตบำบัดปรับพฤติกรรมและความคิดครบตามนัดหมายจำนวน 12 คนจากผู้ป่วย 14 คน ประสบผลสำเร็จในการเลิกเล่นพนันและเมื่อติดตามไปถึง 1 ปี พบว่า มีถึง 8 รายที่ยังคงไม่เล่นการพนันอย่างเด็ดขาด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา มีจำนวน 1 รายจากจำนวน 15 ราย ที่เลิกเล่นพนันได้²²

5. การใช้ยา (Pharmacotherapy)

องค์การอาหารและยาของสหรัฐยังไม่มีการประกาศว่า มีการใช้ยาตัวใดเป็นยาหลักในการรักษาโรคติดการพนันในผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ และยังไม่มีการศึกษาเรื่องความปลอดภัยหรือประสิทธิภาพของยาในการรักษาการติดพนันในวัยรุ่นเลย หากแต่มีการศึกษาวิจัยในผู้ใหญ่พอสมควร²³ ซึ่งก็มีการโต้แย้งว่าการรักษาได้ผลดีในผู้ใหญ่ที่ติดการพนันอาจไม่ได้ผลหรือมีความปลอดภัยน้อยกว่าในวัยรุ่น เนื่องจากสภาวะการเจริญเติบโตของสมองในเด็กและวัยรุ่นที่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวของเซลล์สมองอย่างต่อเนื่อง และการแสดงอาการติดพนันหรือการตอบสนองต่อการรักษาอาจไม่เหมือนกัน ต่อไปนี้เป็นการใช้ยาในการรักษาผู้ใหญ่ติดการพนันที่พอจะได้ผลเป็นที่ยอมรับจากการวิจัย²³

ผู้ที่ติดการพนันพบว่า มีปริมาณสารซีโรโตนินจำนวนน้อยกว่าปกติ ซึ่งสารตัวนี้มีความสำคัญต่อการควบคุมอารมณ์และการหยุดยั้งความอยาก ดังนั้น หากมีสารนี้น้อยลง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือความอยากจึงลดน้อยลง ไม่สามารถหยุดความอยากเล่นพนันได้ การใช้ยากลุ่มต้านเศร้า เพื่อเพิ่มสารซีโรโตนินจึงช่วยรักษาอาการติดพนันได้ ตัวอย่างชื่อยา ได้แก่ Clomipramine, Sertraline, Fluvoxamine, Paroxetine, Escitalopram²⁴ Clomipramine ได้รับการประกาศจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐว่าสามารถใช้รักษาโรคย้ำคิดย้ำทำในวัยรุ่นได้ จึงอาจนำมาใช้รักษาในวัยรุ่นเรื่องการลดความอยากเล่นพนันต่างๆได้²³

ส่วนสารโคปามีน มีความสำคัญต่อการเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือการเสริมแรงในการทำพฤติกรรมบางอย่าง ดังเช่นในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด เพราะสารเสพติดไปกระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับสารโคปามีน ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขความพอใจในการใช้สารและไม่สามารถหยุดพฤติกรรมการใช้สารนั้นได้ การศึกษาพบว่า ผู้ที่มีปริมาณสารโคปามีนต่ำกว่าปกติ จะมีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมติดสิ่งต่างๆ เช่น ติดสารเสพติด ติดพนัน ติดเกม ทำพฤติกรรมซ้ำๆ และไม่มีความยับยั้งชั่งใจ ยาที่ใช้คือยาในกลุ่ม Opioid Antagonists ชื่อยา Naltrexone และ Nalmefene มีรายงานว่าใช้รักษาผู้ติดพนันได้ดี เนื่องจากยากลุ่มนี้ใช้กับผู้ที่ติดสารเสพติด²³

การใช้ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizers) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนก็ใช้ได้ผลในผู้ป่วยติดการพนัน ได้แก่ ยา lithium carbonate, Carbamazepine, Valproate²⁴

นอกจากนี้ พบว่า ยาด้านโรคจิตบางตัว คือ Risperidone, Olanzapine และ Ziprasidone ช่วยลดความอยากเล่นพนันลงได้ แต่การศึกษาวิจัยพบว่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยารักษา²³

6. การปรับพฤติกรรม

ผู้ติดการพนันบางรายยึดหลักการปรับพฤติกรรมตนเอง โดยพยายามควบคุมสิ่งแวดล้อมและตนเอง เช่น พยายามติดเงินไว้ในกระเป๋าสตางค์ให้น้อยที่สุด แค่อพใช้สำหรับ 1 วัน ไม่พยายามใช้เช็ค หรือ บัตรเครดิต ถ้าจะต้องถอนเงินจากธนาคาร จะให้มีชื่อผู้ร่วมเซ็นชื่อในการถอนเงินมากกว่า 1 ชื่อ หรือไปขอลงทะเบียนการหยุดตนเองไม่เข้าเล่นพนันในสถานบริการพนัน เมื่อไรก็ตามที่ผู้ติดพนันจะเข้าไปเล่นพนัน ก็จะถูกสั่งห้ามเข้าโดยปริยาย และพยายามไม่ไปในสถานที่ที่ตนเคยชอบไปเล่นพนัน เป็นต้น

7. การรักษาแบบผู้ป่วยใน (In patient program)

โดย Lesieur and Blume ศึกษาผู้ป่วยติดพนันที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 124 ราย หลังจากออกจากโรงพยาบาล ทำการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ต่อเนื่องจำนวน 72 ราย ที่เวลา 6 เดือนและ 14 เดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว พบว่า ร้อยละ 64 สามารถเลิกเล่นการพนันได้อย่างสิ้นเชิง²²

8. การให้บริการทางโทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต

8.1 The National Council on Problem Gambling Helpline (NCPG) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เน้นย้ำการให้บริการที่รักษาความลับของผู้โทรมาขอคำปรึกษา และบริการตลอด 24 ชั่วโมง เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ของผู้เล่นพนัน ผู้มีปัญหาจากการเล่นพนัน และครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่ได้รับผลกระทบจากผู้ที่เล่นพนัน (ให้บริการเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา) โทรศัพท์ 1-800-522-4700. เว็บไซต์ <http://www.ncpgambling.org>

8.2 Helpguide's Harvard Collaboration โดยการร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร โฆษณา สุขภาพ และผู้บริโภค ภายในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เพื่อให้บริการผู้มีปัญหาการเล่นพนัน โดยเปิดให้บริการทางเว็บไซต์ Helpguide.org. หรือ <http://www.helpguide.org/>

ประเทศออสเตรเลีย

มหาวิทยาลัยโมนาช (Monash university) แห่งประเทศออสเตรเลีย ได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้มีปัญหาการเล่นพนัน โดยรวบรวมข้อมูลวิจัยทางการแพทย์เพื่อศึกษาถึงความสำเร็จของการรักษาแต่ละชนิด อย่างไรก็ตาม ความหลากหลายของวิธีการรักษายังไม่สามารถระบุได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาผู้ติดการพนัน เนื่องจากกระบวนการวิจัย จำนวนผู้ป่วยในงานวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรักษาและประเมินต่าง ๆ ยังมีความจำกัดในการสรุปผล ตัวอย่างการรักษาได้แก่ cognitive Behavioral Therapy (CBT), Motivational Enhancement Therapy (MET), การใช้ยา (Pharmacological intervention)¹⁹

1. cognitive Behavioral Therapy (CBT) เป็นการรักษาดังวิธีทางจิตวิทยา เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ คือ ผลที่ตามมาจากการเล่นพนันคือปัญหาอะไรบางอย่าง และให้ผู้ป่วยพิจารณาด้วยเหตุผลใช้ความคิด และตรวจสอบอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น ในที่สุดผู้ป่วยจะพยายามลดพฤติกรรมการเล่นพนันลง และมองหากิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ลดหรือหยุดความพอใจ ความตื่นเต้น เร้าใจจากการพนัน ให้เป็นกิจกรรมอื่นแทน

มีการศึกษางานวิจัยรวบรวมเปรียบเทียบการใช้ cognitive Behavioral Therapy ในการรักษาผู้ป่วยติดพนัน พบว่าการรักษาแบบรายบุคคล (individual CBT) และแบบเป็นกลุ่ม (group CBT) สามารถลดพฤติกรรมการเล่นพนันและความเครียดความทุกข์ใจลงได้เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยติดพนันที่ไม่ได้รับการรักษา¹⁹ ที่สำคัญคือผู้ให้การรักษาต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนการเปรียบเทียบว่า การรักษาด้วยวิธี CBT จะได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีทางจิตวิทยาอื่น ๆ หรือไม่นั้น ยังไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากการศึกษาวิจัยยังมีไม่มากพอ คงต้องรอการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต

2. Motivational Interviewing (MI) เป็นการรักษาทางจิตวิทยาโดยใช้หลักการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยอาจมีความลังเลใจกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินของตน

หลักการรักษาของ MI คือ การแสดงความเข้าใจในพฤติกรรมเล่นพนันและรับฟังผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปให้ถึงเป้าหมายที่เขาอยากให้เป็น โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการรักษา ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกต่อต้านหรือไม่มีแรงจูงใจ ผู้รักษาต้องหมั่นเพียรให้กำลังใจและกระตุ้นความสามารถในตนเองของผู้ป่วยทุกเวลาที่มีจังหวะหรือโอกาส

3. Motivational Enhancement Therapy (MET) เป็นการรักษาแบบ MI แต่มีรูปแบบจำนวนครั้งที่จำกัดคือ 4 ครั้งเท่านั้น ในการพบกันครั้งที่ 1 และ 2 จะเป็นระยะที่ผู้รักษาและผู้ป่วย มีการประเมินร่วมกันในเรื่องปัญหาจากการเล่นพนัน ความรุนแรง ผลกระทบต่างๆ ผู้รักษาแสดงความคิดเห็นย้อนกลับ (feed back) เพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง และติดตามผู้ป่วยต่อไปอีก 2 ครั้งนับเป็นครั้งที่ 3 และ 4 คือ ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ต่อมา เพื่อดูความเปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปผู้รักษาไม่นิยมใช้วิธีนี้ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยชัดเจนว่าได้ผลดีกว่า CBT เพียงไร และ ในทางปฏิบัติ ผู้รักษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเทคนิคนี้อย่างเป็นทางการ

แต่ผลสรุปการใช้วิธี MI และ MET ในการรักษาผู้ติดพนัน พบว่ายังได้ประโยชน์และช่วยลดพฤติกรรมการเล่นพนันและปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเล่นพนันลงได้เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้รับการรักษา¹⁹

4. Voluntary self - exclusion เป็นนโยบายของรัฐบาล ในการควบคุมการเล่นพนันเพื่อลดปัญหาจากการพนัน โดยให้นักเล่นพนันควบคุมพฤติกรรมการเล่นพนันของตนเองด้วยความสมัครใจ ผู้ที่ติดพนันจะทำสัญญาหรือข้อตกลงไว้กับสถานที่หรือบ่อนที่เล่นพนันนั้นว่าตนจะงดเว้นการเล่นพนันชั่วคราวในเวลาที่เลือกไว้หรือตลอดไป และต้องไม่เข้าไปเล่นในเวลาดังกล่าวซึ่งอาจเป็นช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น 6 เดือนหรือตลอดชีวิต และสถานที่ที่ให้บริการหรือบ่อนพนันนั้น ก็มีสิทธิปฏิเสธผู้ทำสัญญานั้นไม่ให้เข้ามาเล่นในบ่อนในช่วงเวลาที่ตกลงกันไว้

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบวิธีการนี้กับการรักษาใดๆ ว่าได้ผลในการช่วยผู้ติดพนันให้บรรเทาปัญหาได้จริงหรือไม่ จึงต้องรอดูติดตามการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต แต่มีการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ของผู้ติดพนันที่เข้าโปรแกรมนี้ โดย Ladouceur และคณะ¹⁹ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย และคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ติดการพนันแล้ว ได้รับคำแนะนำมาจากเพื่อนหรือญาติในการมาเข้าโปรแกรมนี้ และไม่คิดว่าจะอยากพบผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรับการบำบัด ผู้ติดพนันที่เข้าโปรแกรมนี้ ร้อยละ 49 บอกว่าสนใจที่จะพบผู้ให้คำปรึกษาแต่มีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้ไปพบผู้ให้คำปรึกษาจริงๆ

หากจะพิจารณาถึงโปรแกรมนี้ว่ามีประสิทธิภาพในการลดปัญหาผู้ติดพนันหรือไม่นั้น คงต้องประเมินที่ อัตราการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ติดพนัน การควบคุมตนเองได้ในช่วงเวลาที่ถูกห้ามเข้าไปเล่น และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพนันของบุคคลนั้น จากการศึกษพบว่า อัตราการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ติดพนันนี้มีเพียงร้อยละ 0.4 ถึง 7 ผู้ติดพนันร้อยละ 10-50 ไม่สามารถหักห้ามใจตนเองที่จะไม่เข้าไปในแหล่งพนันนั้นได้ในช่วงเวลาที่ตนกำหนดไว้ ที่น่าสนใจคือ เมื่อหมดช่วงเวลาที่ทำข้อตกลงไว้กับสถานที่เล่นพนันแล้ว ผู้ติดพนันร้อยละ 45 รีบกลับเข้าไปเล่นพนันทันที มีผู้ติดพนันที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกฝนกฎในช่วงห้ามนี้เฉลี่ย 3-6 ครั้งและมากกว่าครึ่งหนึ่งไปเล่นพนันอย่างอื่นแทน อย่างไรก็ตามร้อยละ 30 ของผู้ที่เข้าโปรแกรมนี้ สามารถงดเว้นการพนันได้อย่างสมบูรณ์แบบจริงๆ ในช่วงเวลาดังกล่าว และพบว่าโปรแกรมนี้มีความสัมพันธ์กับการลดความอยากเล่นพนัน เพิ่มความรู้สึกที่ต้องควบคุมตนเองให้ได้และลดปัญหาและผลกระทบจากการเล่นพนันลงได้¹⁹

สรุปแล้วโปรแกรมการควบคุมตนเองไม่เล่นพนันโดยสมัครใจนี้ ยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยรักษาผู้ติดพนันได้ เพราะยังมีจำนวนงานศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อย

5. Self - help interventions เป็นการรักษาที่ใช้กลวิธีการช่วยเหลือดูแลตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากบุคคลนั้นอาจอยู่ในสถานที่ห่างไกลจากระบบสาธารณสุข มีความยากลำบากในการเดินทางหรือคิดขัดเรื่องค่าใช้จ่าย จำนวนบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเรื่องนี้มีจำกัด หรือ ผู้ป่วยเองไม่ต้องการไปรักษาในสถานบริการ วิธีนี้จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ติดพนันสามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อนำมาใช้ดูแลตนเองหรือคนในครอบครัวที่ติดพนัน โดยมีเครื่องมือในการช่วยเหลือเช่น เอกสาร หนังสือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบ CBT ซึ่งสามารถศึกษาและลองปฏิบัติด้วยตนเองได้ ระบบออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับความรู้หรือทักษะบางประการเพื่อนำมาฝึกดูแลตนเอง โดยไม่ต้องรับคำปรึกษาแนะนำใดๆจากบุคลากรการแพทย์

ส่วนการดูแลตนเองอีกวิธีหนึ่งที่มีบุคลากรการแพทย์เข้าร่วม เรียกว่า **practitioner delivered psychological intervention** คือ การที่ผู้ติดการพนันได้รับคำแนะนำปรึกษาจากบุคลากรการแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์ หรืออินเทอร์เน็ตอยู่ที่บ้าน โดยไม่ต้องไปพบบุคลากรที่โรงพยาบาล

ผลปรากฏว่า การดูแลตนเองที่ได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ หรือ อินเทอร์เน็ต สามารถลดพฤติกรรมการเล่นและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการเล่นพนันได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูแลตนเองโดยให้เอกสารคู่มือดูแลตนเองอย่างเดียว ทั้งนี้ ภายใต้งื่อนไขที่ว่า ผู้ติดการพนันเป็นคนเลือกวิธีนี้เองด้วยความพึงพอใจและการอำนวยความสะดวกในการให้บริการทางการแพทย์มีจำกัด

6. Group psychological intervention เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีผู้ติดพนันมากกว่า 1 คน ขึ้นไปซึ่งไม่ได้เป็นญาติกันมาทำการบำบัดพร้อมๆกัน หากเป็นการบำบัดที่มากกว่า 1 คนแต่เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะไม่เรียกว่า Group psychological intervention แต่เรียกว่า Couple หรือ Family psychological intervention

การทำกลุ่มบำบัด อาศัยหลักการทางจิตวิทยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เรียนรู้ชีวิตหรือประสบการณ์ของแต่ละคนผ่านการเล่าหรือการแสดงความรู้สึก โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม มีความรู้สึกผูกพันกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเป็นผู้ประสบปัญหาที่ร้ายแรงแต่เพียงผู้เดียว หรือ ได้รับรู้ความเป็นจริงบางอย่างที่ตนคาดไม่ถึงจากประสบการณ์ของผู้ป่วยในกลุ่ม นอกจากนี้อาจเสริมพลังใจระหว่างกันได้โดยการแสดงความเห็นใจกันและให้กำลังใจกัน ประโยชน์ในทางด้านผู้รักษา ก็เป็นการทำงานที่คุ้มค่า ด้วยความจำกัดด้านเวลาและจำนวนผู้ป่วยที่มากมาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เร็วขึ้นหรือบ่อยขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาแบบรายบุคคล (individual psychological intervention)

แต่ยังขาดการศึกษาวิจัยว่า การทำกลุ่มบำบัด ช่วยลดปัญหาให้ผู้ติดพนันได้ดีกว่า การทำบำบัดรายบุคคลหรือไม่ แต่สามารถบอกได้ว่า การให้การบำบัดแบบกลุ่มก็ยังช่วยลดปัญหาของผู้ติดพนันได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเลย และคงต้องมีการพัฒนางานวิจัยในด้านนี้ต่อไป¹⁹

7. Inpatient rehabilitation programs การรักษาด้วยการอยู่โรงพยาบาล เป็นการรักษาทางจิตวิทยาซึ่งรวบรวมกระบวนการรักษาต่างๆให้แก่ผู้ป่วยผ่านการดำเนินกิจกรรมในแต่ละวัน และผู้ป่วยต้องค้างคืนในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่จัดไว้สำหรับกลุ่ม โดยเฉพาะ ผู้ติดพนันอาจจะถูกบังคับให้นา

รักษาด้วยวิธีนี้ ในบางเขตการปกครองซึ่งมีเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด หรือเหล้ามาควบคุมกำกับ เช่น ในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา แต่ไม่นิยมวิธีนี้ในประเทศออสเตรเลีย

การรักษาในโรงพยาบาล มีหลักการรักษาที่สำคัญ คือ การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพและใช้วิธีการหลายวิธีร่วมกัน (multimodal therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาและผลกระทบที่ตนกำลังได้รับจากการพนัน เข้าใจตนเอง ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด และควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ตามกลวิธีต่างๆที่ทางผู้ให้การรักษาจัดให้ ดังนี้

1. การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual therapy)
2. กลุ่มบำบัด (Group therapy)
3. การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย (Gambling Anonymous Meeting)
4. การบรรยายให้ความรู้เรื่องการติดพนัน (Lectures or education on addiction)
5. การแสดงละครบำบัด (Psychodrama)
6. การผ่อนคลายความเครียดหรือการจัดการกับความเครียด (Relaxation instruction)
7. การให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling)
8. การให้คำปรึกษาด้านการบริหารจัดการเงิน อาชีพ (Financial and vocational counseling)
9. สุขภาพร่างกาย (Medical consultation)
10. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพนันหรือยาเสพติด (Legal consultation)

การศึกษาวัยวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการนอน โรงพยาบาลมีน้อยมาก จึงยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะช่วยลดปัญหาผู้ติดพนันได้ดีกว่าวิธีการอื่นหรือไม่ เพียงใด

8. การตั้งเป้าหมายในการรักษาโดยยึดหลักการงดเว้นการเล่นพนันอย่างสิ้นเชิง (Abstinence)

เป็นสิ่งที่มีการวิพากษ์วิจารณ์กันไป เนื่องจาก ไม่พบหลักฐานชัดเจนว่าการรักษาโดยการงดเว้น (Abstinence) จะได้ผลหรือไม่เมื่อเทียบกับการค่อยๆ ปล่อยให้ผู้ป่วยลดการเล่นพนัน นักวิจัยที่ให้การสนับสนุนการรักษาโดยไม่งดการเล่นพนันเลย ให้เหตุผลว่าควรใช้ Abstinence สำหรับทางแก้กฎหมายที่บังคับรักษาผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกอึดอัด อดทนไม่ไหว แต่ควรมีทางออกให้ผู้ป่วยบ้างและพยายามอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงซึ่งไม่ใช่การงดเล่นพนันอย่างสุดโต่ง อีกทั้ง การงดเว้น ยังเป็นการควบคุมบังคับผู้ป่วยเกินไป และคิดว่าการไม่งดเว้น อาจลดความรู้สึกท้อแท้ ไม่สู้ในช่วงการรักษาระยะเริ่มแรก ซึ่ง ต้องการกำลังใจและแรงจูงใจอย่างมาก คนที่ติดพนันยังรู้สึกว่าการได้เล่นพนันบ้างเป็นการสร้างความสุข สนุกสนานสำหรับชีวิต และ ไม่สุดโต่งกับชีวิตจนเกินไป แต่สำหรับผู้ที่คิดว่าควรงดเว้นการเล่นพนันโดยสิ้นเชิงให้เหตุผลว่าเนื่องจากผู้ติดพนันมักขาดการควบคุมตนเองอย่างมาก ในการพิจารณาว่าควรเล่นให้น้อยลงเพื่อค่อยๆ หยุดหรือควบคุมตัวเองนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก จึงไม่ควรที่จะอนุญาตให้ผู้ติดพนันไปเล่นพนันแม้เพียงเล็กน้อยอีกต่อไป

9. การใช้ยา

มียาหลายกลุ่มที่ได้นำมาทดลองใช้รักษาผู้ติดพนัน ได้แก่ ยากลุ่มแก้โรคซึมเศร้า (antidepressants) ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers) ยากันชัก (anticonvulsants) ยาที่ใช้รักษาผู้ติดยาเสพติด (opioid antagonists) พบว่า ยาทั้ง 3 กลุ่มแรก ไม่สามารถใช้รักษาผู้ติดพนันแล้วได้ผลดีกว่าผู้ติดพนันที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับยาอื่น ๆ แต่ยา กลุ่ม opioid antagonists คือ Naltrexone มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าสามารถใช้รักษาผู้ติดพนันเพื่อลดอาการได้ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาใด แต่ก็ต้องให้ยาด้วยความระมัดระวังตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วย คู่มือแนวทางการรักษาผู้มีปัญหาจากการเล่นพนันเล่มนี้เผยแพร่ในประเทศออสเตรเลียในปีพ.ศ.2554 ณ เวลานั้นยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาดังนี้สำหรับการรักษาผู้ติดการพนัน¹⁹

แต่การใช้ยา กลุ่มต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จะมีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ติดพนันมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล สามารถใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าได้ โรคอารมณ์แปรปรวน อารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรง อาจใช้ยา กลุ่มควบคุมอารมณ์ ผู้ติดพนันที่มีปัญหาติดสารเสพติดด้วย สามารถใช้ยา กลุ่ม opioid antagonists รักษา ซึ่งจะช่วยให้อาการติดการพนันและผลกระทบจากการเล่นพนันดีขึ้น^{19,25}

10. การคำนึงถึงปัจจัยด้านวัฒนธรรมของชุมชนหรือสังคมที่ส่งผลต่อการรักษา

มีการศึกษาของ Namrata Raylu ว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีส่วนที่ทำให้บุคคลไปเล่นการพนันหรือติดการพนันได้ การซึมซับทางวัฒนธรรม การสร้างระบบความเชื่อ แนวคิดหรือค่านิยมของเรื่องใดๆ ในแต่ละวัฒนธรรมอาจแตกต่างกัน และส่งผลต่อการทำให้บุคคลชอบหรือไม่ชอบเล่นการพนัน ดังนั้นการรู้จักและเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นแต่ละที่ สามารถนำมาประเมิน เพื่อจะได้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเล่นพนัน และเป็นการวางแผนเพื่อป้องกันหรือรักษาได้อีกด้วย²⁶

11. การให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ (web based counseling) ในประเทศออสเตรเลีย เนื่องจาก ผู้ติดพนันหรือมีปัญหาจากการพนันมักมีความรู้สึกไม่ดี อับอาย และไม่ต้องการเปิดเผยตนเองให้แก่ผู้อื่นได้รับรู้ถึงปัญหาของตน การให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นความลับ ไม่มีใครรู้จัก และกล้าจะเปิดเผยข้อมูลได้ดีขึ้น มากกว่าการพูดคุยทางโทรศัพท์หรือเห็นหน้าตาตอนไปพบที่สถานบริการต่างๆ ดังการศึกษาของ Rodda และคณะระหว่างปี ค.ศ.2010 – 2012 พบว่า เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการพนันนิยมใช้บริการผ่านเว็บไซต์ เป็นดังนี้ คือ ร้อยละ 50.9 คิดว่าสะดวกและเข้าถึงง่าย ร้อยละ 34.2 รู้สึกพอใจระบบนี้ ร้อยละ 27 รู้สึกว่าเป็นความลับและไม่มีใครรู้²⁷ ซึ่งหากรัฐบาลพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ให้แพร่หลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจช่วยให้ผู้ที่กำลังเริ่มมีปัญหาหรือมีปัญหาหนักจนไม่อยากไปปรึกษาใคร ได้ลองวิธีง่ายๆ แบบนี้ในเบื้องต้นและบรรเทาปัญหาลงได้บ้าง

ตัวอย่าง เว็บไซต์กลางของประเทศออสเตรเลียที่ดูแลโดยหน่วยงานของรัฐบาลชื่อ GRA (Gambling Research Australia) www.gamblingresearch.org.au มีคำแนะนำเรื่องเกี่ยวกับการพนันและการให้บริการรักษา โดยสามารถเข้าไปในเว็บไซต์ของแต่ละมลรัฐ(แคว้นหรือเขตการปกครอง)ที่เปิดให้บริการประชาชนดังต่อไปนี้

Victoria

Victorian Responsible Gambling Foundation

<http://www.problemgambling.vic.gov.au>

New South Wales

Communities NSW, Office of Liquor and Gaming, Sydney

<http://www.olgr.nsw.gov.au>

Australian Capital Territory

ACT Gambling and Racing Commission, Canberra

<http://www.gamblingandracing.act.gov.au>

South Australia

Department for Families and Communities, Adelaide

<http://www.familiesandcommunities.sa.gov.au>

Queensland

Department of Families, Brisbane

<http://www.families.qld.gov.au>

Western Australia

Department of Racing, Gaming and Liquor, Perth

<http://www.orgl.wa.gov.au>

Tasmania

Gambling Support Bureau - Department of Health & Human Services, Hobart

<http://www.dhhs.tas.gov.au>

Northern Territory ยังไม่มีหน่วยงานของรัฐบาลที่ให้บริการผู้มีปัญหาการพนันในขณะนี้

12. การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ (Gambling Help Online) เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล และส่งต่อเพื่อรับการรักษจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้มีปัญหาการพนัน เบอร์โทรศัพท์ในประเทศ 1800 858 858

Dowling และคณะ²⁸⁴ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของครอบครัวผู้ติดพนันที่มารับการรักษาพบว่า ผู้ติดพนันมีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 33.9 หรือมีปัญหาการใช้สารเสพติดและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในระดับน้อยถึงมากทั้งของผู้ติดพนันเองและของสมาชิกในครอบครัว หลักการรักษาด้วยการทำครอบครัวบำบัดหรือการดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวและชักประวัติการเลี้ยงดูที่ผ่านมา จึงมีประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ติดพนันอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นได้

นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยซิดนีย์ พร้อมด้วยรัฐบาลของรัฐนิวเซาท์เวลส์ ได้ให้การสนับสนุน คลินิก รักษาผู้ติดพนันและพัฒนางานวิจัยไปพร้อมกัน ชื่อ Gambling Treatment Clinic (GTC) ซึ่งก่อตั้งขึ้นปี ค.ศ. 1999 และมีผู้อำนวยการคือ Professor Alex Blaszczynski ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและเป็นผู้นำเรื่องการ พนันในระดับสากล มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพนันในประเทศออสเตรเลียมากมาย ผู้มารับบริการที่คลินิกนี้ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากรัฐบาลให้การสนับสนุน การรักษาประกอบไปด้วย การให้คำปรึกษา การ ประชุมทีมงานเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสมตามหลักการทางการแพทย์และจิตวิทยา มีการ ค้นคว้างานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อนำมาสนับสนุนองค์ความรู้หรือประยุกต์ใช้ในการรักษาให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น²⁹

อีกหน่วยงานหนึ่งที่เป็นหน่วยงานของรัฐบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการเล่นพนัน คือ The Australian Gambling Research Centre (AGRC) เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2013 และตั้งอยู่ในสถาบันที่ดูแลเรื่องครอบครัว (Australian Institute of Family Studies หรือ AIFS) ที่ทำหน้าที่ หลักเกี่ยวกับการค้นคว้าวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องครอบครัวและสุขภาพจิต AGRC ทำหน้าที่เผยแพร่ องค์ความรู้เรื่องการพนันที่มีมาตรฐานทางวิชาการให้แก่ผู้วางนโยบายการพนันของประเทศ นักวิจัย และ ผู้ อยู่ในวงการวิชาการที่ทำงานด้านการพนัน โดยเน้นหัวข้อวิจัยดังนี้³⁰

1. ผลกระทบหรือภัยอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเล่นพนัน ทั้งต่อผู้เล่น ครอบครัว และชุมชน รวมทั้ง ประชาชนกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตรายดังกล่าว
2. การประเมินหรือวิธีวัดผลผู้ติดการพนันเพื่อนำไปสู่การลดปัญหาดังกล่าว
3. สถิติหรือข้อมูลตัวเลขเกี่ยวกับการพนันชนิดที่สร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน(recreational gambling)

ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความตระหนักถึงพิษภัยจากการเล่นพนัน และได้สังเกตภาวะที่เริ่ม มีปัญหาจากการเล่นพนัน พร้อมทั้งมีการจัดประชุมวิชาการเรื่องการพนันเพื่อเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับผู้ติดพนันให้นักวิชาการ นักวิจัย และหาทางดูแลช่วยเหลือด้วยการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ประเทศนิวซีแลนด์

มูลนิธิผู้มีปัญหาการเล่นพนัน(Problem Gambling Foundation of New Zealand หรือ PGF) ใน ประเทศนิวซีแลนด์ ได้รับเงินสนับสนุนจากกระทรวงที่ดูแลสุขภาพประชาชน (ministry of health) ในการจัด

ให้มีบริการผู้มีปัญหาการเล่นพนัน ซึ่งพัฒนามาจากสมาคมผู้มีปัญหาการพนัน (Compulsive Gambling Society หรือ CGS) ในปีค.ศ.1988 ซึ่งสมัยนั้นไม่มีการให้บริการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม โดยจิตแพทย์ชื่อ Fraser McDonald ได้ทำการรักษาผู้ป่วยติดพนัน 3 ราย และเริ่มตั้งเป็นสมาคมดังกล่าวโดยได้รับเงินสนับสนุนจากคณะกรรมการดำเนินงานลอตเตอรี่แห่งประเทศนิวซีแลนด์ มีระบบการใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษา พัฒนาต่อมาเป็นโทรศัพท์สายด่วนทั่วประเทศในปีค.ศ.1992 และขยายเป็นการให้คำปรึกษาโดยมีสถานที่ให้มาพบปะพูดคุยกันในปี ค.ศ.1993 และในปี ค.ศ.2001 ปรับชื่อเป็น PGF ดำเนินงานให้บริการประชาชนทั้งด้านการช่วยเหลือรักษาและการป้องกันเชิงสาธารณสุขเพื่อประชาชนของประเทศนิวซีแลนด์ ที่เว็บไซต์ <http://pgfnz.org.nz/>

1. การช่วยเหลือด้วยระบบโทรศัพท์สายด่วน (Helplines)³¹

การใช้อุปกรณ์สื่อสารเทคโนโลยี ในการช่วยเหลือผู้ติดการพนัน เป็นอีกหนทางหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขง่ายขึ้น มีความเป็นส่วนตัวและสะดวกสำหรับผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างทันที โทรศัพท์สายด่วนนี้เป็นด่านแรกที่จะเชื่อมความสัมพันธ์ให้ผู้ที่ปัญหาจากการพนัน หันมารับการช่วยเหลือเร็วขึ้นอย่างสมารถใจ³¹

การให้บริการทางโทรศัพท์ ไม่ได้เป็นเพียงแค่การพูดคุยทั่วไป แต่จะรวมไปถึงการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการพนัน ผลกระทบ การเลือกวิธีการรักษา การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือขณะที่กำลังมีภาวะวิกฤต (crisis intervention) การแนะนำหรือจัดหาสถานที่สำหรับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมหรือครบวงจร และอาจมีการนัดหมายให้โทรมาปรึกษาต่อเนื่องเป็นระยะ โดยมีการให้ฝึกฝนตนเองผ่านการบ้านที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำไป สิ่งเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้มีปัญหาจากการพนัน ผ่อนคลายความทุกข์หรือความเครียดลงได้และสามารถชักจูงเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างจริงจังได้

มีการประชุมสัมมนาระหว่างประเทศต่างๆที่มีการจัดบริการทางโทรศัพท์นี้ในปีพ.ศ.2547 ที่เมืองฟีนิกซ์ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้เข้าร่วมสัมมนาจากประเทศสหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ อังกฤษ แคนาดา นอร์เวย์ สวีเดน และฟินแลนด์ พบว่า รัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐ เป็นประเทศแรกที่จัดตั้งระบบบริการทางโทรศัพท์ (พ.ศ.2526) ประเทศนิวซีแลนด์เปิดบริการในปีพ.ศ.2535 และประเทศต่างๆรวมทั้งรัฐต่างๆในสหรัฐ ก็ทยอยเปิดให้บริการเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี ในขณะนั้น ประเทศฟินแลนด์เป็นน้องใหม่ที่สุดที่เพิ่งเปิดให้บริการในปีนั้น (พ.ศ.2547) มีผู้โทรศัพท์มาขอคำปรึกษารวบรวมไว้ในปี พ.ศ. 2546 ทั้งหมด

372,836 ครั้ง โดยมีเพียงร้อยละ 3 ที่ปรึกษาเพื่อขอให้ช่วยเหลือเรื่องการติดพนัน ผู้ที่โทรมาร้อยละ 60 เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพนัน อีกร้อยละ 40 เป็นญาติของผู้มีปัญหาการพนันและคนทั่วไปที่มีคำถามเกี่ยวกับการพนัน ปัญหาการดำเนินงานบริการ คือ งบประมาณในการดำเนินการ ไม่เพียงพอหรือไม่ต่อเนื่องในบางปี เพราะส่วนใหญ่เป็นเงินที่ได้จากระบบการกุศลโดยบริษัทที่ทำการเกี่ยวกับการพนันเป็นผู้บริจาค

การพูดคุยทางโทรศัพท์ที่มีข้อดีหลายประการ อย่างแรกคือ การได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาอย่างทันทีทันใด ผู้ที่โทรศัพท์ไปหาบริการ มักมีเรื่องร้อนรนเร่งด่วนในวันเกิดเหตุ และต้องการหาที่ปรึกษา ไม่ต้องรอคิว ไม่ต้องหาเอกสาร คนที่มีปัญหาการพนันมักเป็นคนที่ไม่ใจร้อน รอคอยอะไรไม่ค่อยได้ ก็จะรู้สึกชอบระบบบริการเช่นนี้ เพราะตรงกับลักษณะของเขา ประการต่อไปคือ การคุยทางโทรศัพท์ เป็นการลดความรู้สึกอับอายหรือเปิดเผยตัวตน มีหลายคนที่มีสถานะทางสังคมที่ดี หรือ มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก ซึ่งการเดินทางเพื่อเข้าไปในสถานที่ให้บริการเหล่านี้ อาจจะเป็นการขัดขวางการรักษา นอกจากนี้ คนที่ไม่มีเงินหรือมีความลำบากทางร่างกายในการเดินทางไปรับบริการ ก็สามารถลดภาระตรงนี้ลงได้

ประเทศนิวซีแลนด์เริ่มใช้ระบบสายด่วนโทรศัพท์ในปี พ.ศ. 2535 โดยยึดหลักการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจในการเลิกเล่นพนัน มีการบันทึกการสนทนา ข้อมูลของผู้โทรมาขอรับคำปรึกษาอย่างเป็นระบบมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์บันทึกข้อมูลผู้เล่นการพนัน พัฒนานุคลากรเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้รับสายโทรศัพท์จนมีความชำนาญในการให้คำปรึกษา สามารถพูดคุย นัดหมายให้ผู้เล่นการพนันมารับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ในกรณีจำเป็นได้ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2541 ระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นี้ ไม่ใช่เป็นเพียงแค่สายด่วนตอบปัญหา แต่เป็นระบบการรักษาผู้ที่มีปัญหาการพนัน ที่มีระบบส่งต่อแพทย์หรือนุคลากรผู้เชี่ยวชาญได้อย่างดี คือ มีการพูดคุยสร้างความสัมพันธ์เบื้องต้นจนเกิดความไว้วางใจ นัดหมายให้พบแพทย์เพื่อรักษา มีการติดตามให้ไปพบแพทย์ตามนัด และติดตามผลการรักษา เป็นระบบรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีอัตราผู้เล่นการพนันที่โทรศัพท์มาปรึกษา ตัดสินใจเข้ามาพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการรักษาย่างเหมาะสมถึงร้อยละ 60 ของผู้ที่โทรมาปรึกษาทั้งหมด ปัจจุบันระบบนี้ได้รับการยอมรับจากประเทศว่าเป็นระบบที่เข้มแข็งและสามารถทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบต่อไปให้ดียิ่งๆ ขึ้น และมีการดำเนินงานแบบธุรกิจแต่ให้บริการเสมือนภาครัฐบาลด้วยความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ชื่อ บริษัท LifeLine และมีสาขาอยู่ในต่างประเทศด้วย มีคณะกรรมการบริษัทที่มาจากภาคส่วนของรัฐบาลและเอกชนที่ไม่ทำธุรกิจเกี่ยวกับการพนันร่วมด้วย แผนปฏิบัติงาน 3 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนชื่อการให้บริการ จาก “Problem Gambling Helpline Service” เป็น “Gambling Helpline” เพื่อลดความรู้สึกไม่ดี

หรือ “ดีตรา” จากสังคมหรือผู้มาขอรับบริการว่า “เป็นปัญหา” และเน้นการให้บริการที่มีลูกค้าเป็นศูนย์กลางอย่างยิ่ง (ลูกค้าคือผู้ที่โทรเข้ามาขอรับบริการปรึกษา) เบอร์โทรศัพท์ 0800 654 655 และมีอีเมลล์สำหรับติดต่อ help@pgfnz.org.nz เมื่อผู้มีปัญหาการพนันต้องการติดต่อ มีการกระตุ้นให้ประชาชนนิวซีแลนด์เข้ากลุ่มสังคมที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการพนันและปัญหาที่เกี่ยวข้องในแต่ละชุมชนหรือเมืองต่างๆ โดยมีผู้นำกลุ่มมาทำงานร่วมกัน

ผลประกอบการ มีการเพิ่มยอดผู้ขอรับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในปี พ.ศ.2547 ซึ่งมีจำนวนผู้โทรเข้ามาขอรับบริการรายใหม่สูงสุดคือ มากกว่า 4,500 คน และมีการโทรซ้ำอีกนับพันครั้ง เป็นผู้เล่นการพนัน ร้อยละ 60 ญาติสนิทหรือยยะ 30 และอื่นๆเช่นการโทรติดตามการนัดหมายและผลการรักษาอีกร้อยละ 10 ในระยะเวลา 3 ปีนี้ (พ.ศ.2547-2549) ได้พัฒนาระบบใหม่สำหรับบริการลูกค้าที่มีความหลากหลายให้เหมาะสมกับความต้องการของลูกค้ามากขึ้น เช่น สำหรับลูกค้าที่มีชาติพันธุ์คนเผ่าเมารี ซึ่งเป็นชนชาติดั้งเดิมของประเทศนิวซีแลนด์ คนชาติแปซิฟิก คนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น คนที่ต้องการปรึกษาเรื่องการจัดการกับปัญหาหนี้สินโดยตรง กลุ่มเพศสภาวะ(เกย์ เลสเบียน ไบเซ็กชวล หรือทรานเซ็กชวล)ที่ต้องการปรึกษาหัวข้อเกี่ยวกับการพนัน เนื่องจากมีงานวิจัยกล่าวถึงว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มักใช้การเล่นพนันเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีอยู่ มีการจัดกระดานสนทนาให้พูดคุยกันในเว็บไซต์ มีการโทรศัพท์กลับไปหาลูกค้าเพื่อพูดคุยติดตามความก้าวหน้าในการรักษาหรือสร้างแรงจูงใจในการรักษาโดยขออนุญาตลูกค้าตามความต้องการของเขาว่าอยากให้โทรติดตามนานเท่าไร

2. ระบบบริการโดยโรงพยาบาลเอกชน³²

มีโรงพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ให้การรักษาโดยเฉพาะในด้านติดพนันและสารเสพติด เช่น Capri hospital ที่เมืองโอ๊คแลนด์ ให้การรักษาครบวงจรทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามหลักการทางจิตเวช ได้แก่

Motivational Interviewing, Stages and Change คือ การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกเล่นพนัน โดยสำรวจตนเองว่าอยู่ในระยะใดของการอยากเปลี่ยนแปลงตนเอง บางคนอาจอยู่ในระยะเริ่มต้นของการอยากเลิกเล่นพนันแต่ยังไม่มั่นใจและไม่คิดว่าตนสามารถจะเลิกได้

Cognitive Behavioral Therapies คือ การฝึกความคิดและปรับพฤติกรรม

12 Step Facilitation & Orientation คือ การฝึกให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวกับกลุ่มในชุมชนหรือสังคมที่
ละน้อย หลังการรักษา และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเพื่อมีกำลังใจ ไม่กลับไปเล่นพนันอีก

Mindfulness Training คือ การฝึกสติบำบัด รู้ตัว ควบคุมตนเองในขณะที่อารมณ์แต่ละอารมณ์
เกิดขึ้น

Dialectical Behavioral Therapy เป็นลักษณะการฝึกแบบ CBT แต่เพิ่มความรู้สึกหรือเข้าใจใน
ตนเองเกี่ยวกับปมปัญหาความขัดแย้งของตนเองและเพิ่มทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยเน้นการควบคุม
อารมณ์ การอดทนต่อความอยากที่เกิดขึ้นและการเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลรอบ
ข้าง

Relapse Prevention Training คือ การป้องกันการกลับไปเล่นพนันซ้ำ คล้ายกับการกลับไปดื่มสุรา
หรือสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะถูกฝึกให้มีการระลึกและระวังตัวเราที่ทำให้กลับไปเล่นพนันอีก

Strengths Based Therapy คือ การฝึกนำข้อดีหรือจุดแข็งของผู้ป่วยมาใช้ในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยเองอาจไม่รู้ว่าตนมีข้อดีอะไร

Group Therapy คือการเรียนรู้จากผู้ป่วยคนอื่นในกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่าคุณไม่โดดเดี่ยว ได้รับการ
ยอมรับและกำลังใจจากกลุ่ม

3. ABACUS³³

เป็นองค์กรเอกชน ตั้งขึ้นในปีค.ศ.2004 ตามกฎหมายการพนันปีค.ศ.2003 เพื่อเปิดให้บริการแก่
บุคคลหรือหน่วยงานทั้งของรัฐหรือเอกชนที่ต้องการขอคำปรึกษา การบรรยาย หรือฝึกอบรมพนักงานหรือ
เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทั่วไปหรือหน่วยงานที่อยู่ในธุรกิจการพนัน ให้มีความรู้ความสามารถด้านจิตวิทยา
ในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาพฤติกรรมเสพติด ได้แก่ การติดสุรา บุหรี่ สารเสพติด การพนัน โดย
ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เรื่องพฤติกรรมเสพติด เนื่องจาก ABACUS เป็นองค์กรเอกชนที่ทำสัญญา
กับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ (Ministry of Health) ในการดูแลรักษาพนักงานในหน่วยงานที่มี
ปัญหาการพนันและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ ความเข้าใจและดูแลตนเองให้
ปลอดภัยจากภาวะติดพนันด้วย

3.1 การฝึกอบรมพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ABACUS จะจัดการอบรมให้ความรู้หรือฝึกทักษะในลักษณะต่างๆหลายรูปแบบขึ้นกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ระยะเวลาที่หน่วยงานกำหนดให้ฝึกอบรม และระดับความสามารถของพนักงานแต่ละคน เพื่อช่วยต่อการทำความเข้าใจและนำไปใช้ได้จริง หัวข้อการฝึกอบรม ได้แก่

- การเล่นพนันอย่างต่อเนื่อง การเล่นพนันจนเกิดปัญหา จะเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง ใครคือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาดังกล่าว

- อาการเริ่มต้นของผู้ที่มีปัญหาจากการเล่นพนัน และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากคนที่ติดการพนัน

- การคัดกรองและการประเมินปัญหาจากการเล่นพนัน ทั้งจากตัวผู้เล่นและครอบครัว

- การให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนสำหรับผู้มีปัญหาการเล่นพนันรวมทั้งครอบครัว

- การส่งต่อไปบำบัดรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กรณีที่จำเป็น

3.2 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในธุรกิจการพนันเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการพนัน(ติดพนัน)

เป็นการสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ที่เล่นพนันถึงปัญหาการติดพนันของเขาและเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดตามมาทั้งต่อตัวเขาเองหรือครอบครัว หัวข้อการฝึกอบรมประกอบไปด้วย

3.2.1 การแสดงความรับผิดชอบต่อการดำเนินธุรกิจหรือบริการการพนันภายใต้กฎหมายการพนันปีค.ศ.2003 และ 2004 ในฐานะเป็นผู้ที่ให้บริการการเล่นพนัน

3.2.2 การฝึกอบรมเพื่อให้พนักงานมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการพนัน มีหัวข้อ ดังนี้

- ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอย่างเหมาะสมเพื่อแจ้งหรือเตือนลูกค้าที่เริ่มมีปัญหการเล่นพนัน

- สามารถให้ข้อมูลลูกค้าเกี่ยวกับลักษณะ อาการ ความเสี่ยงและผลที่จะตามมาของผู้ที่มีปัญหาการพนันหรือติดพนัน และ แนะนำไปสู่กระบวนการให้ความช่วยเหลือได้

- สามารถเตือนหรือหยุดลูกค้าที่มาเล่นพนันจนเป็นปัญหาหรือผู้ที่ทำสัญญาการหยุดเล่นด้วยความสมัครใจไว้กับสถานบริการ(self exclusion)
- ประเมินผู้รับการฝึกอบรมว่ามีประสิทธิภาพเพียงไร และ นำสิ่งที่ได้รับการฝึกอบรมไปใช้แนะนำลูกค้าในขณะที่ให้บริการกิจการการพนันหรือไม่
- มีกลยุทธ์ที่ดีเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริเวณแหล่งพนันให้มีความปลอดภัย
- มีวิธีการดูแลจัดการลูกค้าที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ที่เข้ามาเล่นพนัน
- มีวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับลูกค้าที่มีหนี้สินกับสถานบริการ ไม่ให้เกิดความขัดแย้งระหว่างลูกค้าและครอบครัวของลูกค้าเรื่องการจัดการชำระหนี้สินที่เกิดจากการเล่นพนัน
- มอบใบประกาศนียบัตรแก่ผู้อบรมที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรฐานการฝึกอบรม
- ต้องให้คำแนะนำลูกค้าและแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตนอย่างดีที่สุดในการให้บริการ

3.2.3 โปรแกรมการฝึกอบรมต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานบริการ เพื่อให้ตรงกับปัญหาของแต่ละสถานที่ และต้องได้มาตรฐาน

3.2.4 มีการศึกษาวิจัยกระบวนการฝึกอบรมที่สั้นและมีประสิทธิภาพเพื่อประเมินว่า การฝึกอบรมนี้เป็นไปตามความต้องการ ลดความเสี่ยงได้จริง ดำเนินการได้จริง ทำได้ตามผลลัพธ์ที่ต้องการ และผู้ให้บริการสถานพนันนั้นมีความรับผิดชอบจริง

3.2.5 มีการติดตามและให้คำปรึกษาแก่สถานบริการอย่างต่อเนื่อง

ประเทศสิงคโปร์

1. National Council on Problem Gambling (NCPG)แห่งประเทศสิงคโปร์ รัฐบาลสิงคโปร์จัดตั้งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบต่อการพนันนี้ เมื่อ 31 สิงหาคม ค.ศ. 2005 หลังจากที่รัฐบาลตัดสินใจให้มีการจัดธุรกิจการพนันอย่างถูกกฎหมาย NCPG เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ ต่อสู้กับปัญหาการพนันในประเทศสิงคโปร์ มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องพิษภัยการพนันให้แก่ประชาชน ให้ความรู้ ความเข้าใจ การ

ป้องกันเด็กและวัยรุ่นเล่นการพนัน รวมไปถึงการบริการให้คำปรึกษาด้านและแนะนำข้อมูลสำหรับการรักษา คณะกรรมการบริหารประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวช จิตวิทยา สังคมศาสตร์ กฎหมาย งานฟื้นฟูสุขภาพและศาสนา จำนวน 15 คน มีวาระการทำงานทุก 2 ปี บทบาทหน้าที่หลักคือ³⁴

1.1 ให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการพนันของประชาชน แก่กระทรวงพัฒนาสังคมและครอบครัว (Ministry of Social and Family Development)

1.2 ช่วยจัดการหรือบังคับการหยุดเล่นพนันชั่วคราวในคนที่เริ่มมีปัญหา ตามหลักกฎหมายควบคุมการพนันของประเทศสิงคโปร์

1.3 ให้การสนับสนุน และ จัดโปรแกรมการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการพนันอย่างครบวงจร ได้แก่

1.3.1 ให้ความรู้เรื่องการพนันแก่สาธารณชน และมีบริการเชิงรุกเข้าถึงชุมชนในผู้ที่มีปัญหาการพนัน

1.3.2 สื่อสาร ประสานงาน หรือให้คำปรึกษาแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพนันในเรื่องปัญหาการพนัน

1.3.3 รับผิดชอบต่อการดูแลผู้มีปัญหาการพนันโดยเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมาย

1.3.4 ศึกษาวิจัยงานเกี่ยวกับการพนัน

1.3.5 ให้บริการด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้มีปัญหาการพนันและครอบครัว

ด้านการให้บริการ ได้จัด National Problem Gambling Helpline โทรศัพท์ 1800-6-668-668 เป็นบริการให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมงและทุกวันไม่มีวันหยุด โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาที่มีความชำนาญจากหน่วยงานที่ดูแลเรื่องยาเสพติดของรัฐบาล (National Addictions Management Service - NAMS). โดยการให้บริการนี้ครอบคลุมทุกเรื่องตั้งแต่ การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือเรื่องเกี่ยวกับครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวโทรมาปรึกษาเกี่ยวกับผู้ติดพนัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดพนัน และการส่งต่อการรักษาขึ้นจำเป็น การขอหยุดเว้นตนเองในการเข้าไปเล่นพนันในสถานบริการ (casino exclusions and visit limits)

นอกจากนี้ยังมีระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ (online Webchat) ซึ่งไม่ต้องเปิดเผยตัวตน และให้บริการเช่นเดียวกับการใช้โทรศัพท์ โดยหน่วยงานทั้งสอง(NCPG และ NAMS)ร่วมกันให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ในการส่งต่อผู้ที่โทรเข้ามาขอคำปรึกษาหรือผู้ที่มีปัญหาการพนัน เพื่อเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและครบวงจรมากขึ้นนั้น ทางหน่วยงาน NCPG และ NAMS จะมีรายชื่อสถานที่ให้บริการต่างๆทั้งที่เป็นสถานที่ของรัฐบาลและเอกชน โดยไม่ได้มีส่วนได้เสียอย่างไรต่อการส่งผู้ขอคำปรึกษาไปรักษาต่อ แต่เพื่อความสะดวกและสมัครใจของผู้ขอคำปรึกษาหรือผู้ที่มีปัญหาการพนันที่ควรจะได้รับ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสมต่อไป

ในปีค.ศ. 2006 ได้จัดการบริการสร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยของการพนันและให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาการพนันโดยรับบริการทางโทรศัพท์ชื่อ Care Corner Counseling Centre และ Thye Hua Kwan Moral Society เพื่อทดลองให้บริการประชาชนในระดับชุมชน พบว่าในปีถัดมา ประชาชนชาวสิงคโปร์ร้อยละ 8 และร้อยละ 9 ยอมรับและรู้สึกได้ว่าหน่วยงาน Thye Hua Kwan Moral Society และหน่วยงาน Care Corner Counseling Centre ได้ช่วยบรรเทาปัญหาผู้ติดพนันและครอบครัวของเขาได้³⁵

อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นมักไม่ยอมรับการรักษา เพราะไม่อยากให้ถูกจับตา เป็นข่าว รู้สึกอาย ไม่เชื่อว่าตนเป็นปัญหา หรือถ้าเริ่มมีปัญหาก็ไม่คิดว่าจะมีใครมาช่วยตนได้ วัยรุ่นจะพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยคิดว่าเมื่อเวลาผ่านไปสักระยะจะต้องดีขึ้นหรือกลับเป็นปกติ ตนจะควบคุมการเล่นพนันของตนได้เอง ดังนั้นการจัดให้มีระบบออนไลน์เพื่อเพิ่มความสะดวกและความคุ้นเคยแก่วัยรุ่นในการเข้าถึงบริการจึงเป็นเรื่องน่าท้าทายสำหรับบุคลากรที่ทำงานดูแลรักษาหรือฟื้นฟูวัยรุ่นติดพนัน

2. องค์การอาสาสมัคร One Hope Centre

ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2004 โดยการสนับสนุนของNational Council of Social Service (NCSS) และ Association of Halfway Houses Singapore (ACHwH) ให้การช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาติดการพนัน หรือต้องการคำปรึกษาปัญหาต่างๆที่เกี่ยวกับการพนัน มีการบริการที่เป็นองค์รวม (holistic approach) ทั้งการให้คำปรึกษา การรับสมัครอาสาสมัครเพื่อมาช่วยดูแลหรือให้กำลังใจ ที่เว็บไซต์ <http://onehopecentre.org>

3. องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร The Silver Lining Community Services Ltd (TSL)

เป็นองค์กรที่เกิดจากการสนับสนุนของ Living Spring Fellowship ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ทำงานในโบสถ์ มีการจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อสร้างเสริมกำลังใจผู้ติดพนันหรือมีปัญหาการพนัน หรือครอบครัว การฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้มีปัญหาและครอบครัว การสร้างเสริมความมั่นใจ การให้คำแนะนำเรื่องการจัดการกับการเงิน หรือภาวะหนี้สิน หรือ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการพนัน เป็นการให้บริการฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมีเว็บไซต์ที่ติดต่อได้ <http://silver-lining-community.weebly.com/>

4. องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร Blessed grace social services

เป็นองค์กรเอกชนที่สร้างขึ้นในปีค.ศ. 2012 และจดทะเบียนอย่างเป็นทางการในรูปแบบขององค์กร เอกชนที่ไม่หวังผลกำไรในเดือนมีนาคม ค.ศ.2014 เพื่อช่วยเหลือประชาชนชาวสิงคโปร์ในปัญหาทางสังคม 2 เรื่อง คือ การติดพนัน เกม และ การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถมีความ ภาควิใจในการอยู่ในสังคมได้เหมือนเดิม ในที่นี้จะกล่าวถึง การบริการด้านการช่วยเหลือผู้ติดพนัน ซึ่งมี กลุ่มงานเฉพาะด้านการพนันที่เรียกว่า Gambler Recovery Center (GRC) ดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากการ พนันโดยเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานและอาสาสมัครที่เป็นผู้ที่เคยประสบปัญหาการพนันและสามารถหลุดพ้น จากปัญหาดังกล่าวแล้ว วัตถุประสงค์ของการให้บริการคือ เพื่อช่วยให้ ผู้ติดพนันสามารถเลิกพนันได้ มี ความภาควิใจสามารถมีการดำเนินชีวิตได้ดีเหมือนเดิม ช่วยให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวกลับมามีดังเดิม และมีขั้นตอนการให้บริการ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ได้รับผลกระทบการพนัน จะโทรศัพท์เข้ามานัดหมายได้ที่เบอร์ 84286377 เพื่อเข้ามา ประชุมกับเจ้าหน้าที่และสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้มีปัญหาการพนัน ผู้ได้รับ ผลกระทบการพนัน ควรเข้าชมเว็บไซต์ของ Gambler Recovery Center (GRC) เพื่อทำความเข้าใจกับ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ได้รับผลกระทบการพนัน มาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครที่เคยเป็นผู้ติดพนัน และหลุดพ้นจากปัญหาดังกล่าวได้แล้ว อย่างเป็นส่วนตัว โดยเปิดเผยข้อมูลอย่างละเอียดต่อกันเพื่อ ประโยชน์ในการรักษา

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ได้รับผลกระทบการพนัน ต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง โดยปฏิบัติตามโปรแกรมการเลิกเล่นพนัน (12 - step recovery program) ในกลุ่มบำบัดประกอบด้วย ผู้ให้คำปรึกษา และ ผู้ได้รับผลกระทบการพนันที่ต้องการการบำบัดรักษา

เนื้อหาของการทำกลุ่มบำบัด ประกอบไปด้วย การให้กำลังใจระหว่างกันในกลุ่มบำบัด การให้คำปรึกษาเรื่องการเงิน หนี้สินจากการพนัน เรื่องชีวิตคู่สมรสหรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกิดจากการพนัน และการช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบการพนันมีการพัฒนาทางจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นเพื่อเลิกการเล่นพนันและเกิดความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง

สามารถเข้าชมรายละเอียดได้ที่ เว็บไซต์ <http://www.bgss.org.sg/>

ในประเทศสิงคโปร์ ได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้มีปัญหาจากการพนันหรือผู้ติดพนัน (Clinical Practice Guidelines) เพื่อให้ผู้บำบัดรักษาหรือแพทย์มีแนวทางการรักษาที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดโดยอาศัยการทบทวนองค์ความรู้ งานวิจัยและประสบการณ์การรักษาจากนานาชาติและในประเทศ ทั้งนี้ได้เป็นกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับสำหรับแพทย์หรือผู้บำบัดว่าต้องปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด หากแต่เป็นการแนะนำแนวทางการดูแลช่วยเหลือที่ดีที่สุด ณ ขณะปัจจุบันและต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาติดพนันนั้น ประกอบไปด้วย การพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรักษา และการใช้กระบวนการรักษาหลายรูปแบบผสมผสานกัน(multi-modal treatment) ดังนี้³⁶

1. ตั้งเป้าหมายและจุดประสงค์ในการดูแลรักษา
2. ชนิดของการรักษา
3. ระยะเวลาในการรักษา
4. ขั้นตอนในการรักษาและความต่อเนื่อง
5. การกำกับติดตามผลการรักษา
6. การเชื่อมโยงความช่วยเหลืออื่นจากชุมชน

ทั้งนี้เป้าหมายสูงสุดของการรักษา คือ การหยุดหรือเลิกเล่นพนันโดยสิ้นเชิง โดยมีการจำกัดหรือลดการเล่นพนันเป็นเป้าหมายในระหว่างทำการรักษา สถานที่ที่ใช้สำหรับทำการรักษามีอยู่ 2 แห่ง คือ ดึกผู้ป่วยนอก หรือ ดึกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ที่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นมักจะมีปัญหารุนแรงมาจากการเล่นพนันหรือมีภาวะเร่งด่วนทางจิตเวช เช่น การฆ่าตัวตายจากปัญหาหนี้สินการพนัน กระบวนการรักษาหลายรูปแบบได้แก่

1. การใช้ยา ยังไม่มีการยืนยันจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาเรื่องการใช้ยาเป็นหลักในการรักษาผู้มีปัญหาจากการพนันที่ได้ผลแน่นอน ผู้รักษาพึงระลึกเสมอว่า ยาเพื่อช่วยระงับหรือบรรเทาปัญหาหรืออาการที่เป็นผลเกี่ยวข้องกับการพนันหรือเป็นภาวะ โรคทางจิตเวชร่วมที่เกิดขึ้น เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์แปรปรวน เช่น ยาในกลุ่ม SSRI(selective serotonin reuptake inhibitor), Opioid Antagonist และ Mood stabilizer ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้น ศึกษาว่า ได้ผลดีกับผู้มีปัญหาการพนัน

2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) เป็นการปรับพฤติกรรมการเล่นพนันให้ลดลงหรือหยุดเล่นโดยอาศัยหลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขและการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขโดยการกระทำ (classical and operant conditioning of learning theory) ซึ่งมีหลักการคือ การเล่นพนันทำให้เกิดผลเสียหา ผู้เล่นไม่ยอมทำให้มีความเสียหาย ก็จะลดการเล่นพนันลง นอกจากนี้ หากการเลิกเล่นพนันทำให้เกิดผลดีขึ้นแก่ตนเอง ผู้เล่นก็จะไม่กลับไปเล่นอีก อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้เพียงอย่างเดียว ไม่พบว่าได้ผลการรักษาที่ดี

3. การปรับความคิด (Cognitive therapy) เป็นการรักษาที่มุ่งไปสู่ความคิดใหม่เนื่องจากความคิดเก่าเป็นความคิดที่ผิด ได้แก่ การคิดว่าตนมีพรสวรรค์ในการเล่น สามารถควบคุมผลการเล่นได้ คิดว่าการเล่นครั้งนี้ตนต้องชนะแน่ คนคิดพนันแล้วก็ต้องเล่นการพนันบ่อยๆ เป็นต้น การฝึกปรับให้คิดใหม่นี้ จะทำให้ผู้เล่นพนันอยากเล่นน้อยลง เพราะความคิดใหม่ที่ดีกว่าเดิม

4. การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy) เป็นการรวมระหว่างการปรับพฤติกรรมและปรับความคิด โดยดึงอารมณ์มาเกี่ยวข้องเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยปรับความคิดแล้ว ให้สังเกตเพิ่มว่าสถานการณ์เช่นใดทำให้ตนอยากเล่นพนัน หรือมีสิ่งใดมากระตุ้นหรือเร้าความอยากเล่นพนันหรือ แม้หยุดเล่นได้แล้ว มีสิ่งใดหรือเหตุการณ์ใดมาทำให้วนกลับไปเล่นอีก เทคนิคการรักษาด้วยวิธีนี้ประกอบไปด้วย 1)การให้ความรู้เกี่ยวกับการพนัน 2)การปรับความคิดที่ผิด

เกี่ยวกับการเล่นพนัน 3) การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา 4) การฝึกทักษะการเข้าสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม 5) การฝึกทักษะการไม่กลับไปเล่นอีก ปัจจุบัน พบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้มีปัญหการพนันในประเทศสิงคโปร์ จากการศึกษาของ Song Guo และคณะ พบว่า ผู้ติดการพนันที่รักษาด้วยวิธีนี้ มีการงดเว้นการเล่นพนันอย่างสิ้นเชิงเป็นเวลา 3 เดือนร้อยละ 38.6 และยิ่งไปกว่านั้นที่เวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ผู้ติดพนันสามารถงดการเล่นได้ถึงร้อยละ 46 และ 44.4 ตามลำดับ³⁷ นอกจากนี้ การบำบัดด้วยวิธีนี้สามารถทำเป็นกลุ่มบำบัด คือรักษาผู้ติดพนันได้ครั้งละหลายคนพร้อมๆกันได้อีกด้วย

5. การบำบัดช่วงสั้นๆ (Brief interventions) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ติดพนันที่ยังลังเล ไม่พร้อมเข้ากระบวนการรักษาที่ค่อนข้างจะต่อเนื่องยาวนาน โดยการโทรศัพท์ปรึกษาเป็นครั้งคราว หรืออ่านหนังสือคู่มือการดูแลปัญหาจากการเล่นพนันด้วยตนเอง บางครั้งเรียกว่า การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกเล่นพนัน (motivation enhancement therapy) ซึ่งในบางรายอาจนำไปสู่ความต้องการรับการรักษาเพื่อเลิกเล่นพนันได้ในที่สุด

6. การฝึกสติบำบัด (Mindfulness therapy) ใช้สำหรับฝึกให้ลดความอยาก หรือการตอบสนองความคิดอยากเล่น โดยเฉพาะความคิดที่ผิดๆเกี่ยวกับการพนัน ฝึกรู้ตัวว่ามีความอยากมาปรากฏ รู้ทันอารมณ์ที่อยากเล่น และพยายามควบคุมไม่ให้ทำตามใจที่อยาก มักใช้เป็นวิธีเสริมกับการบำบัดอื่นๆด้วย

7. การเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Gamblers Anonymous) เป็นการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมร่วมกันให้กำลังใจ สนับสนุนกันในคนที่อ่อนด้อยกว่า บางเรื่องเราอาจดีกว่าเขา และในบางเรื่องเพื่อนก็อาจดีกว่าเรา การเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มและให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกว่าคุณไม่โดดเดี่ยว ปัญหาที่ประสบอยู่ไม่มากไปกว่าคนอื่น หรือ ยังรู้สึกว่าคุณอื่นที่มีปัญหาหนักกว่า เขายังผ่านได้ วิธีนี้ก็ใช้สำหรับเสริมกับการบำบัดอื่นๆเช่นกัน

8. การวางแผนจัดการการเงิน (Financial counseling) ผู้ติดพนันมักมีปัญหาการเงิน หนี้สิน ควรมีการให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนการบริหารเงินให้พอเหลือใช้ และการชดเชยหนี้สินจากการเล่นพนัน ในระยะยาว มีการควบคุมตนเองไม่เข้าไปเล่นในบ่อนการพนัน และควบคุมจำนวนเงินที่เล่นในแต่ละครั้ง

9. การรักษาโรคร่วม ผู้ติดพนันส่วนใหญ่มักร่วมโรคทางจิตเวชด้วย เช่น การใช้สารเสพติด การติดสุรา โรคซึมเศร้า หรือ อารมณ์แปรปรวน จึงควรให้การบำบัดรักษาโรคเหล่านี้ร่วมไปด้วยพร้อมกัน

10. ครอบครัวบำบัด (family therapy) ผู้ติดพนันส่วนใหญ่มักร่วมปัญหากระทบกระทั่งกับคนในครอบครัวและชุมชนไม่มากนัก การทำร้ายร่างกาย ความรุนแรง หรือการหย่าร้าง ครอบครัวบำบัดคือการรักษาเป็นระบบครอบครัว เนื่องจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน อยู่ร่วมกัน และกระทบกระทั่งกันได้ตลอดเวลา การนำสมาชิกในครอบครัวผู้ติดพนันมาเข้ารับการบำบัดครอบครัวบำบัด

ได้ผลว่าช่วยให้สมาชิกมีความผ่อนคลายและผลการรักษาการเล่นพนันของผู้ป่วยก็ดีขึ้นด้วย มีการศึกษาเรื่องการเลี้ยงดูของพ่อแม่ส่งผลต่อความรุนแรงของการติดพนันของลูก พ่อที่ติดพนันสามารถเป็นตัวอย่างไม่ดีที่ทำให้ลูกติดพนันอย่างรุนแรงได้⁴ การรักษาสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาการเล่นพนันจึงควรกระทำไปพร้อมกัน

บทที่ 4 บทเรียน และข้อจำกัด ของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

ประเทศสหรัฐอเมริกา

การศึกษาของ Nancy M. Petry และคณะในปีค.ศ.2012²⁰ เน้นข้อจำกัดเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องการพนันที่ผ่านมาของประเทศไทยเพื่อทำความเข้าใจผู้มีปัญหาจากการพนันหรือการวางแผนช่วยเหลือพบว่ายังมีความจำกัดอยู่ที่จำนวนผู้ป่วยติดพนันที่เข้ารับการรักษามีจำนวนน้อย ขาดการทำวิจัยที่มีคุณภาพเพื่อนำมาอ้างอิงได้ตามกฎเกณฑ์ทางสถิติ ขาดแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดพนัน ขาดเงินทุนในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพนัน ไม่มีการติดตามผลผู้เข้ารับการรักษาคิดพนันที่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่องว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งไม่มีการวิจัยที่เป็นเชิงป้องกันการติดพนันหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่จะลดการพนันได้อย่างชัดเจน ทำให้ไม่ทราบทิศทางการให้ความช่วยเหลือหรือจัดระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามเมื่อการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยและการจัดกลุ่มโรคติดการพนัน เปลี่ยนไปอยู่ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดหรือสุรา/บุหรี่ ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM 5) พบว่า อาจเป็นหนทางใหม่ที่สดใสสำหรับผู้วิจัยเรื่องการพนันเพราะเป็นการขยายฐานของการศึกษาวิจัยเข้าไปในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีการศึกษาวิจัยอย่างมากมายหลายรูปแบบ พร้อมทั้งมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนงานวิจัยที่มากขึ้น Nancy M. Petry และคณะได้ให้คำแนะนำสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดพนัน ไว้ 10 ข้อดังนี้

1. การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคติดการพนันให้กับผู้วิจัย ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยหรือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดการพนันควบคู่ไปกับโรคติดสารเสพติดซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและมีการวิจัยที่มากกว่า ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือและป้องกันปัญหา
2. ควรติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของพฤติกรรมการณ์และกฎหมายเกี่ยวกับการพนัน งานวิจัยบางชิ้นใช้เวลาในการติดตามผลเป็นเวลานานและกว่าจะได้นำผลการวิจัยมาเผยแพร่ข้อมูลนั้นอาจจะล้าสมัยไปจากยุคปัจจุบันที่จะควบคุมปัญหาการพนัน ได้ทันทั่วทั้ง
3. ควรทำวิจัยมากขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการติดพนันและกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำมาวางแผนเชิงนโยบายในการจัดกิจกรรมรณรงค์ ป้องกันปัญหาการเล่นพนัน อาจทำควบคู่ไปกับการวิจัยในผู้ติดสารเสพติด แต่หากมีประเด็นที่เฉพาะสำหรับการพนันจริงๆ ก็ควรทำหัวข้อวิจัยที่แยกออกมาให้ชัดเจนเพื่อนำมาสู่การ

รณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เยาวชนหรือประชาชนมีพฤติกรรมติดพนันได้อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

4. พัฒนาแบบคัดกรองผู้มีปัญหาการพนันที่มีประสิทธิภาพและใช้ได้สะดวก ทำให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เพื่อนำมาสู่กระบวนการป้องกันและรักษาภาวะเริ่มต้นของปัญหาการพนันก่อนที่จะปล่อยให้เป็นปัญหาใหญ่

5. ศึกษาและพัฒนาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีใครบอกได้แน่ชัดว่าการรักษาใดดีที่สุดแม้แต่การใช้ยา จึงควรวิจัยเรื่องการรักษาด้วย CBT (Cognitive Behavioral Therapy) กับการใช้ยา ไปควบคู่กันโดยใช้จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น มีระบบวิจัยที่ชัดเจนขึ้น ควรฝึกอบรมให้ผู้บำบัดมีความชำนาญได้ตามมาตรฐานการรักษาและให้免费咨询แก่ทุกสถานบริการ การพัฒนาคู่มือการให้คำปรึกษาหรือบำบัดที่ใช้ได้สะดวก และสามารถนำมาศึกษาด้วยตนเองได้เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บำบัด รวมไปถึงการวิจัยว่าคู่มือการศึกษาด้วยตนเองในกระบวนการให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพดีพอหรือไม่ เพื่อนำมาใช้เผยแพร่ในระบบการให้คำปรึกษาได้ เป็นการเพิ่มจำนวนการให้บริการได้มากขึ้น

6. ขยายความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้มีปัญหาการติดพนัน ปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกาและหลายๆประเทศ ไม่มีการรับประกันสุขภาพในเรื่องการพนันจากบริษัทประกันสุขภาพเลย และควรให้คลินิกที่เปิดบริการรักษาผู้ติดสารเสพติดได้ทำการคัดกรองพฤติกรรมติดพนันในกลุ่มเหล่านี้ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการติดพนันด้วย

7. ควรเพิ่มงบประมาณการวิจัยเรื่องการพนัน ประเทศสหรัฐในปีค.ศ. 2000 มีการจัดสรรเงินงบประมาณการวิจัยเรื่องการพนันลดลง ในขณะที่เรื่องสารเสพติดได้รับงบประมาณเป็นจำนวนมาก การจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยไม่ควรเป็นหน้าที่ของบริษัทธุรกิจการพนันเพียงผู้เดียว (เหมือนกับบริษัทผลิตสุราหรือบุหรี่) แต่ควรดำเนินการส่งเสริมการวิจัยโดยภาครัฐเพื่อเพิ่มเติมองค์ความรู้และการรักษาที่เหมาะสม อีกทั้งผลงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทธุรกิจมักได้รับความเชื่อถือจากสาธารณชนน้อยกว่าจากภาครัฐบาลและไม่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนนโยบายของชาติได้ อีกทั้งการวิจัยควรเน้นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสังคมเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาประเทศและเน้นการรักษาที่ได้ประโยชน์จริงๆ เพื่อให้คุ้มค่ากับเงินวิจัยที่รัฐบาลให้การสนับสนุน

8. ควรเพิ่มการจัดประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติในเรื่องการพนัน เพื่อให้นักวิชาการ ผู้บำบัดทุกๆสาขาวิชาชีพ ได้มาประชุมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกัน ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันที่หลากหลาย และเป็นการกระตุ้นให้มีงานวิจัยในสาขานี้มากขึ้น

9. เพิ่มจำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีผู้นิยมอ่านให้มากขึ้น ที่ผ่านมาผลการวิจัยเรื่องการพนันมักไม่ค่อยได้รับการตีพิมพ์เนื่องจากหาผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ได้ยาก และยังไม่มีการแสวงหา

นิยมในการให้ความสำคัญของปัญหาเมื่อเทียบกับผู้มีปัญหาจากสารเสพติด และควรเพิ่มการวิจัยในการบำบัดรักษาด้วยสหสาขามากขึ้น ไม่หวังเพียงทางการแพทย์หรือการใช้ยาเท่านั้น

10. เป้าระวังในกลุ่มเด็กหรือเยาวชนมากขึ้น อย่างที่ทราบกันว่าเหมือนบุหรี่ยี่ห้อสุราที่มีการเริ่มใช้ในช่วงเข้าวัยรุ่น การพนันก็เช่นกัน ควรมีการสร้างตระหนักรู้ในครอบครัวและโรงเรียนเพื่อเน้นการป้องกัน พ่อแม่ผู้ใหญ่ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการไม่เป็นตัวอย่าง ครูให้ความสำคัญในการสอดส่องดูแลนักเรียนหรือนักศึกษา แต่ปัญหาในสังคมปัจจุบัน คือ สื่อเทคโนโลยีที่เผยแพร่กิจกรรมการพนันว่าเป็นกิจกรรมปกติในชีวิตประจำวันคล้ายพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราว่าเป็นกิจกรรมสังสรรค์ จึงอาจเป็นเรื่องของค่านิยมสังคมที่ต้องปลูกฝังกันใหม่

ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์และสิงคโปร์ จัดเป็นประเทศพัฒนาแล้วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และการศึกษา จึงมีข้อมูลการศึกษาวิจัยและการวางระบบช่วยเหลือผู้ป่วยติดพนันหรือประชาชนที่เริ่มมีปัญหากจากการพนันหรือครอบครัวเกือบครบวงจร และกระจายการให้บริการประชาชนไปทั่วทั้งประเทศ มีการบริการทั้งจากส่วนของรัฐบาลและองค์กรเอกชนที่เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์การพนัน หรือองค์กรการกุศล มีผู้เชี่ยวชาญที่ให้การบริการหรือให้คำปรึกษาที่หลากหลายและเป็นการทำงานสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศใหญ่และมีศักยภาพสูง มีงานเอกสารวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากกว่าประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตาม จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น แม้แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาก็ยังพบว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการวิจัยเพื่อให้ได้อรรถาธิบายที่ชัดเจนเพื่อนำมาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน

ประเทศออสเตรเลีย

ส่วนประเทศออสเตรเลีย มีความจำกัดในเชิงการบริหารจัดการการพนันให้เหมาะสมอยู่ในความสมดุลระหว่างประโยชน์และโทษของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพหรือสังคมของประชาชนในประเทศ ทั้งยังต้องมีการเสนอกฎหมายเพื่อควบคุมการให้บริการการพนันให้เป็นไปตามกลไกที่วางไว้ และจัดให้มีแผนการดูแลผู้เล่นพนันที่มีปัญหาอย่างครอบคลุมที่สุด ตามความเหมาะสมของแต่ละรัฐหรือแคว้นการปกครอง และไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบการให้บริการที่เหมือนกัน การศึกษาของ Rockloff MJ และคณะพบว่าปัจจัยที่ขัดขวางการมารับบริการของผู้มีปัญหากจากการพนัน คือ ความสะดวกทั่วถึงของการให้บริการ ความรู้สึกเป็นตราบาป ราคาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษา ความไม่แน่นอน และ การหลบหนีหรือหลีกเลี่ยงต่อปัญหาในตัวบุคคลที่มีปัญหาเอง โดยปัจจัยที่เป็นตัวขัดขวางการมารับการรักษามากที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา รองมาคือ ความสะดวกทั่วถึงของแหล่งบริการและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้หาก

เป็นคนที่เริ่มมีอายุน่าขึ้นจะมีมุมมองเชิงลบต่อการรักษามากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า ในทางตรงกันข้าม คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมองว่าการได้รับการรักษาเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ ดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำกว่า

38

ประเทศนิวซีแลนด์

กล่าวถึงข้อจำกัดด้านการดำเนินนโยบายเชิงสาธารณสุข เรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ปลอดภัยจากการเล่นพนัน การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเร่งด่วนในรายที่เพิ่งเริ่มมีปัญหา ซึ่งเมื่อรัฐบาลมีการเปลี่ยนสมัยก็อาจมีการเปลี่ยนนโยบายไปตามผู้บริหารที่ขึ้นมาใหม่ทำให้การดำเนินงานเชิงรุกไม่ต่อเนื่อง¹⁰

โดยสรุป ยังพบว่า ข้อจำกัดของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันในแต่ละประเทศยังมีส่วนที่คล้ายคลึงกันคือ ทักษะ ค่านิยมหรือ สื่อ ภาพยนตร์ ที่มีส่วนทำให้ประชาชนในสังคม มองว่าการเล่นการพนันถือเป็นกิจกรรมทั่วไป คล้ายกับการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพื่อการสังสรรค์ และไม่น่าจะเป็นสิ่งผิดปกติหากสามารถควบคุมการเล่นของตนไม่ให้ก่อปัญหากระทบต่อตนเองหรือผู้อื่น และไม่จำเป็นต้องมาหาแพทย์เพื่อมารับการรักษา หากต้องการจะหยุดเล่นก็น่าจะสามารถหยุดได้เอง ซึ่งในกลุ่มที่เล่นพนันจนเป็นปัญหา(pathological/problem gamblers)ซึ่งเป็นส่วนน้อย มักจะไม่ยอมรับว่าตนเป็นปัญหา ทำให้ครอบครัวลำบากเดือดร้อนและต้องหาทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแทนคนที่คิดพนัน ผลการรักษาที่ยังไม่สรุปแน่ชัดในทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวปฏิบัติว่าวิธีใดดีที่สุด แต่ได้ข้อแนะนำจากงานวิจัยต่างๆว่าต้องใช้หลายวิธีควบคู่กัน ตามความเหมาะสมของความรุนแรง ปัจจัยด้านโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วม และปัจจัยด้านครอบครัว

บทสรุป ระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ

ประเทศที่พัฒนาแล้ว จะให้ความสำคัญกับการป้องกันและเฝ้าระวังในปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยเฉพาะที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยรวมของประเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหลายๆด้านต่อไปได้ อนึ่งประชาชนถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ หากประชาชนมีคุณภาพ ย่อมก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆสำหรับประเทศนั้นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เสียเวลาหรืองบประมาณไปกับการแก้ไขปัญหาซึ่งบางครั้งก็อาจจะแก้ไขไม่ได้และเกิดเป็นความสูญเสียทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจ หรือสังคม

ระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

1. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้ความช่วยเหลือในระดับป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือหากเริ่มมีปัญหาก็กให้การช่วยเหลือแก้ไขอย่างเร่งด่วน ระบบนี้ เน้นการป้องกันไม่ให้ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดปัญหาการติดพนัน ด้วยการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยจัดกิจกรรมตามระดับความความเสี่ยงของประชาชนต่อการเกิดปัญหา ดังนี้

1.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึงการวางแผนกิจกรรมที่ช่วยป้องกันประชาชนทั่วไปรวมทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยง ไม่ให้เกิดปัญหาจากการเล่นพนัน กิจกรรมในประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงอาจใกล้เคียงกันและใช้พัฒนาร่วมกันได้ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้และสร้างทัศนคติต่อเด็กและเยาวชนเรื่องการพนัน กระตุ้นให้ผู้ใหญ่เป็นแบบอย่างที่ดีต่อเด็ก เน้นสถาบันครอบครัวในการสร้างครอบครัวอบอุ่น ส่งเสริมความเข้มแข็งในจิตใจของเด็ก เฝ้าระวังครอบครัว เด็กหรือเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเรื่องการพนัน

1.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึง การวางแผนจัดกิจกรรมที่เน้นประชาชนกลุ่มที่เริ่มมีปัญหามาจากการเล่นพนันในระยะแรกๆ เพื่อรีบให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาลงไปหรือไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง เช่น การคัดกรองผู้ที่เล่นการพนันด้วยแบบทดสอบพฤติกรรมการติดพนันเพื่อดูว่าเข้าข่ายติดพนันหรือยังและให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นเพื่อบรรเทาปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต การจัดบริการโทรศัพท์สายด่วนผู้ติดพนันเพื่อช่วยให้ผู้เริ่มมีปัญหามีความกล้าใจในการเข้ารับการรักษาได้โทรศัพท์พูดคุยเพื่อคลายกังวลและหาทางแก้ไขที่เหมาะสม

1.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึงการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการพนัน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องเช่นครอบครัวหรือชุมชนด้วยระบบการบำบัดรักษาที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆอย่างเหมาะสม หรือทำการส่งต่อผู้มีปัญหาการพนันไปรับการบำบัดรักษาที่อื่นที่มีความพร้อมกว่า เมื่อรักษาหายแล้วก็มีระบบการดูแลติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เข้มแข็งไม่กลับไปเล่นพนันอีก มีระบบที่ช่วยฟื้นฟูความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนเพื่อปกป้องผู้มีปัญหาการพนันไม่ให้กลับไปเล่นอีก

นอกจากนี้ การสร้างระบบช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ ยังยึดแนวทางทางสาธารณสุข ด้วยการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพ (promotion) โดยส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นพนันให้มีความสมดุลระหว่างผู้ผลิตคือเจ้าของธุรกิจการพนันและผู้บริโภคคือผู้ที่เล่นการพนันเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการติดพนันและส่งเสริมการใช้กฎหมายควบคุมการพนันให้เหมาะสมสำหรับผู้ผลิตและผู้บริโภคเช่นกัน เช่น บริษัทหรือสถาบันที่ดำเนินการเกี่ยวกับธุรกิจการพนันมีส่วนรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการจัดสรรงบประมาณให้แก่รัฐบาลเพื่อนำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพหรือบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการเล่นพนัน ส่วนระบบการปกป้อง (protection) ประชาชนให้ปลอดภัยจากการติดพนัน ทำโดยการจัดวางแผนนโยบายที่ปกป้องกลุ่มคนที่เปราะบาง มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ เด็ก เยาวชน กลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มจะไปเล่นพนันและมีความเสี่ยงสูงที่จะติดพนันในที่สุด เช่น การควบคุมดูแลธุรกิจการพนันให้อยู่ในกฎระเบียบ ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอายุผู้เข้าเล่นพนันในบ่อนอย่างเคร่งครัด การหยุดให้เข้าเล่นในผู้ที่ทำสัญญาไว้กับทางบ่อน (self exclusion) อย่างจริงจัง การห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์เกมการพนันในเด็กและเยาวชนที่แฝงมาในรูปแบบต่างๆเพื่อชักชวนเด็กให้มาเล่นการพนัน หากฝ่าฝืนจะมีบทลงโทษสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

2. การรักษา และ ฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการช่วยเหลือในระดับการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหา และบรรเทาเยียวหาให้ปัญหานั้นทุเลาลง รวมทั้งทำการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเท่าเดิมให้ได้มากที่สุดทั้งส่วนตัวบุคคลที่ติดพนันและครอบครัวหรือชุมชน ระบบนี้เน้นการดูแล รักษา บำบัดในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้มีปัญหาจากการพนัน มีอาการดีขึ้นหรือสามารถหยุดการเล่นพนันได้เพื่อไม่เพิ่มปัญหาต่อไป รวมทั้งการดูแลครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการพนันให้มีความสามารถในการควบคุมผู้มีปัญหาการพนัน และได้รับการดูแลเยียวหาด้านจิตใจไปพร้อมกันกับผู้มีปัญหาการพนัน โดยกระบวนการบำบัดรักษานั้นมีให้เลือกอย่างหลากหลายวิธี มีการรักษาด้วยสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวข้องกันแบบองค์รวมและนำมาใช้กับผู้มีปัญหาการพนันได้ตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

2.1 การรักษาโดยใช้ยา (Biological treatment) ยังไม่มีการยืนยันจากทุกประเทศว่ายาใดเหมาะสมแก่การรักษาผู้มีปัญหาจากการพนัน ดีที่สุด เหมาะที่สุด เพียงแต่หากผู้มีปัญหาการพนันมีอาการอื่นๆทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ใช้สารเสพติด ก็สามารถให้ยาที่ช่วยรักษาอาการทางจิตเวชนั้นซึ่งจะทำให้การรักษาอาการติดพนันดีขึ้นด้วย โดยยาที่ใช้มีอยู่ 4 กลุ่มคือ

- 1 ยากลุ่มต้านเศร้า
- 2 ยากลุ่ม Opioid Antagonist
- 3 ยากลุ่มควบคุมอารมณ์
- 4 ยากลุ่มรักษาโรคจิต

2.2 การรักษาทางจิตสังคม(Psychological and social treatment) เป็นการรักษาที่นิยมและสามารถเลือกใช้ให้เหมาะกับลักษณะผู้ป่วยหรือครอบครัวที่เข้ารับการบำบัด แต่ก็ยังไม่มีการยืนยันเช่นกันว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดในการรักษาผู้มีปัญหาจากการเล่นพนัน ได้แก่

- 1 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy)
- 2 ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive-behavioral therapy)
- 3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy)
- 4 การบำบัดเพื่อการเลิกเล่นพนัน (Motivational Interviewing)
- 5 Voluntary self - exclusion
- 6 Self - help interventions
- 7 โทรศัพท์สายด่วน ออนไลน์ เพื่อให้การให้คำปรึกษาและบำบัดเบื้องต้น

แม้ว่าการรักษาทางจิตสังคมด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งจะไม่ได้มีการยืนยันว่าเป็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดพนันที่ดีที่สุด งานวิจัยหลายชิ้น โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ก็ยังคงนำมาใช้อ้างอิงเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้นำมาปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการติดพนันของผู้ป่วยได้ อีกทั้งหลักการทางจิตสังคมก็เป็นที่

ยอมรับโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยด้านจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาการปรับตัว การสื่อสาร หรือการควบคุมพฤติกรรมหรืออารมณ์อยู่แล้วว่าได้ผลดีเมื่อติดตามการรักษาไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง

ในประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศเล็ก มีประชากรน้อยกว่าสหรัฐและออสเตรเลียอย่างมาก (ข้อมูลในปีพ.ศ.2556 - ประชากรประเทศสิงคโปร์ 5.3 ล้านคน, ประเทศสหรัฐ 316 ล้านคน, ออสเตรเลีย 23.3 ล้านคน, นิวซีแลนด์ 4.5 ล้านคน)³⁹ พบว่า มีระบบการให้บริการทางจิตสังคมอย่างครบวงจรและเป็นองค์รวมสามารถช่วยให้ผู้มีปัญหาการพนันกลับมาสู่ภาวะปกติและเป็นอาสาสมัครมาทำงานช่วยเหลือผู้ติดพนันรายต่อไปได้ มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่พร้อมจะช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน มีวัฒนธรรมในแบบชาวเอเชียซึ่งยังห่วงใยกันแบบพี่น้องญาติมิตร และพร้อมจะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันในเรื่องการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตของประเทศโดยมีองค์กรภาครัฐรับผิดชอบคือ Institute of Mental Health จะเห็นว่ามีการพัฒนากำลังใจคน และศักยภาพของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญครบทุกสาขาอาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำงานเชิงรุกลงชุมชนหรือ โรงเรียนเพื่อป้องกันปัญหาและติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาแล้วอย่างเข้มแข็ง สมควรนำมาเป็นตัวอย่างและเรียนรู้ระบบการทำงานหรือการพัฒนาคนที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับประเทศ

ส่วนประเทศที่ใหญ่มากอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนประชากรมากและพื้นที่กว้างใหญ่ คงต้องมีระบบการเชื่อมต่อข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินการสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือเนื่องจากความหลากหลายของประชากร ความห่างไกลของสถาบันและพื้นที่ที่รับผิดชอบ กลุ่มชนชาติพันธุ์ที่แตกต่าง วัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทัศนคติหรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของคนในประเทศนี้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การปกครอง นโยบายที่แตกต่างกันในแต่ละรัฐล้วนน่าจะมีผลต่อการสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน การสร้างความตระหนักในการศึกษาค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการพนันต่อไปเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจนขึ้น คงจะเกิดขึ้นในเร็ววัน

ข้อเสนอแนะ ทิศทางการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
สำหรับประเทศไทย

จากการที่ประเทศไทย ได้รับอิทธิพลทางเศรษฐกิจและสังคมจากประเทศต่างๆ โดยเฉพาะจากสหรัฐ หรือประเทศในแถบเอเชีย การพนันที่ได้รับการยอมรับให้ถูกกฎหมายในบางประเทศ บางรัฐ หรือบางแคว้น การปกครอง อาจมีผลทำให้ประเทศไทยต้องเดินตามอย่างประเทศที่น่าสมัยเหล่านั้ แต่เนื่องจากประชาชน ในประเทศที่พัฒนาแล้วเหล่านั้ ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพนันหรือผลกระทบจากการพนัน ควบคู่ไปกับการรับรู้กฎหมาย ความรับผิดชอบในหน้าที่และสิทธิของตนทั้งผู้ประกอบการและ ผู้รับบริการ ประกอบกับการให้บริการช่วยเหลือผู้เริ่มมีปัญหการพนันหรือครอบครัวของผู้ที่มีปัญหาจากการ เล่นพนัน ก็มีระบบที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐบาลและเอกชนหลายแห่งซึ่งแสดงถึงการพยายามรับผิดชอบต่อการ ดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง บางแห่งก็มีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐบาลและเงินบริจาคจากประชาชน หรือสมาคมต่างๆ กระบวนการเหล่านี้ทำทั้งเชิงรุกคือป้องกัน และเชิงรับ คือการบำบัดรักษา และเป็นไป อย่างครบวงจร ดังนั้นประเทศไทยเองจึงควรหันกลับมามองตนเองว่าขณะนี้การปล่อยให้ธุรกิจการพนัน เติบโตและขยายอย่างรวดเร็วโดยขาดความรับผิดชอบต่อสังคมนั้น ควรมีหน่วยงานใดเข้ามากำกับดูแล เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อประชาชนและสังคม หรือควรจัดให้เป็นวาระสำคัญของ ประเทศชาติในการป้องกันเด็กและเยาวชนให้ห่างไกลจากกิจกรรมการพนันและสร้างค่านิยมที่เหมาะสม เกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นพนันของคนในสังคมไทย

หลักการพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การป้องกันและส่งเสริม ควรมีการเน้นเรื่องการป้องกันปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรกระทำมากกว่า การตั้งรับรักษาผู้ที่มีปัญหารุนแรงจนกระทบต่อตนเองและสังคม เนื่องจากการตั้งรับรักษานั้นจะต้องใช้ งบประมาณและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนมาก และกว่าผู้ที่มีปัญหาการพนันจะมารับการบำบัดรักษาก็ อาจก่อปัญหาทำความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นครอบครัวของเขา สังคมรอบข้างหรือประเทศชาติไป แล้วไม่มากนักน้อย อีกทั้งกระบวนการหรือขั้นตอนในการรักษาก็ต้องใช้เวลาที่ยาวนาน และประสบ ความสำเร็จในการรักษาค่อนข้างน้อย และยังไม่เป็นระบบที่ครอบคลุม

การส่งเสริมพฤติกรรมหรือสร้างทัศนคติที่ดีในการ ไม่เล่นพนันในเด็กและเยาวชน เรื่องนี้มีส่วน คล้ายคลึงกับพฤติกรรมการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชนที่เริ่มเข้าสังคมเพื่อนฝูงและชวนกันไปทำ

กิจกรรมที่มีความเสี่ยงตามวัย วัยรุ่นมองว่า การมีพฤติกรรมเหล่านี้ช่วยให้ได้รับการยอมรับและอยู่ในสังคมกลุ่มเพื่อนได้ ดังนั้นผู้ใหญ่ในสังคมและผู้ปกครองอาจต้องพยายามประพฤติดนให้เป็นต้นแบบของพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเล่นพนันของเด็กและเยาวชนก็คือสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบิดาหรือมารดาเล่นพนันนั่นเอง การส่งเสริมพฤติกรรมและสร้างทัศนคติไม่เล่นการพนัน จะช่วยลดปัญหาที่เกิดจากผู้เล่นพนันได้ระดับหนึ่ง ทำให้มีผู้ติดพนันลดลงไปอีกระดับหนึ่งและจัดเป็นหนึ่งในระบบการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน การปฏิบัติการอาจเริ่มจากการวางนโยบายให้บุคลากรในงานสาธารณสุขหรืองานอนามัยชุมชน เกิดความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการรณรงค์ สร้างทัศนคติใหม่แก่เด็กและเยาวชนในชุมชนที่ตนรับผิดชอบ เช่น การวางนโยบายครอบครัวปลอดพนัน หรือ ชุมชนปลอดพนัน คล้ายๆกับงานด้านยาเสพติด โดยบุคลากรทั้งด้านสาธารณสุข การศึกษา การปกครองระดับท้องถิ่นร่วมมือกันทำงานเชิงรุกและทำเป็นกิจกรรมต่อเนื่องระยะยาวในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมทั้งผู้ใหญ่วัยทำงานที่ยังไม่ได้เล่นหรือติดพนัน เพื่อพัฒนาและติดตามให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวไม่เล่นการพนันเลย เป็นต้น ส่วนแผนกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงได้แก่ เด็กหรือเยาวชนที่มีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ มีปัญหาครอบครัว มีบิดามารดาหรือญาติติดพนัน ฯลฯ ก็ควรมีแผนดำเนินงานในการค้นหาบุคคลที่เริ่มประสบปัญหาการพนันในระยะเริ่มต้นหรือบุคคลที่เริ่มสัมผัสการพนันแต่ยังไม่เป็นปัญหา ให้ความรู้หรือทักษะอื่นเพื่อหันเหกิจกรรมไปในทางสร้างสรรค์ ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเองสำหรับการปรับเปลี่ยนตนเองไปทำกิจกรรมอื่น สร้างกลุ่มอาสาสมัครในการรณรงค์การไม่เล่นพนันในเด็กและเยาวชน มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำในยามว่าง เป็นต้น

2. การบำบัดรักษา ในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดพนันหรือมีปัญหากจากการพนันที่ชัดเจนหรือครบวงจร ผู้ที่ติดการพนันหรือมีปัญหากการพนันขั้นรุนแรงยังไม่ยอมรับการมาพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดคนที่ติดพนันมักเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันมากและมาขอคำปรึกษาแทน ซึ่งในปัจจุบันก็ยังไม่มิตัวเลขที่แน่ชัดในระบบการรักษาของโรงพยาบาล ในปีพ.ศ.2557 มีการให้บริการโทรศัพท์สายด่วนของกรมสุขภาพจิต หมายเลข 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง โดยนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องทั่วไปและเรื่องการพนัน ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2557 พบว่า มีผู้โทรศัพท์มาปรึกษาเรื่องความเครียดหรือวิตกกังวล 1,534 ราย เรื่องการพนัน 36 ราย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาทีมงานให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาการพนันทางโทรศัพท์สายด่วน โดยการอบรมผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการพนัน และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากพบว่ามีอาการมากเกินไปกว่าการช่วยเหลือทางโทรศัพท์ได้ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ดูแลการบำบัดรักษาจะเป็นกลุ่มงานทางจิตเวชหรือเวชกรรมสังคมที่ทำงาน

ในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เนื่องจากเป็นการรักษาในรูปแบบทางจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยา คือ การทำจิตบำบัดทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมโรงเรียน สำหรับกรณีเด็กหรือเยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษา การประชุมชุมชนหรือการประชุมครูในโรงเรียน และหากจำเป็นก็มีการใช้ยา คล้ายคลึงกับในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้มีปัญหาติดพนันมักจะถูกบังคับให้มาพบ โดยญาติหรือคนในครอบครัว และผลการรักษายังไม่ค่อยประสบความสำเร็จเหมือนผู้มาบำบัดยาเสพติดเพราะผู้มีปัญหาการพนันมักจะไม่ยอมมารักษาต่อเนื่องและยังไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นปัญหา

ควรพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือเว็บไซต์เนื่องจากปัจจุบันระบบสื่อสารเทคโนโลยีมีส่วนสำคัญในการเผยแพร่หรือช่วยให้ประชาชนเข้าถึงระบบการรักษาได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว อีกทั้งคนรุ่นปัจจุบันมักมีความรู้ทางสื่อสารเทคโนโลยีมากขึ้นเมื่อเทียบกับเมื่อก่อน

ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ให้คำปรึกษาให้มีความเชี่ยวชาญพอที่จะให้คำแนะนำหรือสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ที่มีปัญหาการพนันได้พยายามลดการเล่นพนันลงและเลิกได้ในที่สุด และหากพบว่ามีปัญหารุนแรงเป็นอันตราย เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก็สามารถพูดคุยเพื่อให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้ทันเวลาที่

ควรเตรียมความพร้อมในระบบบำบัดรักษาในโรงพยาบาลให้มีความเฉพาะทางเช่นเดียวกับการบำบัดรักษาเสพติด เช่น การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด หรืออาชีวบำบัด ซึ่งใช้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมาร่วมมือกันและทำงานครบวงจร

ควรมีนโยบายให้บริษัทธุรกิจการพนันหรือภาคส่วนของรัฐบาลที่บริหารจัดการธุรกิจการพนันให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบผลกระทบที่เกิดจากธุรกิจการพนัน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ เศรษฐกิจหรือสังคม โดยศึกษาวิจัยจากข้อมูลของต่างประเทศและในบริบทสังคมไทยเอง

สุดท้าย ประชาชนชาวไทยแต่ละคนน่าจะได้มีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อเป็นกำลังสำคัญของประเทศต่อไป ลดพฤติกรรมหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่มีแนวโน้มจะทำลายศักยภาพของคนไทยให้มากที่สุด ไม่ควรรอคอยความหวังให้ผู้อื่นมาช่วยพัฒนาตนเอง แต่ควรเริ่มฝึกกระบวนการคิดและสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมในแต่ละครอบครัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป สื่อมวลชนหรือผู้ที่คิดว่างานของตนมีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนคนไทย ควรหันมาช่วยกันทำกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ดีต่อประเทศชาติไปพร้อมๆ กัน

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายเยาวชน 4 ภาค. ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะเพื่อลดปัญหาการพนัน. มุานิสิตคดี-สถิตย์วงศ์. การสำรวจสถานการณ์ การพนันของเยาวชน 2556.
2. Apinuntavech S, Viwatwongkasem C, Tipayamongkhogul M, Wichaidit W, Sangthong R. Consequences and associated factors of youth gambling. J Med Assoc Thai 2012; 95 (Suppl. 6): S21-9.
3. Ministry of community development, youth and sports. Report of survey on participation in gambling activities among Singapore residents; 2008.
4. Eng WK, Lim R. Don't gamble your life away. News Center, Singapore: Straits Times Press; 2010.p8.
5. Dunn K, Delfabbro P, Harvey P. A preliminary, qualitative exploration of the Influences associated with drop-out from cognitive-behavioural therapy for problem gambling: an Australian perspective. J Gambl Stud 2012; 28:253–272.
6. State government Victoria. A guide to using a health promotion approach to problem gambling.p7. Available from: www.gamblinghelponline.org.au. Accessed Oct 10, 2014.
7. พรจิรา ปรีวัชรากุล. แกระรอยหักสมอง มองผลกระทบของการพนัน. พิมพ์ครั้งที่1. สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. กรุงเทพฯ. หน้า 81-5.
8. Delfabbro P. Problem and pathological gambling : conceptual review. J Gambl Bus Econ 2013; 7(3):35-53.
9. Rickwood D, Blaszczynski A, Delfabbro P, Dowling N, Heading K. The psychology of gambling. APS Review Paper; 2010.
10. Cannon R. Why we need a public health model for gambling? The use of public health models for gambling help services. SACOSS Information Paper, December 2008.
11. Pavalko RM. Gambling and public policy. Public integr 2004;6(4): 333–348.
12. Jayan R. Gambling in young people. Addict Disord Their Treatment 2014;13:87–92.
13. Lostutter TW, Holmes JK, Larimer ME. College student gambling: Etiology, consequences, and prevention strategies. Interventions for Addiction. Volume3. Elsevier Inc.;2013.p.883-891. Available from <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00089-0> page 889. Accessed Oct 10, 2014.
14. Gupta R, Derevensky JL. Gambling practice among youth: etiology, prevention and treatment. In Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment .p 207-19.

15. Delfabbro P, King D. Gambling in Australia: experiences, problems, research and policy. *Addiction* 2012;107, 1556–61.
16. Gainsbury S, Wood R. Internet gambling policy in critical comparative perspective: the effectiveness of existing regulatory frameworks. *Int Gambl Stud* 2011; 11(3): 309–23.
17. Gainsbury S. Policy and Regulatory Options. *Internet gambling: current research findings and implications*, SpringerBriefs in Behavioral Medicine. Springer;2012.p.27-62.
18. Institute of Mental Health. Available from <https://www.imh.com.sg> Accessed Nov15, 2014.
19. Manash university. Guideline for screening, assessment, and treatment in problem gambling. Victoria ;2011. p.60-1.
20. Petry NM, Blanco C. National gambling experiences in the United States: will history repeat itself?. *Addiction* 2012; 108(6):1032–7.
21. Gupta R, Derevensky JL. Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *J Gambl Stud* 2000;16(2):315-42.
22. Blanco C, Ibáñez A, Sáiz-Ruiz J, Blanco-Jerez C, Nunes EV. Epidemiology, pathophysiology and treatment of pathological gambling. *CNS Drugs* 2000;13 (6): 397-407.
23. Grant JE, Potenza MN. Pharmacological treatment of adolescent pathological gambling. *Int J Adolesc Med Health*. 2010;22(1):129-38.
24. Williams WA, Grant JE, Winstanley CA, Potenza MN. Current concepts in the classification, treatment, and modeling of pathological gambling and other impulse control disorders. *Animal and translational models for CNS drug discovery*, Volume3. Elsevier Inc. Academic Press; 2008.p.318-31.
25. Grant JE, Kim SW. Medication management of pathological gambling. *Minn Med*. 2006; 89(9): 44–48. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1857322>. Accessed Nov15, 2014.
26. Raylu N, Oei TP. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin Psychol Rev* 2004;23:1087–114.
27. Rodda S, Lubman DI, Dowling NA, Bough A, Jackson AC . Web-based counseling for problem gambling: exploring motivations and recommendations. *J Med Internet Res* 2013;15(5):99.
28. Dowling NA, Jackson AC, Suomi A, Lavis T, Thomas SA. Problem gambling and family violence: Prevalence and patterns in treatment-seekers. *Addict Behav* 2014;39:1713-7.

29. Gambling Treatment Clinic. The university of Sydney. Available from http://sydney.edu.au/science/psychology/gambling_treatment_clinic/about_us/index.shtml Accessed Nov15, 2014.
30. The Australian Gambling Research Centre (AGRC). Available from <https://www3.aifs.gov.au/agrc/> Accessed Nov15, 2014.
31. Clifford G. The evolution of problem gambling helplines .in Zangeneh M, Blaszczynski A, Turner N, editors. In the Pursuit of Winning: Problem gambling theory, research and treatment. Springer; 2008.
32. Capri hospital . Available from <http://caprihospital.co.nz/> Accessed Dec12, 2014.
33. ABACUS. Available from <http://www.acts.co.nz> Accessed Dec15, 2014.
34. National Council on Problem Gambling. Singapore. Available from <http://www.ncpg.org>. Accessed Dec15, 2014.
35. The National Council of Problem Gambling (NCPG). Survey on the perceptions and attitudes towards gamblingIssues in Singapore. 2007. Available from http://www.ncpg.org.sg/en/pdf/Media_Release_on_2007_PE_Survey_Final_.pdf Accessed Dec15, 2014.
36. Thomas LKM. Management of Gambling Disorders. MOH Clinical Practice Guidelines 3/2011. Singapore. Chung Printing Pte Ltd. 2011. Available from <http://www.moh.gov.sg/cpg> Accessed Dec15, 2014.
37. Guo S, Manning V, Thane KKW, Ng A, Abdin E, Wong KE. Predictors of treatment outcome among Asian pathological gamblers (PGs): clinical, behavioural, demographic, and treatment process factors. J Gambl Stud 2014; 30:89–103. Published online: 4 September 2012 _ Springer Science+Business Media, LLC 2012
38. Rockloff MJ, Schofield G. Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. J Gambl Stud 2004;20(2):121-6.
39. กระทรวงการต่างประเทศ.ความสัมพันธ์กับประเทศและภูมิภาคต่างๆ .ทวีปออสเตรเลีย/โอเชียเนีย. Available from <http://www.mfa.go.th/main/th/world/75> Accessed Dec15, 2014.



สงวนลิขสิทธิ์ © 2558

โดย ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน (ICGP)

มกราคม พ.ศ. 2558

อนุญาตให้นำเนื้อหาในเอกสารนี้ไปใช้และเผยแพร่ โดยมีให้ผลิตซ้ำเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า
รวมทั้งให้อ้างอิงแหล่งที่มาจากศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน (ICGP)

พิมพ์ที่ : กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน (ICGP)
มูลนิธิสารานุกรมแห่งชาติ (มสช.)
1168 ซอยพหลโยธิน 22 ก.พหลโยธิน
แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900



: 0-2511-5855



: 0-2939-2122



: ICGP@THAINHF.ORG



: WWW.THAINHF.ORG/ICGP



: ICGCP



: @ICGP1



**: ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะ
เพื่อลดปัญหาจากการพนัน**

สนับสนุนโดย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)