

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน

จากความรู้สู่การสร้างรูปธรรม

รศ.พญ. สุพร อภินันทาเวช



ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน

จากความรู้สู่การสร้างรูปธรรม



รศ.พญ. สุพร อภินันทาเวช

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน จากความรู้สู่การสร้างรูปธรรม

รศ.พญ. สุพร อภินันท์เวช

ISBN 979-616-393-007-1

ที่ปรึกษา : นพ. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์

นพ. ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์

บรรณาธิการ : พงศ์ธร จันทรศมี

สุมาลี ประทุมรัตน์

ปิ่นอนงค์ หะภาค

กองบรรณาธิการ

และประสานงาน : สุวลัย เมืองเจริญ

ศิลปกรรม : สหมิตรกราฟฟิคทีม

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2558

จำนวนพิมพ์ : 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

จัดพิมพ์โดย : โครงการขับเคลื่อนสังคมและนโยบายสาธารณะเพื่อลดผลกระทบ

จากการพนัน

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำนำ

ดั่งที่ รศ.พญ.สุพร อภินันทเวช ได้เขียนไว้ในตอนต้นของหนังสือเล่มนี้ว่า ปัญหาติดการพนันถูกจัดไว้เป็นความผิดปกติของความหุนหันพลันแล่น (Impulse Control Disorder) เรียกว่า Pathological Gambling Disorder ก่อนที่จะปรับเปลี่ยนมาอยู่กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดหรือการใช้สารเสพติด เรียกว่า Gambling Disorder เมื่อไม่นานมานี้

การเปลี่ยนกลุ่มนี้มีความหมายบางประการ

เดิมปัญหาติดการพนันเชื่อว่าเกิดขึ้นเพียงเพราะผู้ติดการพนันขาดความยับยั้งชั่งใจ รู้ทั้งรู้ว่าการพนันเป็นของไม่ดี เสพติด และเสียทรัพย์สิน สร้างความเดือดร้อนให้แก่คนที่รักในครอบครัว แต่ก็ยังจะทำ เช่นเดียวกับปัญหาอื่นๆ ในกลุ่มนี้ได้แก่ พฤติกรรมขโมยของซึ่งที่ไม่ได้ต้องการทรัพย์สินนั้นจริงๆ เนื่องจากผู้ขโมยก็มีฐานะดีมากอยู่แล้ว มักพบในหมู่ดารานักแสดงที่มีชื่อเสียงหยิบสินค้าราคาแพงตามห้างเป็นข้าวอยู่เป็นระยะๆ เรียกว่า Kleptomania หรือ พฤติกรรมจุดไฟเผาสิ่งก่อสร้างโดยมิได้ปรารถนาจะก่อวินาศกรรมหรือหวังเงินประกันแต่อย่างใด แต่ที่จุดไฟไปนั้นเพียงเพื่อจะได้เห็นเปลวเพลิงที่ลุกไหม้เท่านั้นเอง เรียกว่า Pyromania หรือ พฤติกรรมถอนผมตนเองจนกระทั่งเป็นรอยแห้วหรือบางลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งที่ไม่อยากจะทำเช่นนั้น เรียกว่า Trichotillomania เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีอีกอาการหนึ่งซึ่งมีรูปศัพท์เหมือนปัญหาติดการพนัน แต่เดิมเรียกว่า Pathological Liar หมายถึงอาการที่ผู้ป่วยชอบโกหก ทั้งที่รู้ว่าตนเองมิได้ประโยชน์อะไรจากการโกหกนั้น แต่ที่ทำได้เพียงเพราะหักห้ามตนเองมิให้โกหกไม่ได้เท่านั้นเอง

พฤติกรรมการพนันแต่เดิม รวมทั้งการขโมย จุดไฟ ถอนผม หรือโกหก โดยไม่มีเหตุจำเป็นใดๆ เลยเหล่านี้ เชื่อว่าเกิดจากแรงผลักดันจากจิตใต้สำนึกเป็นสำคัญ กล่าวคือแม้ว่าดูเผินๆ จะไม่มี ความจำเป็นต้องทำเช่นนั้น แต่มีเหตุผลในระดับจิตใต้สำนึกที่ผู้ป่วยต้องทำนั้นๆ การรักษาแต่เก่าก่อน จึงมุ่งเน้นไปที่การทำจิตวิเคราะห์

การแพทย์และวิทยาศาสตร์ด้านสมองสมัยใหม่ พบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทและกายวิภาคของสมองในผู้ป่วยยาเสพติดทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นสุรา บุหรี่ หรือยาเสพติดอื่นใด จนกระทั่งสามารถพรรณนาารูปแบบและกลไกการเสพติดได้อย่างชัดเจน เป็นที่มาของศัพท์บัญญัติว่า “สมองติดยา” ประหนึ่งจะบอกว่า “คน” นั้นมิได้ติดแต่เป็น “สมอง” ที่ติด ทำให้สมองถูกกระตุ้นให้อยากยาได้เสมอเมื่อพบตัวกระตุ้นที่ถูกโปรแกรมไว้แล้ว

คำอธิบายเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสมองจากสารเสพติดใช้ได้กับปัญหาการพนันด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ผู้เล่นพนันจนถึงระดับเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกลไกและกายวิภาคของสมอง ข้อค้นพบนี้สื่อความหมายว่า ผู้ติดพนันหมดความสามารถที่จะหยุดตนเองได้อีกต่อไป เนื่องจากสมองของเขาเปลี่ยนไปแล้ว การที่เขาจะหยุดเล่นการพนันได้นั้น จำเป็นต้องหาวิธีการต่างๆ นานามา “หยุด” สมองของเขาให้ได้เสียก่อน

วิธีการต่างๆ นานาที่ว่า ปรากฏอยู่ในหนังสือเล่มนี้ทั้งหมดแล้วอย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบ รวมทั้งมีตัวอย่างการใช้จริงในประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม มีข้อควรระวังที่เราควรสำนึกสำหรับการจัดการปัญหาการพนันที่ไม่ควรซ้ำรอยการจัดการปัญหาสุราหรือบุหรี่ กล่าวคือหนังสือเล่มนี้เป็นเพียงมาตรฐานกลางที่ใช้อ้างอิงได้ แต่การนำไปใช้ควรระมัดระวังเงื่อนไข 2 ประการ

ประการแรกคือ มาตรฐานกลางอย่างไรก็เป็นมาตรฐานกลาง ช่วยให้เราไม่หลงทางหรือหลงประเด็นโดยง่าย แต่เมื่อนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ใดๆ แล้ว ควรเปิดโอกาสให้พื้นที่นั้นได้ถอดบทเรียนหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไปจนถึงการปรับมาตรฐานกลางนี้ให้ใช้ได้กับบริบทของตน

ประการที่สองคือ ท่าทีของการใช้มาตรฐานกลาง เราไม่ควรทำตนเป็นคุณพ่อผู้ดีที่เคร่งศีลธรรมจัดแล้วชี้ผิดชี้ถูกไปทุกเรื่อง ไม่มากก็น้อย เราควรเปิดใจกว้างรับฟังและยอมรับพฤติกรรมของผู้สมควรได้รับความช่วยเหลือด้วยเมตตา ไม่กระทำการประหนึ่งว่าเขาเป็นผู้ร้ายหรือผู้ที่สังคมควรรังเกียจ

ทีมงานโครงการขับเคลื่อนสังคมและนโยบายสาธารณะเพื่อลดผลกระทบจากการพนัน ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ขอขอบพระคุณ ร.ศ.พญ.สุพร อภินันท์เวช ที่สละเวลาทบทวนวรรณกรรมและเอกสารอ้างอิงจำนวนมาก เพื่อเขียนหนังสือเล่มนี้เป็นระบบ เป็นหนังสือที่รวบรวมวิธีช่วยเหลือผู้ติดการพนันอย่างครบถ้วนที่สุดเล่มแรกของประเทศไทย สำหรับผู้ที่สนใจได้นำไปใช้อ้างอิง และใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสมในแต่ละท้องถิ่นชุมชนต่อไป

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์

4 มิถุนายน 2558

สารบัญ

ส่วนที่ 1

สถานการณ์และความหมาย “ผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน”	7
● เยาวชนในวังวน “ปัญหาการพนัน”	8
● ผลกระทบของการพนัน	9
● ติดการพนัน = ติดสารเสพติด	10
● ลักษณะของผู้ติดพนัน	10
● ความหมาย “ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน”	11

ส่วนที่ 2

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน : หลักคิด/รูปแบบจากนานาชาติ	13
● แนวคิดหลักของระบบการให้ความช่วยเหลือ	14
● ระบบการให้ความช่วยเหลือ : บทเรียนจากนานาชาติ	16

ส่วนที่ 3

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน : โครงสร้างและองค์ประกอบ	23
● โครงสร้างของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน	24
● หลักการส่งเสริมและป้องกัน	25
● องค์ประกอบของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน	27

ส่วนที่ 4

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน : รูปแบบและวิธีการดำเนินงาน	33
● ประเทศสหรัฐอเมริกา	34
● ประเทศออสเตรเลีย	44
● ประเทศนิวซีแลนด์	56
● ประเทศสิงคโปร์	63

ส่วนที่ 5

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน : บทเรียนและข้อจำกัด.....71

- บทเรียนและข้อจำกัดของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน..72

ส่วนที่ 6

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน : บทสรุป.....77

- บทสรุประบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ.....78

ส่วนที่ 7

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน : ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย.....83

- ข้อเสนอแนะ ทิศทางการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันสำหรับประเทศไทย.....84

ส่วนที่ 1

สถานการณ์และความหมาย
“ผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน”

เยาวชนในวัยวุ่น “ปัญหาการพนัน”

ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การพนันของเยาวชนทั้งของไทยและนานาชาติ พบว่า

- เยาวชนไทยเคยเล่นพนันไพ่และหวยใต้ดิน คิดเป็นร้อยละ 62 และ 39 ตามลำดับ¹
- วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมการเล่นพนันร้อยละ 20 และผู้มีแนวโน้มมีปัญหาจากการเล่นพนันมีถึงร้อยละ 10²
- ประเทศสิงคโปร์พบผู้มีปัญหาโรคติดพนัน ร้อยละ 1.2^{3,4}
- ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และ นิวซีแลนด์ พบผู้มีปัญหาจากการพนันร้อยละ 2.5, 2.3 และ 1.2 ตามลำดับ^{5,6}

การเล่นพนันเป็นการลงทุนน้อย แต่ได้ผลตอบแทนมากโดยอาศัยความเสี่ยง ซึ่งคนเล่นมักหาเหตุผลเข้าข้างตัวเองเสมอว่าคุ้มค่าต่อการเสี่ยง และหากการเล่นนั้นไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของตัวเองหรือครอบครัวก็ไม่ใช่ปัญหา แต่..ปัญหามักเริ่มขึ้นเมื่อผู้เล่นการพนันใช้จ่ายเงินในการพนันมากขึ้นจนกระทั่งมีผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด

หากตัวผู้เล่นพนันยังพอรู้สึกตัวได้ว่าเป็นปัญหาและพยายามหาทางแก้ไขหรือร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเห็นว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองแต่เพียงผู้เดียวได้ก็ยังคงเป็นเรื่องที่ดีที่จะทำให้ปัญหาคือกลายเป็นหรือเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้กลับมาเป็นปกติได้

ความเป็นจริงคือ ผู้ติดการพนันมักไม่ยอมรับว่าตัวเองติดพนัน หรือกำลังมีปัญหา และมักหลีกเลี่ยงการรักษาหรือการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หรือคนใกล้ชิด

ผลกระทบของการพนัน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เล่นพนัน มีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัญหาสำคัญสำหรับผลกระทบทางกายคือ สมอ การเล่นพนันจนติด มีผลทำให้สมอเปลี่ยนแปลงไป และทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีการใช้เงินสิ้นเปลือง ใช้เงินแบบไม่ยั้งคิด มีโอกาสเป็นโรคทางจิตเวช และโรคติดต่อเสพติดเพิ่มขึ้นเป็นต้น⁷

ส่วนทางจิตใจนั้นเกี่ยวข้องกับการแสดงอารมณ์หงุดหงิด หรือก้าวร้าวไม่สบายใจต่อคนใกล้ชิด มีความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เพราะพฤติกรรมของตนที่น่ารังเกียจ และเป็นที่เดือดร้อนจนไม่มีใครต้องการ หรือคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา

ด้านสังคมนั้น ผู้ติดพนันมักประสบปัญหาการเงิน ล้มละลาย เกิดความเสียหายในด้านหน้าที่การงานหรือการเรียน อาจกระทำผิดกฎหมาย เช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การลักขโมย จี้ ปล้นเพื่อให้ได้เงินมาเล่นพนัน

ผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นทั้งแก่ตัวผู้เล่นพนัน หรือ ผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง และมักไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างถูกวิธี เนื่องจากผู้ติดพนันมักไม่แสวงหาการแก้ไขหรือความช่วยเหลือเพราะคิดว่าไม่เป็นปัญหา ส่วนผู้ใกล้ชิดก็อาจขาดความเข้าใจเรื่องการช่วยเหลือผู้ติดการพนัน จึงยังคงให้การสนับสนุนโดยไม่ได้ตั้งใจในเรื่องการให้เงิน หรือแนะนำวิธีการที่ทำให้ผู้ติดพนันยังคงวนเวียนอยู่ในวงการพนันอยู่ต่อไป

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ใกล้ชิดผู้ติดพนันอีกมากที่ทนไม่ได้กับพฤติกรรมการติดพนันของผู้ที่มีปัญหาดังกล่าว และมาขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ แต่ยังไม่สามารถนำผู้ติดพนันมารับการรักษาได้อย่างถูกวิธี

การพัฒนากระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ หรือการช่วยให้ผู้มีปัญหาการพนัน หรือญาติผู้ติดพนัน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือระบบที่สะดวก ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย ในการช่วยเหลือเบื้องต้น จึงเป็นเรื่องที่สมควรกระทำอย่างเร่งด่วน โดยสร้างระบบการให้คำปรึกษาเบื้องต้นพร้อมทั้งระบบส่งต่อ เพื่อให้การบำบัดรักษาเป็นไปโดยสะดวกและครบวงจร เช่น การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สายด่วนสุขภาพ เป็นต้น

ติดการพนัน = ติดสารเสพติด

ผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน หรือ ผู้ติดการพนัน คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ในทางการแพทย์เรียกว่าเป็นโรค pathological gambling disorder แต่ในปัจจุบันมีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่เล็กน้อย เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของโรค จึงจัดโรคติดการพนันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกับโรคที่เกี่ยวกับการเสพติด หรือการใช้สารเสพติด (Substance-Related and Addictive Disorders) และปรับชื่อโรคเป็น gambling disorder

ลักษณะของผู้ติดพนัน

ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการพนัน มักแสดงอาการเหล่านี้ โดยมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ข้อในระยะเวลา 1 ปี

- มักหมกมุ่นอยู่กับการเล่นพนัน
- อยากเล่นมากขึ้นเรื่อยๆ จนอาจ
- ไม่สามารถหักห้ามใจ หรือหยุดการเล่นได้
- มีอาการหงุดหงิดหากต้องหยุดเล่นหรือไม่ได้เล่น
- เมื่อมีความไม่สบายใจจะไปเล่นการพนัน
- เมื่อเสียพนันก็อยากเล่นอีกเพื่อให้ได้เงินคืน
- อาจโกหกคนใกล้ชิดหรือแพทย์เรื่องการไปเล่นพนันหรือจำนวนเงินที่ใช้ในการเล่นพนัน

- ต้องพึ่งพาผู้อื่นเรื่องเงิน เพราะมีปัญหาการเงินจากการพนัน
- มีความเสื่อมถอยลงในหน้าที่การงาน การเรียน หรือความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเนื่องมาจากการพนัน

ความหมาย “ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน”

ผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน หมายถึง ผู้เล่นการพนันจนกระทั่งเกิดปัญหาแก่ตนเอง ผู้ใกล้ชิดหรือครอบครัว สังคม หรือชุมชนของผู้เล่นการพนัน โดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้เล่นและผู้ใกล้ชิดจากน้อยไปมาก ดังนี้

“problem gambling-เป็นปัญหา” หมายถึง ผู้เล่นพนันที่เป็นปัญหาอาจต้องการความช่วยเหลือเบื้องต้นจากบุคคลรอบข้าง หรือสังคม

“pathological gambling-เป็นโรค” หมายถึงกรณีที่รุนแรงมากจนจัดว่าเป็นโรคติดการพนัน ต้องพึ่งพาจิตแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างเต็มรูปแบบ

การแบ่งระดับความรุนแรงนั้น สามารถใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงซึ่งมีอยู่มากมายหลายชนิดในแต่ละประเทศ โดยแบบสอบถามที่นิยมคือ SOGS (South Oaks Gambling Screen) ซึ่งมีคำถาม 20 ข้อ หากคะแนนรวมเกิน 5 คะแนน จะจัดว่าเป็นโรคติดพนัน แต่ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-4 คะแนน จะจัดว่าเป็นปัญหา และถ้าคะแนนน้อยกว่า 2 คะแนน ไม่จัดว่าเป็นปัญหา^{8,9}

ส่วนที่ 2

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
หลักคิด/รูปแบบจากนานาชาติ

สามแนวคิดหลักของระบบการให้ความช่วยเหลือ

ปัจจุบัน มีการศึกษาวิธีการช่วยเหลือผู้ติดพนันอย่างหลากหลาย เนื่องจากสาเหตุการติดพนันไม่ได้มาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่เป็นสาเหตุร่วมจากหลายๆ ส่วนรอบตัวผู้ติดพนัน จึงต้องมีการหาวิธีการรักษาตามสาเหตุของการเกิด เป็นลักษณะสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่

1. การใช้ยา
2. การปรับเปลี่ยนความคิด
3. การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ตนเอง
4. การควบคุมด้วยกฎหมายบังคับรักษา
5. การทำจิตบำบัด

ซึ่งยังไม่มีที่ยืนยันแน่นอนว่า การใช้วิธีใดเพียงอย่างเดียวจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ในแต่ละวิธีการศึกษารวมทั้งจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยที่นำมาศึกษาที่ไม่มากพอ⁹

ทั้งนี้แนวคิดหลักของระบบให้ความช่วยเหลือ ประกอบด้วย

1. แนวคิดหลักสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือ**ในเชิงสาธารณสุข** คือ การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ หรือ การดำเนินการโดยเร็วเพื่อลดปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นและยังไม่รุนแรง

รัฐบาลควรคำนึงถึงประเด็นนี้เป็นประเด็นหลัก เพื่อการพัฒนาคุณภาพของประชากร และป้องกันประชาชนทั่วไปไม่ให้ถูกระทบจากผู้มีปัญหาการพนัน

2. แนวคิดหลักสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือ*ในเชิงการแพทย์* หมายถึง การบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูในเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อผู้ที่เล่นพนัน หรือสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง ผู้ติดพนันที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น จำเป็นต้องระมัดระวังในการวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การศึกษาวิธีการบำบัดรักษาที่มีอยู่หลากหลายวิธี และการให้บุคลากรสหสาขามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เป็นเรื่องที่ทาง การแพทย์ให้ความสำคัญและค้นคว้าศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด แม้ว่า ปัจจุบันข้อมูลการรักษาจะยังไม่ยืนยันว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดก็ตาม

3. แนวคิดหลักสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือ*ในเชิงเศรษฐกิจและสังคม* นักเศรษฐศาสตร์หรือนักสังคมศาสตร์มีมุมมองด้านนี้อีกที่น่าสนใจว่า การที่บุคคลติดพนันย่อมเกิดความเสื่อมถอยในความสามารถในการทำงาน อาจถูกไล่ออกจากงาน เกิดการว่างงาน และเป็นภาระด้านเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว บุคคลที่ติดพนันอาจกระทำความผิด ละเมิดกฎหมายหรือหลักศีลธรรม ได้แก่ การลักขโมย จี้ ปล้น ทำให้ผู้อื่นที่อาศัยในสังคมเดือดร้อน อาจเป็นหนี้สินแล้วไม่สามารถนำเงินมาชดเชยคืนเจ้าหนี้ได้ เกิดปัญหาการข่มขู่หรือทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ล้วนส่งผลต่อความวุ่นวายในสังคม ทำให้สังคมไม่ปกติสุขและไม่มีการพัฒนาทางด้าน เศรษฐกิจเท่าที่ควร เนื่องจากประชากรเหล่านี้นี้เป็นภาระมากกว่าสร้างรายได้

ระบบการให้ความช่วยเหลือ : บทเรียนจากนานาชาติ

ประเทศนิวซีแลนด์

รัฐบาลประเทศนิวซีแลนด์ ให้ความสำคัญของปัญหาการพนันว่าส่งผลกระทบต่อสังคมในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว รวมไปถึงชุมชนและประเทศชาติ มีการพิจารณากรอบแนวคิดระบบการให้ความช่วยเหลือทั้งในเชิงระบบการแพทย์ (Medical Model) และระบบสาธารณสุข (Public Health Model) คือ การให้ความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องกันจากระยะที่ยังไม่เป็นโรคหรือเป็นปัญหา คำนึงถึงชุมชน เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับผลกระทบจากผู้ติดพนัน ไปจนถึงให้การเยียวยารักษาผู้ติดพนันหรือมีปัญหามาจากการพนันในระดับบุคคล มีการพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียที่สังคมหรือชุมชนจะได้รับจากการที่ประชาชนมีปัญหาการเล่นพนัน

ถ้ารัฐบาลตระหนักเรื่องนี้ (สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ) จะสามารถนำมาวางแผนเชิงนโยบายเพื่อลดผลกระทบเชิงลบได้มากที่สุด และทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อสังคมเศรษฐกิจให้มากที่สุดเช่นกัน¹⁰

กรอบแนวคิดระบบการให้ความช่วยเหลือในเชิงสาธารณสุข (public health model) โดย Shaffer ในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) มีหลักการสำคัญ 4 หลักการ ดังนี้¹⁰

1. ต้องอาศัยหลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (scientific research) เป็นพื้นฐานในการนำมาสู่การให้ความรู้ประชาชนในด้านสาธารณสุข
2. ความรู้ด้านสาธารณสุขต้องมาจากการศึกษาหรือสังเกตการณ์จากกลุ่มประชากรในชุมชน เช่น การศึกษาการกระจาย หรือปัจจัยบ่งชี้ถึงภาวะการเล่นพนัน หรือผลกระทบที่เป็นภัยจากการพนันในกลุ่มประชากรต่างๆ

3. เน้นการบริการทางสุขภาพเชิงรุก คือการป้องกันปัญหาก่อนที่จะเป็นโรค มากกว่าการตั้งรับรักษา เช่น

3.1 การป้องกัน (prevention) ป้องกันการเกิดปัญหาจากการเล่นพนันในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงมากที่สุด

3.2 การส่งเสริม (promotion) ส่งเสริมความสมดุลและการใช้กฎหมายการพนันให้เหมาะสมระหว่างการสนับสนุนธุรกิจการพนันและผู้ที่เล่นการพนัน

3.3 การปกป้อง (protection) ปกป้องกลุ่มคนที่เปราะบาง สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการพนันมากที่สุด

4. การสาธารณสุขนั้นต้องอยู่ในภาวะสมดุลและมีการพิจารณาผลกระทบด้านต่างๆ จากทุกมิติ เช่น การลงทุนและประโยชน์ที่จะได้รับเกี่ยวกับการพนัน (costs and benefits)

การพิจารณาระบบการให้ความช่วยเหลือแบบสาธารณสุขนี้ เน้นเรื่องการป้องกันเพื่อลดพิษภัยที่จะเกิดขึ้นจากการพนันมากกว่าการรักษาผู้ที่ติดพนันอย่างหนัก

ดังนั้น ผู้นำเสนอระบบนี้ จึงคาดหวังว่า การช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหาคือ การทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหรือเยาวชน มีปัญหาที่มาจากการเล่นพนันโดยจัดกิจกรรมให้แก่ประชากรทุกระดับและทุกกลุ่มเพื่อให้เกิดความตระหนัก ใส่ใจในการป้องกันปัญหา และเมื่อพบว่าเริ่มมีปัญหาก็จะรีบมาปรึกษาเพื่อให้ปัญหาไม่ลุกลามจนอยู่ในขั้นที่หนักเกินเยียวยา

ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกา เสนอให้มีการนำเงินที่ได้จากการทำธุรกิจพนันที่เป็นรายได้ของรัฐบาลมาทำนโยบายการป้องกัน การให้ความรู้ และดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการพนันหรือติดพนัน¹¹ นอกจากนี้ มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการพนันทั้งสามระดับ (Derevensky's Prevention Model) คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ให้เป็นนโยบายระดับชาติในการดูแลเรื่องพนันในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการพนัน ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ – จัดทำนโยบายที่มีการให้ความรู้ประชาชน ทั้งระดับบุคคลคือ ตัววัยรุ่น ระดับครอบครัวคือผู้ปกครอง และระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและสร้างความตระหนัก รู้จักและเข้าใจเรื่องผลกระทบของการติดพนัน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือเสนอกิจกรรมหรือรูปแบบการป้องกันปัญหาการเล่นพนันในวัยรุ่นร่วมกับรัฐบาล

ระดับทุติยภูมิ – เมื่อมีวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเริ่มเข้าไปสนใจการเล่นพนัน แต่อาจจะยังไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองหรือคนรอบข้าง การวางกลยุทธ์ในระดับนี้คือ รัฐบาลให้การอบรมเจ้าหน้าที่ บุคลากรหรือผู้นำชุมชน มีความสามารถในการคัดกรอง หรือสังเกตผู้ที่เริ่มมีปัญหาในระยะแรกๆ และให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม สกัดกั้นการกล้ำตัวเข้าไปเป็นผู้ติดพนัน มีกระบวนการหรือวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดจากการพนัน เช่น การคัดกรองผู้เริ่มหัดเล่นพนัน เอกสารเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพนัน แนวทางหรือระบบการให้ความช่วยเหลือจากชุมชนที่สามารถติดต่อหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และโปรแกรมเชิงรุกที่พัฒนาหรือคิดสร้างสรรค์ขึ้นเองจากชุมชน

ระดับตติยภูมิ – เมื่อผู้เล่นพนันมีปัญหาจากการพนันมากขึ้น ก็ถึงเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเต็มรูปแบบและได้ผล รัฐบาลเน้นให้การดูแลรักษาอย่างครบวงจร ทั้งด้านความสะอาด รวดเร็ว ระบบส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือการใช้โทรศัพท์สายด่วนในการให้บริการรักษาสำหรับผู้ไม่สะดวกใจที่จะให้ใครเห็นหน้าเห็นตา หรือไปพบเจ้าหน้าที่¹²

Rahman และคณะ เสนอมาตรการป้องกันคนติดการพนันในเรื่องชนิดของพนันและวิธีการส่งเสริมการเล่นพนันโดยไม่ตั้งใจ เช่น **ไม่ควรจัดให้มีการแจกรางวัลด้วยตัวลอตเตอรี่ ไม่นำอุปกรณ์หรือสิ่งใดๆ ที่มีลักษณะคล้ายการพนันมา让孩子หรือวัยรุ่นเป็นแรงจูงใจหรือเป็นรางวัล** เพราะการศึกษาวัยพบว่า ผู้ที่ติดพนันมักมีประวัติสัมผัสสิ่งเหล่านี้ตั้งแต่ยังเป็นเด็กๆ หรือเป็นวัยรุ่น ซึ่งในครั้งนั้นเด็กไม่รู้สึกละอายหรืออายที่เล่นการพนัน และมีความรู้สึกคุ้นเคยกับการเล่นพนัน นอกจากนี้การสร้างตระหนักให้แก่ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ในการปกป้องเด็กและวัยรุ่นไม่ให้สัมผัสกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการพนัน หรือรู้เท่าทันกลไกการติดพนันก็สามารถช่วยลดปัญหาเด็กหรือวัยรุ่นเริ่มเล่นพนันได้¹²

Blaszczynski และคณะ¹³ ได้ศึกษาสาเหตุของผู้มีปัญหาการพนัน ด้วยการรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ (พันธุกรรม) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของบุคคล ด้านพัฒนาการ ด้านสติปัญญาและความคิด ด้านการเรียนรู้ และ ด้านสังคมวิทยา มาผสมผสาน เรียกว่า “ **Integrated Pathway Model** ” เพื่ออธิบายถึงภาวะที่บุคคลจะมีความเสี่ยงต่อการเล่นพนันจนเป็นปัญหา และจะได้มีแนวทางในการพิจารณาการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมบนแต่ละโมเดลโดยการแก้ไขที่สาเหตุ และให้การรักษาที่ไม่เหมือนกัน ดังต่อไปนี้ คือ

1. Behavioral model เน้นหลักพฤติกรรมและการเรียนรู้ของมนุษย์ บางคน ยิ่งได้ก็ยิ่งเล่นหรือบางคนยิ่งเสียก็ยิ่งเล่นเพื่อเอาทุนคืน จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดการพนัน โมเดลนี้จะอธิบายสาเหตุของการที่บุคคลมีแนวโน้มติดหรือไม่ติดพนัน จากทฤษฎีการเรียนรู้และหลักพฤติกรรมศาสตร์

2. Emotionally vulnerable model ผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาอารมณ์ – คล้ายโมเดลที่ 1 แต่เพิ่มเรื่องความเสี่ยงด้านอารมณ์ของบุคคลที่มาจากด้านชีวภาพ การถูกกระตุ้นหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่าย และการมีประสบการณ์ในวัยเด็กเล็กที่ไม่ค่อยดี บุคคลเหล่านี้จึงเสี่ยงต่อการมีปัญหาจากการเล่นพนัน

3. Impulsivity model เป็นกลุ่มผู้มีปัญหาด้านชีวภาพและจิตสังคม รวมกับภาวะทุนหันพลันแล่น ไม่ยับยั้งชั่งใจ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่ตื้นตันเร้าใจ การเล่นพนันของคนเหล่านี้ก็เพื่อจะหลบหนีความเครียดหรือความทุกข์ใจที่มีอยู่ ทำให้บุคคลมีโอกาสดิตพนันมากขึ้น

อย่างไรก็ตามทั้ง 3 ตัวแบบที่เสนอนั้น ยังต้องการการทดสอบถึงความถูกต้องจากการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ต่อไป¹³

การพิจารณาระบบการให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยความรู้จาก Integrated Pathway Model นี้ มีประโยชน์ในการทำความเข้าใจในตัวผู้ที่มีปัญหาจากการพนันว่ามีสาเหตุของปัญหาอย่างไร และต้องมีการวางแผนการรักษาแบบสหสาขา (multidimensional approach) เพื่อการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล ครอบคลุม หรือชุมชน ได้อย่างเหมาะสมต่อไป ¹⁴

ประเทศสหรัฐอเมริกายังมีการนำนโยบายลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง มาใช้ในการดูแลวัยรุ่น เพื่อป้องกันปัญหาจากการพนัน โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลป้องกัน ผู้ที่มีปัญหาจากการติดสุรา¹³

ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลีย ในระดับบริหารมีมุมมองเกี่ยวกับผลประโยชน์จากการจัดเก็บ ภาษีธุรกิจการพนัน หรือการส่งเสริมกิจกรรมคล้ายการพนันเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และ โทษหรือผลกระทบทางลบจากการสนับสนุนให้มีการเล่นพนันอย่างถูกกฎหมาย

ในเชิงสังคมหรือสุขภาพ เนื่องจากรัฐบาลในแต่ละมลรัฐและแคว้นต่างๆ ในประเทศ มีนโยบายการหาเงินเข้ามาใช้ในการบริหารงานแตกต่างกัน ในขณะที่การทำให้ประชาชนเกิด ปัญหาจากการเล่นพนันซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดบริการให้ ถูกมองว่าส่งผลต่อการพัฒนาประเทศชาติ เช่นกัน การจะจัดให้มีการบริการช่วยเหลือรักษาผู้มีปัญหาจากการเล่นพนันอย่างเต็มรูปแบบ จึงเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน หรือการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อป้องกันผู้ติดการพนันจึงอาจยังทำได้ ไม่เต็มที่¹⁵

อย่างไรก็ตาม ประเทศออสเตรเลียมีการกำหนดกฎหมายเพื่อลดความเป็นอันตราย จากการพนันสำหรับผู้ que เล่นพนัน เช่น การเล่นพนันผ่านอินเทอร์เน็ต ต้องมีการบันทึกหรือ ลงทะเบียนผู้เข้าเล่นอย่างเป็นระบบและชัดเจน มีระบบควบคุมเวลาเล่นและจำนวนเงิน ที่เล่นพนัน มีระบบเตือนผู้เล่นเมื่อเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเล่นพนันและระบบสามารถหยุด ผู้เล่นพนันได้อย่างอัตโนมัติ มีการตรวจสอบอายุของผู้เล่นพนันอย่างจริงจังให้เป็นไปตาม ที่กฎหมายกำหนดไว้ ควบคุมการใช้เงินผ่านบัตรเครดิตเพื่อเล่นพนัน มีระบบช่วยเหลือ ให้คำแนะนำเบื้องต้นหรือคัดกรองผู้เริ่มมีปัญหาจากการเล่นพนันได้อย่างทันทั่วทั้งทีและบริการการบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมทั่วถึง นอกจากนี้มีระบบการเก็บภาษีจากการเล่น พนันและตรวจสอบประเมินผลจากการเล่นพนันของบุคคลว่ากระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างไรด้วย มีกฎหมายควบคุมการโฆษณา ประชาสัมพันธ์การเล่นพนันของบริษัท ที่ทำการจูงใจผู้เล่นอย่างรัดกุม การมีกฎหมายควบคุมต่างๆ นี้จะช่วยให้ประเทศดำเนินงาน

ตามกฎหมายระเบียบปฏิบัตินานาชาติเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการเล่นพนันที่ส่งผลกระทบต่อผู้เล่นที่เป็นมาตรฐานสากล¹⁶

แนวคิดสำคัญในการสร้างระบบช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
คือ การทำให้ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีในการสนใจ รับฟัง เข้าใจสาเหตุของปัญหา
การเล่นพนันในบุคคลนั้นๆ และพร้อมจะช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการพนัน¹⁴

อย่างไรก็ตาม ประเทศออสเตรเลียยังมีความสนใจที่จะทำการป้องกันผู้เล่นพนันไม่ให้ประสบปัญหาจากการพนัน โดยมีนโยบายที่จะทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมว่า การพนันเป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์หรือไม่ มีปัจจัยใดทำให้คนหันไปเล่นพนันและปัจจัยใดที่ทำให้คนเล่นพนันไม่ติดการพนัน เพื่อนำมาสู่กระบวนการประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ทั้งหลายเกี่ยวกับการพนันให้ประชาชนทราบหรือทำความเข้าใจกันมากขึ้น ศึกษาการเข้าถึงการเล่นพนันที่มีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะการพนันที่เล่นผ่านระบบออนไลน์ซึ่งสะดวกรวดเร็วไม่สามารถควบคุมได้ในลักษณะทางกายภาพ และอาจส่งผลต่อการเล่นและติดพนันรุนแรงได้ง่ายในเด็กและเยาวชน การประเมินประสิทธิภาพของการป้องกันระดับปฐมภูมิว่าทำได้ผลหรือไม่อย่างไร โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นเจ้าของธุรกิจการพนัน รัฐบาล บุคลากรด้านสุขภาพ ชุมชนหรือแม้แต่ตัวผู้เล่นพนันให้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของการดูแลป้องกันปัญหาจากการพนันร่วมกัน มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาผู้ติดพนันให้เป็นมาตรฐานถูกต้องมากขึ้น เพื่อเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ประเทศสหรัฐอเมริกา และนิวซีแลนด์ มีกฎหมายเกี่ยวกับการเล่นพนันออนไลน์ ว่าเป็นการผิดกฎหมายหากเล่นกับสถานประกอบธุรกิจการพนันเถื่อน แต่ถ้าเป็นสถานประกอบธุรกิจที่ถูกกฎหมายก็สามารถเล่นได้ ทั้งนี้เพื่อปกป้องธุรกิจการพนันที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้ดำเนินการซึ่งต้องจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าธรรมเนียมในการประกอบธุรกิจให้กับรัฐบาล นอกจากนี้มีการวางเงื่อนไขในการอนุญาตให้ประชาชนสามารถเล่นพนันได้ในบางพื้นที่ บางชนิด มีการจำกัดการเล่นพนันของประชาชนด้วยคุณลักษณะบางประการ หรือจำกัดการเล่นพนันด้วย

ระดับเศรษฐกิจตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมของประเทศนั้นๆ โดยมีกฎหมายลงโทษและปรับผู้กระทำการละเมิดกฎหมาย แต่พบว่าการควบคุม กำกับหรือติดตามธุรกิจการพนันเถื่อนนั้นก็ทำได้ยาก¹⁷

ในประเทศออสเตรเลีย เปิดโอกาสให้คนต่างประเทศสามารถดำเนินธุรกิจการพนันได้ หากได้รับการอนุมัติว่าทำถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประเทศ และการควบคุมกำกับผลกระทบด้านลบที่จะเกิดขึ้นกับคนในประเทศอย่างเข้มงวด ในขณะที่บางประเทศเช่น อิตาลี เนเธอร์แลนด์ ไม่อนุญาตให้ชาวต่างชาติทำธุรกิจนี้ และบางประเทศก็มีรัฐบาลเป็นเจ้าของในการจัดบริการเล่นพนันเอง เช่น ประเทศแคนาดา นอร์เวย์ สวีเดน คือรัฐบาลดำเนินการและตั้งกฎระเบียบขึ้นมาเอง โดยคำนึงถึงประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม¹⁷ ซึ่งการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการพนันนี้ย่อมส่งผลต่อการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการพนันบ้างไม่มากก็น้อย

รัฐบาลสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเริ่มจากการก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1,030 คน ในปี ค.ศ. 1928 (พ.ศ. 2471) และมีการพัฒนาการดูแลรักษา การฝึกอบรมบุคลากรด้านจิตเวชและจิตวิทยามาเป็นลำดับ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2001 (พ.ศ. 2543) ได้ก่อตั้งระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการติดสารเสพติด (ยาเสพติด สุรา บุหรี่) และสิ่งที่ไม่ใช่สารเสพติด (เกม การพนัน) โดยอาศัยหลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เน้นการรักษาที่ตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนสังคม มีหน่วยงานสุขภาพจิตชุมชนลงเยี่ยมบ้านหรือโรงเรียนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้อื่นที่ได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อมและช่วยให้ครอบครัวหรือชุมชนเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช การให้ความช่วยเหลือการจัดหางานทำเพื่อลดภาระผู้ป่วยต่อครอบครัวหรือชุมชน¹⁸

ส่วนที่ 3

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
โครงสร้างและองค์ประกอบ

โครงสร้างของระบบการให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

การให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน มิได้เริ่มจากการดูแลช่วยเหลือ แต่ผู้มีปัญหาการพนันเท่านั้น แต่ควรเริ่มตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อไม่ให้มีผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันตามมาด้วยการช่วยเหลือแก้ไขเป็นเรื่องสุดท้ายเพื่อบำบัดรักษา หรือประคับประคอง และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยรวมไปถึงสังคมหรือชุมชน

โครงสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือในประเทศที่มีการพัฒนาแล้วในด้านการแพทย์และสาธารณสุข มักเน้นการวางแผนงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วยหรือมีภาระจากการเจ็บป่วยไปพร้อมๆ กับการจัดบริการสาธารณสุขในด้านการรักษา และฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้ว มักมีความพร้อมในด้านองค์ความรู้ที่ผ่านการทบทวนมาอย่างต่อเนื่อง มีบุคลากรที่มีคุณภาพและความเชี่ยวชาญเพียงพอ มีเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน อีกทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาย่อมส่งผลดีต่อภาพรวมของประเทศ คือการไม่เป็นภาระด้านต่างๆ ในการรักษาพยาบาล การปราบปรามโจรผู้ร้ายหรือผู้ที่ติดการพนันแล้วก่อปัญหาอาชญากรรม การทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว การตกงาน ว่างาน หรือถูกไล่ออกจากงานของผู้มีปัญหาติดการพนัน การไม่เรียนหนังสือ ขาดความรู้ความชำนาญในการประกอบอาชีพในวันข้างหน้า ศักยภาพเสื่อมถอยหรือไร้คุณภาพของเด็กเยาวชน ซึ่งจะต้องเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่เพื่อดูแลประเทศต่อไปในวันข้างหน้า เป็นต้น การทำงานป้องกันจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพและช่วยให้ประเทศเจริญก้าวหน้าได้ต่อไป

หลักการส่งเสริมและป้องกัน

หลักการส่งเสริมและป้องกัน มี 3 ระดับ ดังนี้

1. Universal preventive intervention คือ การป้องกันปัญหาให้แก่ประชาชนในชุมชน เป็นระยะก่อนเกิดโรคติดพันหรือปัญหาจากการเล่นพนัน เป็นงานที่ต้องการผู้ที่มีความรู้และความสนใจเกี่ยวกับหลักการสาธารณสุขคือทำงานในระดับชุมชนและสังคม เน้นการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือจัดแผนงานส่งเสริมสุขภาพที่เป็นระดับชุมชนมากกว่าตัวบุคคล

วัยรุ่นที่เริ่มต้นเล่นพนันเมื่ออายุน้อย พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดพนันมากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มเล่นเมื่ออายุมากกว่า ดังนั้นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการติดพนันในระดับนี้คือการพยายามยืดอายุที่เริ่มต้นเล่นของวัยรุ่นออกไปให้มากที่สุด ยังไม่เคยเล่นตอนเป็นวัยรุ่นได้ก็จะเป็นการดี เพราะเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่เล่นการพนันก็มีมากขึ้น¹⁴

นอกจากนี้การสร้างความรักความผูกพันระหว่างพ่อกับลูกหรือแม่กับลูก นับว่าเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้ลูกไปติดการพนัน การให้ความรัก ความเอาใจใส่ การอบรมสั่งสอนเหมาะสมเป็นที่ปรึกษาหรือให้คำแนะนำลูกอย่างสม่ำเสมอทำให้ลูกไม่ติดพนัน¹⁴

2. Selective preventive intervention คือ การป้องกันการเกิดปัญหาในกลุ่มประชากรที่เริ่มมีความเสี่ยงหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคติดพันหรือปัญหาการเล่นพนันแก่บุคคลนั้น โดยปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมักมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้นที่ส่งผลให้บุคคลไปเล่นหรือติดการพนัน เช่น เยาวชนที่อยู่ในชุมชนที่มีบ่อนการพนันหลายแห่ง เพื่อนสนิทมีพฤติกรรมเล่นหรือติดการพนัน เป็นต้น จึงควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการควบคุมตนเอง หักห้ามใจไม่ไปเล่นการพนัน มีระบบให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบว่าเริ่มมีปัญหาที่รวดเร็ว ทันใจและมีความสะดวก เพื่อไม่ให้ปัญหายายตัวหรือทำให้ปัญหาเล็กน้อยถูกแก้ไขให้หมดไปทัน่วงที

แนวทางการให้ความช่วยเหลือ โดยเน้นการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การลดปัญหาที่จะเกิดในกลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มเล่นพนันแล้วแต่ยังไม่มีปัญหา (จัดว่าเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดพนัน)

กิจกรรมที่ควรทำ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อตนเองหรือผู้อื่น
2. สอนหรือให้ความรู้วัยรุ่นเกี่ยวกับการเล่นพนันว่าเป็นความเสี่ยงและโอกาสเสียมากกว่าได้ตามหลักคณิตศาสตร์ เพื่อปรับความคิดการอยากเล่นพนันมากเพื่อให้ได้ชัยชนะ อีกทั้งเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากมีอาการติดพนัน
3. เปลี่ยนความคิด ความเชื่อหรือค่านิยมที่ผิด ได้แก่ การเชื่อว่าตนมีความสามารถพิเศษในการเล่นพนัน ความสามารถคาดผลหรือกำหนดผลการพนันได้ เป็นต้น
4. กำกับดูแลการเล่นพนันของวัยรุ่นให้อยู่ในข้อตกลงกันอย่างเคร่งครัด ได้แก่ จำนวนครั้งที่อนุญาตให้เล่น ระยะเวลาที่ใช้ในการเล่น จำนวนเงินที่เล่น เป็นต้น

เชื่อว่าการทำกิจกรรมดังกล่าวนี้ จะช่วยลดการเล่นพนันที่กลายเป็นปัญหาหรือเป็นโรคติดพนันในอนาคตของวัยรุ่นได้¹⁴

3. Indicated preventive intervention คือ การป้องกันการเกิดปัญหาในบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงในตนมากขึ้น หรือเริ่มมีพฤติกรรมการเล่นพนันแล้ว แต่ยังไม่มียาการติดหรือก่อปัญหาจากการเล่นพนัน ปัจจัยเสี่ยงนี้มาจากภายในตัวบุคคล เช่น บุคคลที่เป็นโรคสมาธิสั้น เป็นโรคซึมเศร้าหรือมีการใช้สารเสพติด พบว่าเป็นโรคที่เกิดร่วมกับการติดพนันบ่อยที่สุด การจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มนี้คือ การเฝ้าระวังและสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง การฝึกความสามารถในการควบคุมตนเอง ยับยั้งชั่งใจ ไม่ให้หันไปใช้การพนันเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดหรือความทุกข์ ลดปัญหาสัมพันธภาพไม่ดีในครอบครัว และรีบให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้หยุดเล่นการพนันในระยะเริ่มต้น และไม่หันกลับไปเล่นอีก

ประเทศที่พัฒนาแล้ว มักมีความตระหนักถึงส่วนรวมมากกว่าส่วนบุคคล การขอความร่วมมือหรือการให้บริการที่ส่งเสริมสุขภาพอันจะป้องกันหรือลดปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อ

ส่วนรวม มักได้รับการตอบสนองที่ดี และรวดเร็ว เช่น การขอให้ชุมชนงดเว้นการเปิดบ่อนการพนัน ที่ผิดกฎหมาย หรือ ห้ามลักลอบขายสินค้าแก่เด็กที่มีอายุน้อยกว่าเกณฑ์ที่รัฐบาลกำหนดไว้

หัวข้อประกอบของระบบการให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

เมื่อประชาชนมีปัญหาหรือเป็นโรคติดการพนันแล้ว การดูแลรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันอย่างครบวงจร และให้การฟื้นฟูเพื่อให้หายจากโรคหรือลดภาระต่างๆ หรือไม่กลับไปเล่นซ้ำอีก จึงเป็นสิ่งสำคัญ

หลักการสำคัญ คือ การเปิดช่องทางหรือโอกาสให้ผู้มีปัญหาจากการพนันเข้ามาขอคำปรึกษาได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีความเป็นส่วนตัว มีการสร้างแรงจูงใจในการสัมผัสเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่อง ครบวงจร และไม่หันกลับไปเล่นอีก และช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากผู้ติดพนัน

องค์ประกอบสำคัญสำหรับระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันประกอบไปด้วย

1. ด้านการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบการให้ความช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างสะดวก ไม่ซับซ้อน รวดเร็ว ค่าใช้จ่ายเหมาะสมแก่ผู้มีความทุกข์ติดพนัน นับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในระดับต้นๆ เนื่องจากผู้มีความทุกข์ติดพนันมักมีความลังเล ไม่พร้อม กังวลกับการถูกตำหนิ หรือถูกปฏิเสธจากบุคคลทั่วไป หากการบริหารลดปัญหานี้ได้ จะทำให้บุคคลที่มีปัญหาจากการพนันเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วขึ้น

สำหรับประเทศออสเตรเลีย¹⁹ มีการพัฒนาแนววิธีปฏิบัติในการรักษาผู้ติดพนัน (guideline) ที่ผ่านกระบวนการประชุมและศึกษาวิจัยจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข แล้วนำมาประกาศใช้สำหรับประชาชน การกระจายความรู้และวิธีการเหล่านี้ และอาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชนแต่ละท้องถิ่น เพื่อความสะดวกต่อการบริหารจัดการให้ตรงกับความต้องการของชุมชนนั้นๆ

โดยคณะกรรมการที่ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ (guideline) ได้ดำเนินงานใน ระยะที่ 1 เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลดิบทั้งหมดที่ได้ทำการศึกษาดีแล้ว จะถูกนำมาเตรียมเผยแพร่สู่ประชาชน
2. ปรับข้อมูลที่เป็นภาษาวิชาการให้เหมาะสม และเข้าใจได้ง่ายในระดับผู้บริโภค หรือ ประชาชน
3. จัดฝึกอบรมให้แก่บุคคลที่มีโอกาสจะได้ใช้แนวปฏิบัติ นี้
4. มีการประเมินผล guideline นี้ว่ามีประโยชน์และตอบสนองต่อความต้องการของ ประชาชนได้ดีหรือไม่ เพียงใด

กลยุทธ์ในการเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องแนวปฏิบัตินี้ ต้องผ่านไปที่ระดับนโยบายคือ รัฐบาลของทุกรัฐ หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการพนัน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้มีปัญหากจากการพนัน เช่น

1. Australian Federal, State and Territory Ministers ซึ่งรับผิดชอบงานวิจัยและ ให้บริการผู้ป่วยที่ติดการพนัน
2. หัวหน้าส่วนงานระดับ Australian Federal, State and Territory government ทุกแห่งที่รับผิดชอบงานวิจัยและให้บริการผู้ป่วยที่ติดการพนัน
3. กลุ่มผู้บริโภค หรือ คือผู้เล่นการพนัน
4. หน่วยงานที่ช่วยเหลือผู้ติดการพนันในทุกรัฐ

5. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย (Australian Association of Social Workers)

6. สมาคมผู้ให้คำปรึกษาแห่งประเทศไทย (Australian Counseling Association)

7. สมาคมธุรกิจการพนันแห่งประเทศไทย (Australian Casino Association)

8. สมาคมโรงแรมแห่งประเทศไทย (Australian Hotel Association)

และองค์กรอื่นอีกมากมายไม่ว่าจะเป็นองค์กรใดที่เกี่ยวข้องกับผู้เล่นการพนันทั้งที่มีปัญหาหรือไม่มีปัญหา¹⁹ พร้อมทั้งได้ทำเว็บไซต์เผยแพร่เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ให้เครื่องมือประเมินที่ผู้สนใจสามารถเข้าไปดาวน์โหลดข้อมูลได้ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำติชมเพื่อการพัฒนา

2. ด้านงบประมาณ

การรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน ต้องใช้งบประมาณและระยะเวลามาก และต่อเนื่อง เพราะเป็นการรักษาทางจิตวิทยาที่ต้องการเวลาในการเปลี่ยนแปลงความคิดหรือพฤติกรรม รวมทั้งการปรับตัวของครอบครัวหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีหลายหน่วยงานที่เป็นองค์กรอิสระ ได้จัดระบบให้บริการการดูแลรักษาโดยไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากทางภาครัฐบาล แต่มีแรงบันดาลใจในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความทุกข์จากเรื่องปัญหาการติดพนันหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน และบริหารการเงินด้วยเงินบริจาค บางหน่วยงานที่จัดให้บริการโดยคิดค่าใช้จ่ายตามจริง ก็อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มีปัญหาการพนันที่มีฐานะยากจน หรือกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่ยังไม่มีรายได้เป็นของตนเองได้ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดระบบการให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในยุคที่เศรษฐกิจมีการแข่งขันสูง มีค่าใช้จ่ายสูงตามมา องค์กรของรัฐบาลดูเหมือนจะเป็นหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันได้ดี เนื่องจากใช้งบประมาณของประเทศ แต่ก็ขึ้นอยู่กับนโยบายระดับประเทศที่จะจัดสรรมาสู่การป้องกันปัญหาและการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ได้รับผลกระทบจาก

การพนันด้วยสัดส่วนอย่างไร เมื่อเทียบกับการพัฒนางานด้านอื่นๆ อีกหลายด้าน ในประเทศที่รัฐบาลเป็นผู้อนุมัติให้มีธุรกิจการพนันเพื่อนำเงินรายได้จากการพนันมาพัฒนาประเทศจะคำนึงถึงผลกระทบที่ตามมาจากธุรกิจการพนันในแง่มุมต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข ประเทศเหล่านั้นมักพิจารณาการจัดสรรเงินส่วนหนึ่งมาดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน ในขณะที่การส่งเสริมการเล่นพนันเพื่อให้รัฐบาลมีรายได้ก็ยังคงดำเนินต่อไป

3. ด้านองค์ความรู้

การใช้ความรู้ ความสามารถ หรือทักษะทางจิตวิทยา ถือเป็นเรื่องสำคัญของระบบการให้ความช่วยเหลือฯ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการพนัน เป็นเรื่องที่ต้องการผู้มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะความสามารถในการสื่อสาร การให้คำปรึกษาและชักชวนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด หรืออาชีพบำบัด สามารถที่จะได้รับการฝึกฝนให้มีความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ แบบทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งการให้คำปรึกษาอย่างมืออาชีพ

ต้องมีการทบทวน ศึกษาหลักการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการพนันที่ได้มาตรฐานหรือถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ต้องมีการศึกษาวิจัย ค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อนำข้อมูลที่ศึกษาได้มาสนับสนุนการรักษา อาจมีการรักษาบางประเภทที่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดหรืออาจมีการรักษาบางประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องศึกษา เรียนรู้จากประเทศต่างๆ ไปพร้อมกันในเชิงวิชาการและนำมาพัฒนาหรือปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศของตน ตัวอย่างเช่น การรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) มีงานวิจัยจากหลายๆ ประเทศว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาการพนันที่ได้รับการรักษาด้วย CBT กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ ผลปรากฏว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นกว่าพวกที่ไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่องค์กร NICE (The National Institute Health and Clinical Excellence) แห่งประเทศออสเตรเลีย ยอมรับและแนะนำการรักษาด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยหลายๆ โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล ยาเสพติด ฯลฯ แต่ยังไม่แนะนำว่าควรใช้ CBT ในการรักษาผู้มีปัญหาจากการพนัน¹⁹

ในประเทศออสเตรเลีย มีหลักสูตรการฝึกอบรม CBT ที่เป็นมาตรฐานสำหรับ นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ หรือผู้ให้คำปรึกษาทั่วไป โดยต้องผ่านหลักสูตรตามที่ประเทศกำหนดไว้ และมีการสอบวัดระดับความสามารถต่อเนื่อง (Continuing Professional Education) เพื่อขอต่อใบอนุญาตในการรักษาด้วยวิธี CBT ของสมาคมนักจิตวิทยาแห่งประเทศไทย ออสเตรเลียและราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและนิวซีแลนด์¹⁹

4. ด้านบุคลากร

การดำเนินการให้ความช่วยเหลือนี้ จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่เข้าใจปัญหา มีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น มีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่กำลังประสบปัญหา พร้อมจะรับฟังและให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจและเต็มใจ คุณลักษณะนี้ของบุคลากรจัดว่าเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าองค์ความรู้ที่จะนำมาหยิบใช้สำหรับให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาแต่ละราย และสามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันได้เปลี่ยนใจมาขอรับการบำบัดรักษาได้

ระบบการรักษาควรประกอบไปด้วยทีมผู้ให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความต้องการจะช่วยเหลือ แม้แต่อาสาสมัครที่สนใจเป็นผู้ช่วยเหลือผู้มีปัญหาการพนัน

เช่น อดีตผู้ป่วยที่เคยประสบปัญหาการพนันมาก่อนแต่ปัจจุบันหยุดเล่นได้แล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจและให้การช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหาการพนันได้ โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเอง หรือ แม้แต่บุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการช่วยเหลือ อาจเข้ามาสมัครเป็นอาสาสมัครหรือจิตอาสาและรับการฝึกฝนอบรม ให้มีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันอย่างถูกต้องเหมาะสม

5. สถานที่ให้บริการ

แม้จะมีหลายหน่วยงานเปิดให้บริการให้ความช่วยเหลือในหลายแห่ง แต่ยังไม่สามารถเปิดบริการให้ครอบคลุมได้ทั้งประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศใด ประชาชนยังต้องเดินทางไปจุดที่สถานบริการเปิดให้บริการ ซึ่งอาจจะห่างไกลจากที่พักอาศัยหรือที่ทำงาน ซึ่งสถานบริการที่เหมาะสมแก่การให้บริการควรอยู่ในแหล่งที่เดินทางไปมาได้สะดวก มีระบบการจราจรหรือขนส่งสาธารณะที่ดี ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ถ้าต้องการเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชน ก็ต้องจัดให้เหมาะสมกับเด็กและวัยรุ่น เช่น ไม่ควรตั้งอยู่ในระบบโรงพยาบาลเนื่องจากมีขั้นตอนมาก เน้นการใช้เอกสาร การลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบข้อมูลบุคคลซึ่งวัยรุ่นจะไม่นิยม จำนวนผู้ป่วยในระบบการรักษาอื่นๆ มีมากมายในแต่ละวันและปะปนกัน ต้องเสียเวลารอคอยเพื่อทำการคัดกรองปัญหา เป็นต้น สถานบริการที่ดีสำหรับวัยรุ่น อาจจัดเป็นระบบดูแลช่วยเหลือเฉพาะปัญหาการเล่นพนันอย่างเดียว อาจตั้งอยู่ในบริเวณที่ใกล้โรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย ติดสถานีรถไฟ มีระบบการขนส่งสาธารณะที่สะดวกไปมาง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการขอคำปรึกษาเนื่องจากวัยรุ่นไม่มีรายได้ และบางครั้งอาจกำลังเสาะหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอยู่โดยไม่ได้บอกผู้ปกครอง จึงไม่มีรายได้ที่จะมาชำระค่าบริการ¹⁴ หากเป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน การจัดสถานที่ก็ควรจัดตั้งในที่เดินทางสะดวกเช่นกัน เป็นสถานบริการเฉพาะกิจสำหรับเรื่องการพนัน ไม่มีการบันทึกชื่อบุคคล ความเป็นส่วนตัว ค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป เปิดให้บริการในวันและเวลาหยุดราชการด้วย หากเป็นระบบโทรศัพท์หรือเว็บไซต์ ควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันเพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาทันทีเมื่อเขาตัดสินใจมาขอคำปรึกษาแนะนำ

ส่วนที่ 4

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
รูปแบบและวิธีการดำเนินงาน

รูปแบบและวิธีดำเนินงาน : ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญต่อการเล่นพนันที่เป็นปัญหาว่าเป็นโรคทางจิตเวช และควรได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์ประมาณปี ค.ศ. 1980 (พ.ศ.2523) แต่ยังไม่ค่อยมีใครให้ความสำคัญในการวินิจฉัยโรคติดการพนันและไม่มีผู้ป่วยติดการพนันอยู่ในงานวิจัยมากนัก กระทั่งปัจจุบันที่มีการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยและจัดกลุ่มโรคนี้ให้อยู่ในกลุ่มพฤติกรรมเสพติดทั้งหลายเช่นเดียวกับการติดสารเสพติด จึงอาจเป็นแนวโน้มที่จะทำให้มีการวินิจฉัยมากขึ้น และได้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา พร้อมทั้งเพิ่มการทำงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดพนันได้มากขึ้น²⁰

มีการศึกษาวิจัยและให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดการพนันหลายรูปแบบดังต่อไปนี้

1. The McGill Treatment Paradigm¹⁴

ทีมมหาวิทยาลัย McGill มีศูนย์วิจัยและรักษาผู้ติดพนันขั้นรุนแรง ซึ่งได้ทำการศึกษาวิจัยวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้ผล โดยศึกษาวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการพนันในเด็กและเยาวชนอายุ 14-21 ปี จำนวน 50 คน เป็นเวลา 7 ปีต่อเนื่อง โดยอาศัยทฤษฎีของ Jacobs (General Theory of Addictions) และ Blaszczynski (Pathways Model) ดังได้เคยกล่าวข้างต้นพบว่า การติดตามผู้ป่วยหลังจากการรักษา 1 ปี ได้ผลการรักษาที่ดีคือ ผู้ป่วยไม่กลับไปเล่นพนันอีกเลย ซึ่งงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการวัดผลว่า **ตัวชี้วัดความสำเร็จในการรักษาผู้มีปัญหาการพนัน คือ การหยุดเล่นพนัน (abstinence) ได้นานที่สุด** การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การมีสุขภาพจิตดีขึ้น แต่ภายหลังจาก 1 ปี พบว่าจำนวนวัยรุ่นที่ติดตามได้มีน้อยลง ในบางรายที่ยังคงติดต่อได้พบว่า ยังไม่มีการกลับไปเล่นพนันใหม่ แต่ผู้วิจัยสงสัยว่า คนที่หายไปจากการติดตามอาจกลับไปเล่นพนันใหม่แล้วก็ได้ เนื่องจากไม่อยากจะกลับมารักษาก่อนหรือไปรับการรักษาจากสถานที่อื่นแทน ทั้งนี้อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ใหญ่ที่ติดพนันและมารับการรักษาว่า มีประวัติเคยรักษาที่อื่นมาก่อนเมื่อครั้งเป็นวัยรุ่น และเมื่อกลับมาเล่นการพนันอีก ก็จะไม่อยากกลับไปรักษาที่เดิม¹⁴

ปกติ ผู้ที่เล่นพนันจนมีปัญหา มักไม่มารับการรักษาด้วยความสมัครใจ แต่อาจมารับการรักษาเพราะถูกส่งตัวมาจากระบบกฎหมาย หรือจากผู้ปกครองบังคับ เพื่อนสนิท หรือคู่ครองบังคับให้มารักษามีฉะนั้นความสัมพันธ์จะต้องหยุดลง เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้เล่นพนันที่มีปัญหาอาจมีภาวะผิดปกติทางจิตใจหรือโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่ โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล ภาวะควบคุมหยุดยั้งตนเองไม่ได้ ปัญหาทะเลาะวิวาท มีคดียุติความ เหล่านี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ทำการรักษาจะต้องประเมินตามหลัก General Theory of Addictions และ Pathways Model เพื่อให้เข้าใจบุคคลที่ติดการพนันว่า อยู่ในกลุ่ม pathway ใดเพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ

กลุ่มลักษณะบุคคลที่ติดการพนัน มี 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. Pathway 1 : Behaviorally - conditioned problem gamblers

ผู้เล่นพนันกลุ่มนี้ มีลักษณะที่ชอบเล่นเพื่อได้ลุ้นรางวัลใหญ่ ชอบความตื่นเต้นเร้าใจ โดยได้รับอิทธิพลจากการถูกวางเงื่อนไขจากทฤษฎีการเรียนรู้ในอดีต (conditioning learning theory) คือ เล่นแล้วได้ ก็รู้สึกตื่นเต้น ต้องการลุ้นว่าน่าจะได้รางวัลใหญ่ๆ อีก และต้องการเอาคืน (คือเล่นแก้ตัวอีก) ถ้าเล่นแล้วไม่ได้ในรอบนี้ มักเป็นลักษณะของคนที่ชอบเล่นตามบ่อนคาสิโน กลุ่มนี้มักนำเงินที่เล่นมาจากครอบครัว สถานที่ทำงาน ขโมย ยักยอกจากคนรอบข้าง มีประวัติเรื่องการขอยืมเงินคนไปทั่วและไม่มีความสามารถในการใช้คืน คนกลุ่มนี้มักจะยอมรับว่าเล่นมากเกินไป และหงุดหงิดถ้าไม่ได้เล่น และต้องการความช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์หลักในการรักษาคนกลุ่มนี้คือ ค่อยๆ ช่วยให้เขาเล่นพนันน้อยลง เนื่องจากว่าเขาไม่สามารถหักดิบเลิกเล่นได้ทันที จะเกิดความเครียดความทุกข์อย่างมาก โดยฝึกควบคุมให้ค่อยๆ ลดการเล่นทั้งเรื่อง จำนวนเงิน ความถี่ในการเล่น และจำนวนเวลาที่เล่น ให้ฝึกปรับความคิดที่ผิดๆ เกี่ยวกับการเล่นพนัน (restructuring) ที่ว่าจะมีเทคนิคได้รางวัลง่ายๆ ปรับเวลาว่างที่มีอยู่ไปทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพนันหรือจัดการวางแผนการทำกิจกรรมในแต่ละวันตามความสำคัญของกิจกรรมที่ควรทำก่อนหลัง โดยไม่ให้มีโอกา

ไปแหว่เล่นการพนัน พยายามหากกลุ่มเพื่อนใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มชอบเล่นการพนันหากบุคคลนั้นมีการ
ใช้ยาหรือสารเสพติดร่วมด้วย ต้องปรับลดเวลาหรือความหมกมุ่นในการใช้ยาเช่นกัน

2. Pathway 2: Emotionally Vulnerable Problem Gamblers

ผู้เล่นกลุ่มนี้มีลักษณะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย ความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเองต่ำ การเล่นพนันเป็นการปลดปล่อยหรือหลีกเลี่ยงความทุกข์เหล่านี้ไปได้ชั่วคราว
หรือรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เงินที่ใช้เล่นพนันมักเป็นเงินของตนเองที่พ่อแม่ส่งมาให้ไว้
ใช้ในเรื่องจำเป็น แต่นำมาเล่นจนหมด หรืออาจใช้เงินล่วงหน้าจากบัตรเครดิต

วัตถุประสงค์หลักในการรักษาคนกลุ่มนี้คือ ต้องช่วยเขาให้หาสาเหตุของ
ความเครียดหรือความทุกข์ให้ได้ และช่วยให้เขาเรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหานั้นที่ต้นเหตุ โดยการ
เพิ่มทักษะการจัดการปัญหา การปรับตัวต่อความเครียดอย่างถูกวิธี กลุ่มนี้ควรชักชวน
ให้หักดิบจากการเล่นพนันเลย มากกว่าการค่อยๆ ลดการเล่นพนันลง

3. Pathway 3: Antisocial Impulsivity Problem Gamblers

ผู้เล่นกลุ่มนี้มีลักษณะต่อต้าน หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจสูง เป็นโรค
สมาธิสั้นหรืออารมณ์แปรปรวน มีความคิดความเชื่อที่ผิดโง่งว่า ตนสามารถทำนายผล
การพนันได้ และเมื่อมีความทุกข์จะใช้วิธีเล่นการพนันเพื่อเป็นความท้าทาย สะใจ เชื่อว่า
จะต้องเล่นให้ได้จนกว่าจะได้เงินที่เสียไป กลับคืนมา มีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม โกหก
เก่ง ขโมย จี้ ปล้น และมักพัวพันกับยาเสพติด

วัตถุประสงค์หลักในการรักษาคนกลุ่มนี้คือ ต้องรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น สมาธิสั้นหรือ
อารมณ์แปรปรวนหรือบุคลิกภาพต่อต้านสังคม เพื่อควบคุมความหุนหันพลันแล่นหรือ
ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ ต้องใช้เวลากับครอบครัวหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดในการปรับทัศนคติและ
ทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้คนในครอบครัวหรือคนสนิทสามารถเป็นกำลังใจ
ให้ผู้ป่วยมากกว่าการตำหนิเหยียดหยามในพฤติกรรมของผู้ป่วย และควบคุมการเล่นพนันให้
ลดลงและค่อยๆ ปรับความคิดผิดของผู้ป่วยเรื่องความสามารถในการทำนายผลการพนันได้

กระบวนการรักษาประกอบไปด้วย²¹

1. การสัมภาษณ์เพื่อประเมินผู้ป่วย (Intake assessment)

การสัมภาษณ์ด้วยเอกสารและระบบที่มีโครงสร้างตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (DSM-IV) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่ติดพันัน ประเมินผลกระทบการเรียนรู้ การทำงานหรือทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การใช้สุราหรือสารเสพติด การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ความภาคภูมิใจในตนเอง การมองตนเอง วิธีการจัดการแก้ไขปัญหา ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นต้น การประเมินโรคซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นอีกเรื่องที่ต้องสอบถามผู้ป่วยด้วย มีความจำเป็นที่จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา ความต้องการและเป้าหมายในการรักษาของผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันก็ต้องถามถึงความคาดหวังและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยด้วย **วัยรุ่นที่มารักษาส่วนใหญ่จะอยากให้อยู่กับพ่อแม่ที่พวกเขาไม่สามารถอดทนต่อการหักห้ามใจไม่ไปเล่นพนัน แต่งานวิจัยพบว่า คนที่มารักษาก็มีความลังเลใจในการเล่นพนันโดยเด็ดขาดถึงร้อยละ 60**

การรักษานั้น จัดให้เหมาะสมกับรายบุคคล โดยทีมงานที่เชี่ยวชาญ การเริ่มต้นมักจะมีการพบกันทุกสัปดาห์ แต่ก็อาจทำได้บ่อยกว่านี้หากมีความจำเป็นในบางราย จำนวนครั้งไม่แน่นอนขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน แต่อยู่ในระหว่าง 20-50 ครั้งต่อการรักษาจนสำเร็จ กระบวนการรักษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คล้ายกับการทำจิตบำบัด ซึ่งต้องมีองค์ประกอบดังนี้

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 การคิดวิธีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย

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 ผู้รักษาต้องแสดงความรู้สึกรู้ใจ เห็นใจ ยอมรับฟังปัญหาด้วยความจริงใจ ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ต้องเคารพกติกาของผู้รักษา เช่น เรื่องการนัดหมายเวลาที่สม่ำเสมอ การเลื่อนนัดควรต้องบอกกล่าว หรือการไม่พูดคุยเกินเวลาที่กำหนดไว้

3. กระบวนการทำจิตบำบัด

การรักษาด้วยจิตบำบัดที่ได้ผล จะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น แต่ก็ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนด้วยว่า ขณะนั้นอาการหลักที่เป็นปัญหาจากการพนันคืออะไร เช่น หากผู้ป่วยกำลังมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง การทำจิตบำบัดอาจไม่ใช่ขั้นตอนแรกที่ต้อง

รับทำ แต่ควรให้การรักษาโรคซึมเศร้าให้ทุเลาลงก่อนด้วยการรับประทานยาต้านซึมเศร้า ปัจจัยสำคัญอีกประการคือความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองในตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความตั้งใจมาก และร่วมมือกับผู้รักษาเป็นอย่างดี ผลการรักษาก็เป็นไปด้วยดี นั่นคือ ผู้รักษาต้องประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะใดของความต้องการเปลี่ยนแปลง (stage of change) คล้ายๆ กับการรักษาในผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด

4. การพิจารณาลักษณะผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษามีความแตกต่างกันมากในรายละเอียดของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ผู้รักษาจำเป็นต้องรู้จักและคัดแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่จะดูแลเฉพาะเจาะจง เช่น ผู้ป่วยที่มีลักษณะวิตกกังวลอย่างมาก ไม่มีสมาธิจดจ่อกับคำพูดของผู้รักษา กระสับกระส่ายหรือไม่สามารถทำสิ่งที่ได้รับคำแนะนำไปในครั้งก่อนได้ หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อต้านสังคม ทำลายผู้รักษา มีประวัติลักขโมยเงินหรือทำร้ายผู้อื่นเพื่อให้ได้เงินมาเล่นพนัน เป็นต้น

การที่ต้องรู้จักลักษณะผู้ป่วยนี้ จะทำให้ผู้รักษาวางแผนการรักษาและดำเนินวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อเป็นพื้นฐานในการรักษาให้ดีขึ้นได้ต่อไป

5. การใช้หลักปรัชญาของการทำจิตบำบัด

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

หลักอีกข้อคือ ผู้ติดพนันมักมีความคิดที่ไม่เป็นไปตามความจริง เช่น เรื่องความสามารถของตนในการเสี่ยงโชค การควบคุมผลของการพนันได้ มีความสามารถในการเล่นพนันมากกว่าคนอื่น หรือ การประเมินต่ำเกินไปในเรื่องการพ่ายแพ้การพนัน จึงต้องช่วยปรับวิธีคิดดังกล่าว

หลักอีกข้อคือเมื่อติดพนันแล้ว จะทำให้ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวหรือคนสนิทแย่ง ซึ่งจุดนี้เป็นจุดสำคัญ เนื่องจากครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ติดพนัน สามารถมีกำลังใจหลุดพ้นจากวงจรนี้ได้ด้วยกำลังใจจากคนในครอบครัวหรือคนสนิท

หลักการรู้จักการใช้เงิน หรือ บริหารเงินอย่างมีคุณค่า ผู้ติดพนันมักประมาณค่าของเงินไม่เหมาะสม จึงนำมาใช้ในการเล่นการพนันจนหมด

การรักษาของโปรแกรมนี้ยังเชื่อว่า การไม่กลับไปเล่นการพนันอีกเลย คือการรักษาที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพที่สุด อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป หรือกลับไปเรียนหนังสือ ทำงานตามหน้าที่ได้อย่างเดิม การมีงานทำ หรือหายจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่นๆ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัวหรือคนสนิท และควรมีการติดตามเพื่อป้องกันการกลับไปเล่นซ้ำด้วย²¹

2. Gamblers Anonymous (GA) and Gam-Anon²²

การรักษาผู้ติดพนันที่นิยมมากที่สุดในปี ค.ศ.2000 (พ.ศ. 2543) คือ โปรแกรมการรักษาผู้ติดการพนันแบบนิรนามหรือ Gamblers Anonymous (GA) โดยใช้โปรแกรมการรักษาแบบเดียวกับผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนาม (Alcoholic Anonymous) ประกอบไปด้วยการประชุมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันของสมาชิกที่ติดการพนัน ปรีกษาขอความช่วยเหลือกันในเรื่องทางกฎหมาย การเงิน หรือการหางานทำ เป็นการทำกลุ่มบำบัดจำนวน 12 ครั้ง แต่พบว่า มีผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 10-30 ซึ่งในกลุ่มนี้ มีเพียงร้อยละ 8 ที่สามารถเลิกเล่นพนันได้อย่างเด็ดขาดเป็นเวลา 1 ปี และ ร้อยละ 7 เป็นเวลา 2 ปีขึ้นไป

3. การทำจิตบำบัดชนิดจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Psychotherapy)

มีรายงานว่าประสบความสำเร็จ โดย Bergler ในปี ค.ศ.1957 (พ.ศ. 2500) ที่รักษาผู้ป่วยจำนวน 60 คน และ 14 คนมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่ไม่มีรายงานว่าอีก 46 คนที่เหลือเป็นอย่างไร นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาวิจัยอื่นที่อ้างว่าได้ผล แต่เป็นจำนวนเคสที่ค่อนข้างน้อยและยังไม่มีผลการวัดผลที่ชัดเจน²²

4. การทำจิตบำบัดชนิดปรับพฤติกรรมและความคิด (Cognitive-Behavioral Therapy)

เป็นการรักษาทางจิตวิทยา เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด ผูกพันทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะทางสังคม เช่น การปฏิเสธเพื่อนที่ชวนเล่นพนัน การสังเกตตนเองและรู้สถานการณ์บางอย่างที่กำลังจะนำไปสู่การผลตอบแทนไปเล่นพนัน เพื่อทำการควบคุมตนเองและหยุดยั้งให้ได้ เมื่อทำได้ก็ให้แรงเสริมกับตนเองด้วยรางวัลที่เหมาะสม Bujold และคณะ ศึกษาผู้ป่วยติดพนันที่มารับการรักษาจำนวน 14 ราย เทียบกับผู้ป่วยติดพนัน 15 รายที่ยังไม่ได้รับการรักษาคืออยู่ระหว่างการรอคิวเพื่อรับการรักษาและแพทย์จะโทรไปคอยติดตามเตือนละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจิตบำบัดชนิดปรับพฤติกรรมและความคิดครบตามนัดหมายจำนวน 12 คนจากผู้ป่วย 14 คน ประสบผลสำเร็จในการเล่นพนันและเมื่อติดตามไปถึง 1 ปี พบว่า มีถึง 8 รายที่ยังคงไม่เล่นการพนันอย่างเด็ดขาด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา มีจำนวน 1 รายจากจำนวน 15 ราย ที่เลิกเล่นพนันได้²²

5. การใช้ยา (Pharmacotherapy)

องค์การอาหารและยาของสหรัฐยังไม่มีการประกาศว่า มีการใช้ยาตัวใดเป็นยาหลักในการรักษาโรคติดการพนันในผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ และยังไม่มีการศึกษาเรื่องความปลอดภัยหรือประสิทธิภาพของยาในการรักษาการติดพนันในวัยรุ่นเลย หากแต่มีการศึกษาวิจัยในผู้ใหญ่พอสมควร²³ ซึ่งก็มีการโต้แย้งว่า การรักษาได้ผลดีในผู้ใหญ่ที่ติดการพนันอาจไม่ได้ผลหรือมีความปลอดภัยน้อยกว่าในวัยรุ่น เนื่องจากสภาวะการเจริญเติบโตของสมองในเด็กและวัยรุ่นที่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวของเซลล์สมองอย่างต่อเนื่อง และการแสดงอาการติดพนันหรือการตอบสนองต่อการรักษาอาจไม่เหมือนกัน ต่อไปนี้เป็นการใช้ยาในการรักษาผู้ใหญ่ติดการพนันที่พอจะได้ผลเป็นที่ยอมรับจากการวิจัย²³

ผู้ที่ติดการพนันพบว่า มีปริมาณสารซีโรโตนินจำนวนน้อยกว่าปกติ ซึ่งสารตัวนี้มีความสำคัญต่อการควบคุมอารมณ์และการหยุดยั้งความอยาก ดังนั้น หากมีสารนี้น้อยลงความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือความอยากจึงลดน้อยลง ไม่สามารถหยุดความ

อยากเล่นพนันได้ การใช้ยาในกลุ่มต้านเศร้า เพื่อเพิ่มสารซีโรโตนินจึงช่วยรักษาอาการติดพนันได้ ตัวอย่างชื่อยา ได้แก่ Clomipramine, Sertraline, Fluvoxamine, Paroxetine, Escitalopram²⁴ Clomipramine ได้รับการประกาศจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาว่าสามารถใช้รักษาโรคย้ำคิดย้ำทำในวัยรุ่นได้ จึงอาจนำมาใช้รักษาในวัยรุ่นเรื่องการลดความอยากเล่นพนันซ้ำๆ ได้²³

ส่วนสารโดปามีน มีความสำคัญต่อการเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือการเสริมแรงในการทำพฤติกรรมบางอย่าง ดังเช่นในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด เพราะสารเสพติดไปกระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับสารโดปามีน ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขความพอใจในการใช้สารและไม่สามารถหยุดพฤติกรรมการเลิกใช้สารนั้นได้ การศึกษาพบว่า ผู้ที่มีปริมาณสารโดปามีนต่ำกว่าปกติ จะมีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมติดสิ่งต่างๆ เช่น ติดสารเสพติด ติดพนัน ติดเกม ทำพฤติกรรมซ้ำๆ และไม่มีความยับยั้งชั่งใจ ยาที่ใช้คือยาในกลุ่ม Opioid Antagonists ชื่อยา Naltrexone และ Nalmefene มีรายงานว่าใช้รักษาผู้ติดพนันได้ผลดี เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ใช้กับผู้ที่ติดสารเสพติด²³

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

นอกจากนี้พบว่า ยาต้านโรคจิตบางตัว คือ Risperidone, Olanzapine และ Ziprasidone ช่วยลดความอยากเล่นพนันลงได้ แต่การศึกษาวิจัยพบว่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยารักษา²³

6. การปรับพฤติกรรม

ผู้ติดการพนันบางรายยึดหลักการปรับพฤติกรรมตนเอง โดยพยายามควบคุมสิ่งแวดล้อมและตนเอง เช่น พยายามติดเงินไว้ในกระเป๋าสตางค์ให้น้อยที่สุด แค่อำนาจสำหรับ 1 วัน ไม่พยายามใช้เช็ค หรือ บัตรเครดิต ถ้าจะต้องถอนเงินจากธนาคาร จะให้มีชื่อผู้ร่วมเซ็นชื่อในการถอนเงินมากกว่า 1 ชื่อ หรือไปขอลงทะเบียนการหยุดตนเองไม่เข้าเล่นพนันในสถานบริการพนันเมื่อไรก็ตามที่ผู้ติดพนันจะเข้าไปเล่นพนัน และพยายามไม่ไปในสถานที่ที่ตนเคยชอบไปเล่นพนัน เป็นต้น

7. การรักษาแบบผู้ป่วยใน (In patient program)

โดย Lesieur and Blume ศึกษาผู้ป่วยติดพนันที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 124 ราย หลังจากออกจากโรงพยาบาล ทำการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ต่อเนื่องจำนวน 72 ราย ที่เวลา 6 เดือนและ 14 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว 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>



รูปภาพ: www.ncpgambling.org

8.2 Helpguide's Harvard Collaboration โดยความร่วมมือกัน

ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร โฆษณา สุขภาพ และผู้บริโภค ภายในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เพื่อให้บริการผู้มีปัญหาการเล่นพนัน โดยเปิดให้บริการทางเว็บไซต์ [Helpguide.org](http://www.helpguide.org). หรือ <http://www.helpguide.org/>



ภาพจาก <http://www.helpguide.org/>

รูปแบบและวิธีดำเนินงาน : ประเทศออสเตรเลีย

มหาวิทยาลัยโมนาช (Monash university) แห่งประเทศออสเตรเลีย ได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้มีปัญหาการพนัน โดยรวบรวมข้อมูลวิจัยทางการแพทย์ เพื่อศึกษาถึงความสำเร็จของการรักษาแต่ละชนิด อย่างไรก็ตาม ความหลากหลายของวิธีการรักษา ยังไม่สามารถระบุได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาผู้ติดการพนัน เนื่องจากกระบวนการวิจัยจำนวนผู้ป่วยในงานวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรักษาและประเมินต่าง ๆ ยังมีความจำกัดในการสรุปผล ตัวอย่างการรักษาได้แก่ cognitive Behavioral Therapy (CBT), Motivational Enhancement Therapy (MET), การใช้ยา (Pharmacological intervention)¹⁹

1. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

เป็นการรักษาด้วยวิธีทางจิตวิทยา เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ คือ ผลที่ตามมาจากการเล่นพนันคือปัญหาอะไรบางอย่าง และให้ผู้ป่วยพิจารณาด้วยเหตุผลใช้ความคิด และตรวจสอบอารมณ์ที่เกิดร่วมขณะนั้น ในที่สุดผู้ป่วยจะพยายามลดพฤติกรรมการเล่นพนันลง และมองหากิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ลดหรือหยุดความพอใจ ความตื่นเต้น เร้าใจจากการพนัน ให้เป็นกิจกรรมอื่นแทน

มีการศึกษางานวิจัยรวบรวมเปรียบเทียบการใช้ Cognitive Behavioral Therapy ในการรักษาผู้ป่วยติดพนัน พบว่าการรักษาแบบรายบุคคล (individual CBT) และแบบเป็นกลุ่ม (group CBT) สามารถลดพฤติกรรมการเล่นพนันและความเครียดความทุกข์ใจลงได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยติดพนันที่ไม่ได้รับการรักษา¹⁹ ที่สำคัญคือผู้ให้การรักษาต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนการเปรียบเทียบว่า การรักษาด้วยวิธี CBT จะได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีทางจิตวิทยาอื่น ๆ หรือไม่นั้น ยังไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากการศึกษาวิจัยยังมีไม่มากพอ คงต้องรอการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต

2. Motivational Interviewing (MI)

เป็นการรักษาทางจิตวิทยา โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยอาจมีความลังเลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินของตน

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 ผู้รักษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเทคนิคนี้อย่างเป็นมาตรฐาน

แต่ผลสรุปการใช้วิธี MI และ MET ในการรักษาผู้ติดพนัน พบว่ายังได้ประโยชน์และช่วยลดพฤติกรรมการเล่นพนันและปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเล่นพนันลงได้เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้รับการรักษา¹⁹

4. Voluntary self - exclusion

เป็นนโยบายของรัฐบาลในการควบคุมการเล่นพนันเพื่อลดปัญหาจากการพนัน โดยให้นักเล่นพนันควบคุมพฤติกรรมการเล่นพนันของตนเองด้วยความสมัครใจ ผู้ที่ติดพนันจะทำสัญญาหรือข้อตกลงไว้กับสถานที่หรือบ่อนที่เล่นพนันนั้นว่า ตนจะงดเว้นการเล่นพนันชั่วคราวในเวลาที่เลือกไว้หรือตลอดไป และต้องไม่เข้าไปเล่นในเวลาดังกล่าวซึ่งอาจเป็นช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น 6 เดือน หรือตลอดชีวิต และสถานที่ที่ให้บริการหรือบ่อนพนันนั้น ก็มีสิทธิ์ปฏิเสธผู้ทำสัญญานั้นไม่ให้เข้ามาเล่นในบ่อนในช่วงเวลาที่ตกลงกันได้

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบวิธีการนี้กับการรักษาใดๆ ว่าได้ผลในการช่วยผู้ติดพนันให้บรรเทาปัญหาได้จริงหรือไม่ จึงต้องรอติดตามการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต แต่มีการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ติดพนันที่เข้าโปรแกรมนี้ โดย Ladouceur และคณะ¹⁹ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย และคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ติดการพนันแล้ว ได้รับคำแนะนำมาจากเพื่อนหรือญาติในการมาเข้าโปรแกรมนี้ และไม่คิดว่าจะอยากพบผู้ให้คำปรึกษาเพื่อรับการบำบัด ผู้ติดพนันที่เข้าโปรแกรมนี้ร้อยละ 49 บอกว่าสนใจที่จะพบผู้ให้คำปรึกษา แต่มีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้ไปพบผู้ให้คำปรึกษาจริงๆ

หากจะพิจารณาถึงโปรแกรมนี้ว่ามีประสิทธิภาพในการลดปัญหาผู้ติดพนันหรือไม่นั้น คงต้องประเมินที่ อัตราการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ติดพนัน การควบคุมตนเองได้ในช่วงเวลาที่ถูกห้ามเข้าไปเล่น และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพนันของบุคคลนั้น จากการศึกษาพบว่า อัตราการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ติดพนันนี้มีเพียงร้อยละ 0.4 ถึง 7 ผู้ติดพนันร้อยละ 10-50 ไม่สามารถหักห้ามใจตนเองที่จะไม่เข้าไปในแหล่งพนันนั้นได้ในเวลาที่ตนกำหนดไว้ที่น่าสนใจคือ เมื่อหมดช่วงเวลาที่ทำข้อตกลงไว้กับสถานที่เล่นพนันแล้ว ผู้ติดพนันร้อยละ 45 รีบกลับเข้าไปเล่นพนันทันที มีผู้ติดพนันที่เข้าร่วมโปรแกรมฝ่าฝืนกฎในช่วงห้ามนี้เฉลี่ย 3-6 ครั้ง และมากกว่าครึ่งหนึ่งไปเล่นพนันอย่างอื่นแทน อย่างไรก็ตามร้อยละ 30 ของผู้ที่เข้าโปรแกรมนี้สามารถงดเว้นการพนันได้อย่างสมบูรณ์แบบจริงๆ ในช่วงเวลาดังกล่าว และพบว่าโปรแกรมนี้มีความสัมพันธ์กับการลดความอยากเล่นพนัน เพิ่มความรู้สึกที่ต้องควบคุมตนเองให้ได้และลดปัญหาและผลกระทบจากการเล่นพนันลงได้ ¹⁹

สรุปแล้วโปรแกรมการควบคุมตนเองไม่เล่นพนันโดยสมัครใจนี้ ยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยรักษาผู้ติดพนันได้ เพราะยังมีจำนวนงานศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อย

5. Self - help interventions

เป็นการรักษาที่ใช้กลวิธีการช่วยเหลือดูแลตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากบุคคลนั้นอาจอยู่ในสถานที่ห่างไกลจากระบบสาธารณสุข มีความยากลำบากในการเดินทางหรือติดขัดเรื่องค่าใช้จ่าย จำนวนบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเรื่องนี้มีจำกัด หรือ ผู้ป่วยเองไม่ต้องการไปรักษาในสถานบริการ วิธีนี้จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ติดพนันสามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำมาใช้ดูแลตนเองหรือคนในครอบครัวที่ติดพนัน โดยมีเครื่องมือในการช่วยเหลือเช่น เอกสาร หนังสือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบ CBT ซึ่งสามารถศึกษาและลองปฏิบัติด้วยตนเองได้ ระบบออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับความรู้หรือทักษะบางประการเพื่อนำมาฝึกดูแลตนเอง โดยไม่ต้องรับคำปรึกษาแนะนำใดๆ จากบุคลากรการแพทย์

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

ผลปรากฏว่า การดูแลตนเองที่ได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ หรือ อินเทอร์เน็ตสามารถลดพฤติกรรมการเล่นและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการเล่นพนันได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูแลตนเองโดยใช้เอกสารคู่มือดูแลตนเองอย่างเดียว ทั้งนี้ ภายใต้งานวิจัยที่ว่า ผู้ติดการพนันเป็นคนเลือกวิธีนี้เองด้วยความพึงพอใจและการอำนวยความสะดวกในการให้บริการทางการแพทย์มีจำกัด

6. Group psychological intervention

เป็นการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีผู้ติดพนันมากกว่า 1 คนขึ้นไป ซึ่งไม่ได้เป็นญาติกัน มาทำการบำบัดพร้อมๆ กัน หากเป็นการบำบัดที่มากกว่า 1 คนแต่เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะไม่เรียกว่า Group psychological intervention แต่เรียกว่า Couple หรือ Family psychological intervention

การทำกลุ่มบำบัด อาศัยหลักการทางจิตวิทยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เรียนรู้ชีวิตหรือประสบการณ์ของแต่ละคนผ่านการเล่าหรือการแสดงความรู้สึก โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม มีความรู้สึกผูกพันกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกว่าตนเป็นผู้ประสบปัญหาที่ร้ายแรงแต่เพียงผู้เดียว หรือ ได้รับรู้ความเป็นจริงบางอย่างที่ตนคาดไม่ถึงจากประสบการณ์ของผู้ป่วยในกลุ่ม นอกจากนี้อาจเสริมพลังใจระหว่างกันได้ โดยการแสดงความเห็นใจกันและให้กำลังใจกัน ประโยชน์ในทางด้านผู้รักษา ก็เป็นการทำงานที่คุ้มค่า ด้วยความจำกัดด้านเวลาและจำนวนผู้ป่วยที่มากมาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่เร็วขึ้นหรือบ่อยขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาแบบรายบุคคล (individual psychological intervention)

แต่ยังขาดการศึกษาวិจัยว่า การทำกลุ่มบำบัด ช่วยลดปัญหาให้ผู้ติดพนันได้ดีกว่า การทำบำบัดรายบุคคลหรือไม่ แต่สามารถบอกได้ว่า การให้การบำบัดแบบกลุ่มก็ยังช่วยลดปัญหาของผู้ติดพนันได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆ เลย และคงต้องมีการพัฒนางานวิจัยในด้านนี้ต่อไป ¹⁹

7. Inpatient rehabilitation programs

การรักษาด้วยการอยู่โรงพยาบาล เป็นการรักษาทางด้านจิตวิทยาซึ่งรวบรวมกระบวนการรักษาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยผ่านการดำเนินกิจกรรมในแต่ละวัน และผู้ป่วยต้องค้างคืนในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่จัดไว้สำหรับกลุ่มโดยเฉพาะ ผู้ติดพนันอาจจะถูกบังคับให้มารักษาด้วยวิธีนี้ ในบางเขตการปกครองซึ่งมีเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด หรือเหล้ามาควบคุมกำกับ เช่น ในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา แต่ไม่นิยมวิธีนี้ในประเทศออสเตรเลีย

การรักษาในโรงพยาบาล มีหลักการรักษาที่สำคัญ คือ การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพและใช้วิธีการหลายวิธีร่วมกัน (multimodal therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาและผลกระทบที่ตนกำลังได้รับจากการพนัน เข้าใจตนเอง ครอบครอง หรือผู้ใกล้ชิด และควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ตามกลวิธีต่างๆ ที่ทางผู้ให้การรักษาจัดให้ 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. การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling)
8. การให้คำปรึกษาด้านการบริหารจัดการเงิน อาชีพ (Financial and vocational counseling)
9. สุขภาพร่างกาย (Medical consultation)
10. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพนันหรือยาเสพติด (Legal consultation)

การศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาลมีน้อยมาก จึงยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะช่วยลดปัญหาผู้ติดพนันได้ดีกว่าวิธีการอื่นหรือไม่ เพียงใด

8. การตั้งเป้าหมายในการรักษาโดยยึดหลักการงดเว้นการเล่นพนันอย่างสิ้นเชิง (Abstinence)

เป็นสิ่งที่มีการวิพากษ์วิจารณ์กันทั่วไป เนื่องจากไม่พบหลักฐานชัดเจนว่า การรักษาโดยการงดเว้น (Abstinence) จะได้ผลหรือไม่เมื่อเทียบกับการค่อยๆ ให้ผู้ป่วยลดการเล่นพนัน นักวิจัยที่ให้การสนับสนุนการรักษาโดยไม่งดการเล่นพนันเลย ให้เหตุผลว่าควรใช้ Abstinence สำหรับทางแก่วิทยาที่บังคับรักษาผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกอึดอัด อดทนไม่ไหว แต่ควรมีทางออกให้ผู้ป่วยบ้าง และพยายามอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งไม่ใช่การงดเล่นพนันอย่างสุดโต่ง อีกทั้งการงดเว้น ยังเป็นการควบคุมบังคับผู้ป่วยเกินไป และคิดว่าการไม่งดเว้น อาจลดความรู้สึกท้อแท้ ไม่สู้ในช่วงการรักษาระยะเริ่มแรก ซึ่งต้องการกำลังใจและแรงจูงใจอย่างมาก คนที่ติดพนันยังรู้สึกว่าการได้เล่นพนันบ้างเป็นการสร้างความสุข สนุกสนานสำหรับชีวิต และไม่สุดโต่งกับชีวิตจนเกินไป แต่สำหรับผู้ที่มีความกังวลการงดเว้นการเล่นพนันโดยสิ้นเชิงให้เหตุผลว่า เนื่องจากผู้ติดพนันมักขาดการควบคุมตนเองอย่างมาก ในการพิจารณาว่าควรเล่นให้น้อยลงเพื่อค่อยๆ หยุดหรือควบคุมตัวเองนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก จึงไม่ควรที่จะอนุญาตให้ผู้ติดพนันไปเล่นพนันแม้เพียงเล็กน้อยอีกต่อไป

9. การใช้ยา

มียาหลายกลุ่มที่ได้นำมาทดลองใช้รักษาผู้ติดพนัน ได้แก่ ยากลุ่มแก้โรคซึมเศร้า (antidepressants) ยากลุ่มควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers) ยากันชัก (anticonvulsants) ยากลุ่มที่ใช้รักษาผู้ติดยาเสพติด (opioid antagonists) พบว่า ยาทั้ง 3 กลุ่มแรก ไม่สามารถใช้รักษาผู้ติดพนันแล้วได้ผลดีกว่าผู้ติดพนันที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับยาอื่น ๆ แต่ยากลุ่ม opioid antagonists คือ Naltrexone มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าสามารถใช้รักษาผู้ติดพนันเพื่อลดอาการได้ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาใด แต่ก็ต้องให้ยาด้วยความระมัดระวังตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วย คู่มือแนวทางการรักษาผู้มีปัญหาจากการเล่นพนันเล่มนี้เผยแพร่ในประเทศออสเตรเลียในปี พ.ศ.2554 ณ เวลานั้นยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตัวนี้สำหรับการรักษาผู้ติดการพนัน¹⁹

แต่การใช้ยากลุ่มต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จะมีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ติดพนันมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล สามารถใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าได้ โรคอารมณ์แปรปรวน อารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรง อาจใช้ยากลุ่มควบคุมอารมณ์ ผู้ติดพนันที่มีปัญหาติดสารเสพติดด้วย สามารถใช้ยากลุ่ม opioid antagonists รักษา ซึ่งจะทำให้อาการติดการพนันและผลกระทบจากการเล่นพนันดีขึ้น^{19,25}

10. การคำนึงถึงปัจจัยด้านวัฒนธรรมของชุมชนหรือสังคมที่ส่งผลต่อการรักษา

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

11. การให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ (web based counseling)

ในประเทศออสเตรเลีย เนื่องจากผู้ติดพนันหรือมีปัญหาจากการพนัน มักมีความรู้สึกไม่ดี อับอาย และไม่ต้องการเปิดเผยตนเองให้แก่ผู้อื่นได้รับรู้ถึงปัญหาของตน การให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นความลับ ไม่มีใครรู้จัก และถ้าจะเปิดเผยข้อมูลได้ดีขึ้นมากกว่าการพูดคุยทางโทรศัพท์หรือเห็นหน้าตาตอนไปพบที่สถานบริการต่างๆ ดังการศึกษาของ Rodda และคณะระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 (ค.ศ.2010 – 2012) พบว่า เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการพนันนิยมใช้บริการผ่านเว็บไซต์ เป็นดังนี้ คือ ร้อยละ 50.9 คิดว่าสะดวกและเข้าถึงง่าย ร้อยละ 34.2 รู้สึกพอใจระบบนี้ ร้อยละ 27 รู้สึกว่าเป็นความลับและไม่มีใครรู้²⁷ ซึ่งหากรัฐบาลพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ให้แพร่หลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจช่วยให้

ผู้ที่กำลังเริ่มมีปัญหาหรือมีปัญหาจนไม่อยากไปรักษาใคร ได้ลองวิธีง่ายๆแบบนี้ในเบื้องต้น และบรรเทาปัญหาลงได้บ้าง

ตัวอย่าง เว็บไซต์กลางของประเทศออสเตรเลียที่ดูแลโดยหน่วยงานของรัฐบาลชื่อ GRA (Gambling Research Australia) www.gamblingresearch.org.au มีคำแนะนำ เรื่องเกี่ยวกับการพนันและการให้บริการรักษา โดยสามารถเข้าไปในเว็บไซด์ของแต่ละมลรัฐ (แคว้นหรือเขตการปกครอง)ที่เปิดให้บริการประชาชน ดังต่อไปนี้

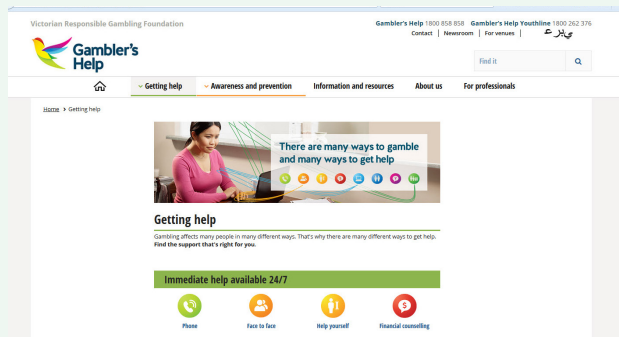


ภาพจาก www.gamblingresearch.org.au

Victoria

Victorian Responsible Gambling Foundation [http://](http://www.problemgambling.vic.gov.au)

www.problemgambling.vic.gov.au



ภาพจาก 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

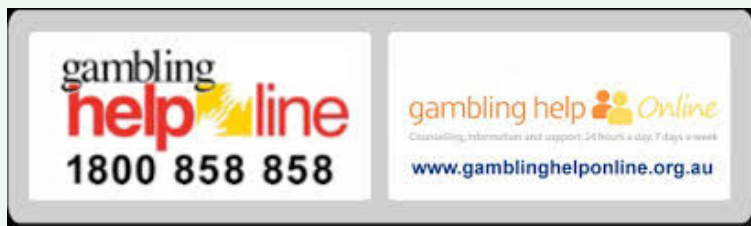
<http://www.dhhs.tas.gov.au>

Northern Territory ยังไม่มีหน่วยงานของรัฐบาลที่ให้บริการผู้มีปัญหาการพนันในขณะนี้

12. การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ (Gambling Help Online)

เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้คำปรึกษาให้ข้อมูล และส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้มีปัญหาการพนัน เบอร์โทรศัพท์ในประเทศ 1800 858 858

ภาพจาก www.gamblinghelponline.org.au



Dowling และคณะ²⁸ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของครอบครัวผู้ติดพนัน ที่มารับการรักษา พบว่า ผู้ติดพนันมีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 33.9 หรือมีปัญหาการใช้สารเสพติดและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในระดับน้อยถึงมากทั้งของตัวผู้ติดพนันเอง และของสมาชิกในครอบครัว หลักการรักษาด้วยการทำครอบครัวบำบัดหรือการดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวและซักประวัติการเลี้ยงดูที่ผ่านมา จึงมีประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ติดพนันอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นได้

นอกจากนี้มหาวิทยาลัยซิดนีย์ พร้อมด้วยรัฐบาลของรัฐนิวเซาท์เวลส์ ได้ให้การสนับสนุนคลินิกรักษาผู้ติดพนันและพัฒนางานวิจัยไปพร้อมกัน ชื่อ Gambling Treatment Clinic (GTC) ซึ่งก่อตั้งขึ้นปี พ.ศ. 2542 (ค.ศ.1999) และมีผู้อำนวยการคือ Professor Alex Blaszczynski ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและเป็นผู้นำเรื่องการพนันในระดับสากล มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพนันในประเทศออสเตรเลียมากมาย ผู้มารับบริการที่คลินิกนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากรัฐบาลให้การสนับสนุน การรักษาประกอบไปด้วย การให้คำปรึกษา การประชุมทีมงาน เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสมตามหลักการทางการแพทย์และจิตวิทยา มีการค้นคว้างานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อนำมาสนับสนุนองค์ความรู้หรือประยุกต์ใช้ในการรักษาให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น²⁹

อีกหน่วยงานหนึ่งที่เป็นหน่วยงานของรัฐบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการเล่นพนัน คือ **The Australian Gambling Research Centre (AGRC)** เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2556 (ค.ศ.2013) และตั้งอยู่ในสถาบันที่ดูแลเรื่องครอบครัว (Australian Institute of Family Studies หรือ AIFS) ที่ทำหน้าที่หลักเกี่ยวกับการค้นคว้าวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องครอบครัวและสุขภาพจิต AGRC ทำหน้าที่เผยแพร่องค์ความรู้เรื่องการพนันที่มีมาตรฐานทางวิชาการให้แก่ผู้วางนโยบายการพนันของประเทศ นักวิจัย และผู้อยู่ในวงการวิชาการที่ทำงานด้านการพนัน โดยเน้นหัวข้อวิจัยดังนี้³⁰

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

ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความตระหนักถึงพิษภัยจากการเล่นพนัน และได้สังเกตภาวะที่เริ่มมีปัญหาจากการเล่นพนัน พร้อมทั้งมีการจัดประชุมวิชาการเรื่องการพนันเพื่อเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ติดพนันให้นักวิชาการ นักวิจัย และหาทางดูแลช่วยเหลือด้วยการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

รูปแบบ และวิธีการดำเนินงาน : ประเทศนิวซีแลนด์

มูลนิธิผู้มีปัญหาการเล่นพนัน (Problem Gambling Foundation of New Zealand หรือ PGF) ในประเทศนิวซีแลนด์ ได้รับเงินสนับสนุนจากกระทรวงที่ดูแลสุขภาพประชาชน (ministry of health) ในการจัดให้มีบริการผู้มีปัญหาการเล่นพนัน ซึ่งพัฒนามาจากสมาคมผู้มีปัญหาการพนัน (Compulsive Gambling Society หรือ CGS) ในปี ค.ศ.1988 (พ.ศ.2531) ซึ่งสมัยนั้นไม่มีการให้บริการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม โดยจิตแพทย์ชื่อ Fraser McDonald ได้ทำการรักษาผู้ป่วยติดพนัน 3 ราย และเริ่มตั้งเป็นสมาคมดังกล่าวโดยได้รับเงินสนับสนุนจากคณะกรรมการดำเนินงานลอตเตอรี่แห่งประเทศนิวซีแลนด์ มีระบบการใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษา พัฒนาต่อมาเป็นโทรศัพท์สายด่วนทั่วประเทศในปี ค.ศ.1992 (พ.ศ.2535) และขยายเป็นการให้คำปรึกษาโดยมีสถานที่ให้มาพบปะพูดคุยกันในปี ค.ศ.1993 (พ.ศ.2536) และในปี ค.ศ.2001 (พ.ศ.2544) ปรับชื่อเป็น PGF ดำเนินงานให้บริการประชาชนทั้งด้านการช่วยเหลือรักษาและการป้องกันเชิงสาธารณสุขเพื่อประชาชนของประเทศนิวซีแลนด์ ที่เว็บไซต์ <http://pgfnz.org.nz/>



ภาพจาก <http://pgfnz.org.nz/>

1. การช่วยเหลือด้วยระบบโทรศัพท์สายด่วน (Helplines) ³¹

การใช้อุปกรณ์สื่อสารเทคโนโลยี ในการช่วยเหลือผู้ติดการพนัน เป็นอีกหนทางหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขง่ายขึ้น มีความเป็นส่วนตัวและสะดวกสำหรับผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างทันที โทรศัพท์สายด่วนนี้เป็นด่านแรกที่จะเชื่อมความสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน หันมารับการช่วยเหลือเร็วขึ้นอย่างสมครใจ ³¹

การให้บริการทางโทรศัพท์ ไม่ได้เป็นเพียงแค่การพูดคุยทั่วไป แต่จะรวมไปถึงการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการพ่น ผลกระทบ การเลือกวิธีการรักษา การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือขณะที่กำลังมีภาวะวิกฤต (crisis intervention) การแนะนำหรือจัดหาสถานที่สำหรับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมหรือครบวงจร และอาจมีการนัดหมายให้โทรมาปรึกษาต่อเนื่องเป็นระยะ โดยมีการให้ฝึกฝนตนเองผ่านการบ้านที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำไป สิ่งเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้มีปัญหาจากการพ่น ผ่อนคลายความทุกข์หรือความเครียดลงได้และสามารถชักจูงเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างจริงจังได้

มีการประชุมสัมมนาระหว่างประเทศต่างๆ ที่มีการจัดบริการทางโทรศัพท์นี้ในปี ค.ศ.2004 (พ.ศ.2547) ที่เมืองฟินิกซ์ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้เข้าร่วมสัมมนาจากประเทศสหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ อังกฤษ แคนาดา นอร์เวย์ สวีเดน และฟินแลนด์ พบว่า รัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐฯ เป็นประเทศแรกที่ตั้งระบบบริการทางโทรศัพท์ในปี พ.ศ.2526 ประเทศนิวซีแลนด์เปิดบริการในปี พ.ศ.2535 และประเทศต่างๆ รวมทั้งรัฐต่างๆ ในสหรัฐฯ ก็ทยอยเปิดให้บริการเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี ในขณะนั้น ประเทศฟินแลนด์เป็นน้องใหม่ที่สุดที่เพิ่งเปิดให้บริการในปีนั้น (พ.ศ.2547) มีผู้โทรศัพท์มาขอคำปรึกษารวบรวมไว้ในปี พ.ศ. 2546 ทั้งหมด 372,836 ครั้ง โดยมีเพียงร้อยละ 3 ที่ปรึกษาเพื่อขอให้ช่วยเหลือเรื่องการติดพ่นผู้ที่โทรมาร้อยละ 60 เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพ่น อีกร้อยละ 40 เป็นญาติของผู้มีปัญหการพ่นและคนทั่วไปที่มีคำถามเกี่ยวกับการพ่น ปัญหาการดำเนินงานบริการ คือ งบประมาณในการดำเนินการไม่เพียงพอหรือไม่ต่อเนื่องในบางปี เพราะส่วนใหญ่เป็นเงินที่ได้จากระบบการกุศลโดยบริษัทที่ทำการเกี่ยวกับการพ่นเป็นผู้บริจาค

การพูดคุยทางโทรศัพท์ที่มีข้อดีหลายประการ อย่างแรกคือ การได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาอย่างทันท่วงที ผู้ที่โทรศัพท์ไปหาบริการ มักมีเรื่องร้อนรนเร่งด่วนในวันเกิดเหตุ และต้องการหาที่ปรึกษา ไม่ต้องรอคิว ไม่ต้องหาเอกสาร คนที่มีปัญหาการพ่นมักเป็นคนที่ไม่ไวร้อน รอคอยอะไรไม่ค่อยได้ จะรู้สึกชอบระบบบริการเช่นนี้ เพราะตรงกับลักษณะของเขา ประการต่อไปคือ การคุยทางโทรศัพท์ เป็นการลดความรู้สึกอับอายหรือเปิดเผยตัวตน มีหลายคนที่มีสถานะทางสังคมที่ดี หรือ มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก ซึ่งการเดินทางเพื่อเข้าไปใน

สถานที่ให้บริการเหล่านี้อาจจะเป็นการขัดขวางการรักษา นอกจากนี้ คนที่ไม่มีเงินหรือมีความลำบากทางร่างกายในการเดินทางไปรับบริการ ก็สามารถลดภาระตรงนี้ได้

ประเทศนิวซีแลนด์เริ่มใช้ระบบสายด่วนโทรศัพท์ในปี ค.ศ.1992 (พ.ศ. 2535) โดยยึดหลักการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจในการเล่นพนัน มีการบันทึกการสนทนา ข้อมูลของผู้โทรมาขอรับคำปรึกษาอย่างเป็นระบบมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์บันทึกข้อมูลผู้เล่นการพนัน พัฒนาบุคลากรเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้รับสายโทรศัพท์จนมีความชำนาญในการให้คำปรึกษา สามารถพูดคุย นัดหมายให้ผู้เล่นการพนันมารับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ในกรณีจำเป็นได้ จนกระทั่งในปี ค.ศ.1998 (พ.ศ. 2541) ระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นี้ไม่ใช่เป็นเพียงแค่สายด่วนตอบปัญหา แต่เป็นระบบการรักษาผู้มีปัญหาการเล่นพนัน ที่มีระบบส่งต่อแพทย์หรือบุคลากรผู้เชี่ยวชาญได้อย่างดี คือ มีการพูดคุยสร้างความสัมพันธ์เบื้องต้นจนเกิดความไว้วางใจ นัดหมายให้พบแพทย์เพื่อรักษา มีการติดตามให้ไปพบแพทย์ตามนัด และติดตามผลการรักษา เป็นระบบรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีอัตราผู้เล่นการพนันที่โทรศัพท์มาปรึกษา ตัดสินใจเข้ามาพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสมถึงร้อยละ 60 ของผู้ที่โทรมาปรึกษาทั้งหมด

ปัจจุบันระบบนี้ได้รับการยอมรับจากประเทศว่าเป็นระบบที่เข้มแข็งและสามารถทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบต่อไปให้ดียิ่งๆ ขึ้น และมีการดำเนินงานแบบธุรกิจแต่ให้บริการเสมือนภาครัฐบาลด้วยความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ชื่อบริษัท LifeLine มีคณะกรรมการบริษัทที่มาจากภาคส่วนของรัฐบาลและเอกชนที่ไม่ทำธุรกิจเกี่ยวกับการพนันร่วมด้วย แผนปฏิบัติงาน 3 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนชื่อการให้บริการ จาก “Problem Gambling Helpline Service” เป็น “Gambling Helpline” เพื่อลดความรู้สึกไม่ดีหรือ “ตีตรา” จากสังคมหรือผู้มาขอรับบริการว่า “เป็นปัญหา” และเน้นการให้บริการที่มีลูกค้าเป็นศูนย์กลางอย่างยิ่ง (ลูกค้าคือผู้ที่โทรเข้ามาขอรับบริการปรึกษา) เบอร์โทรศัพท์ 0800 654 655 และมีอีเมลสำหรับติดต่อ help@pgfnz.org.nz เมื่อผู้มีปัญหาการเล่นพนันต้องการติดต่อ มีการกระตุ้นให้ประชาชนนิวซีแลนด์เข้ากลุ่มสังคมที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการพนันและปัญหาที่เกี่ยวข้องในแต่ละชุมชนหรือเมืองต่างๆ โดยมีผู้นำกลุ่มมาทำงานร่วมกัน

ผลประกอบการ มีการเพิ่มยอดผู้ขอรับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในปี ค.ศ.2004 (พ.ศ.2547) ซึ่งมีจำนวนผู้โทรเข้ามาขอรับบริการรายใหม่สูงสุดคือ มากกว่า 4,500 คน และมีการโทรซ้ำอีกนับพันครั้ง เป็นผู้เล่นการพนัน ร้อยละ 60 ญาติสนิทร้อยละ 30 และอื่นๆ เช่นการโทรติดตามการนัดหมายและผลการรักษาอีกร้อยละ 10 ในระยะเวลา 3 ปีนี้ (พ.ศ.2547-2549) ได้พัฒนาระบบใหม่สำหรับบริการลูกค้าที่มีความหลากหลายให้เหมาะสมกับความต้องการของลูกค้ามากขึ้น เช่น สำหรับลูกค้าที่มีชาติพันธุ์คนเผ่าเมารี ซึ่งเป็นชนชาติดั้งเดิมของประเทศนิวซีแลนด์ คนชาติแปซิฟิก คนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น คนที่ต้องการปรึกษาเรื่องการจัดการกับปัญหาหนี้สินโดยตรง กลุ่มเพศสภาวะ (เกย์ เลสเบี้ยน ไบเซ็กชวล หรือทรานส์เซ็กชวล) ที่ต้องการปรึกษาหัวข้อเกี่ยวกับการพนัน เนื่องจากมีงานวิจัยกล่าวถึงว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มักใช้การเล่นพนันเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีอยู่ มีการจัดกระดานสนทนาให้พูดคุยกันในเว็บไซต์ มีการโทรศัพท์กลับไปหาลูกค้าเพื่อพูดคุยติดตามความก้าวหน้าในการรักษาหรือสร้างแรงจูงใจในการรักษาโดยขออนุญาตลูกค้าตามความต้องการของเขาว่าอยากให้โทรติดตามนานเท่าไร

2. ระบบบริการโดยโรงพยาบาลเอกชน³²

มีโรงพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ให้การรักษาโดยเฉพาะในด้านติดพนันและสารเสพติด เช่น Capri hospital ที่เมืองโอ๊คแลนด์ ให้การรักษาครบวงจรทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามหลักการทางจิตเวช ได้แก่

Motivational Interviewing, Stages and Change คือ การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกเล่นพนัน โดยสำรวจตนเองว่าอยู่ในระยะใดของการอยากเปลี่ยนแปลงตนเอง บางคนอาจอยู่ในระยะเริ่มต้นของการอยากเลิกเล่นพนันแต่ยังไม่มั่นใจและไม่คิดว่าตนเองจะเลิกได้

Cognitive Behavioral Therapies คือ การฝึกความคิดและปรับพฤติกรรม

12 Step Facilitation & Orientation คือ การฝึกให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวกับกลุ่มในชุมชนหรือสังคมที่ละน้อย หลังการรักษา และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเพื่อกำลังใจไม่กลับไปเล่นพนันอีก

Mindfulness Training คือ การฝึกสติบำบัด รู้ตัว ควบคุมตนเองในขณะที่อารมณ์แต่ละอารมณ์เกิดขึ้น

Dialectical Behavioral Therapy เป็นลักษณะการฝึกแบบ CBT แต่เพิ่มความรู้สึกหรือเข้าใจในตนเองเกี่ยวกับปมปัญหาความขัดแย้งของตนเองและเพิ่มทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยเน้นการควบคุมอารมณ์ การอดทนต่อความอยากที่เกิดขึ้นและการเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

Relapse Prevention Training คือ การป้องกันการกลับไปเล่นพนันซ้ำ คล้ายกับการกลับไปดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะถูกฝึกให้มีการระลึกและระวังตัวกับสิ่งเร้าที่ทำให้กลับไปเล่นพนันอีก

Strengths Based Therapy คือ การฝึกนำข้อดีหรือจุดแข็งของผู้ป่วยมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยเองอาจไม่รู้ว่าตนมีข้อดีอะไร

Group Therapy คือการเรียนรู้จากผู้ป่วยคนอื่นในกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่ามีคนไม่โดดเดี่ยว ได้รับการยอมรับและกำลังใจจากกลุ่ม

3. ABACUS³³

เป็นองค์กรเอกชน ตั้งขึ้นในปี ค.ศ.2004 (พ.ศ.2547) ตามกฎหมายการพนันปี ค.ศ.2003 (พ.ศ.2546) เพื่อเปิดให้บริการแก่บุคคลหรือหน่วยงานทั้งของรัฐหรือเอกชนที่ต้องการขอคำปรึกษา การบรรยาย หรือฝึกอบรมพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทั่วไปหรือหน่วยงานที่อยู่ในธุรกิจการพนัน ให้มีความรู้ความสามารถด้านจิตวิทยาในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาพฤติกรรมการเล่นพนันได้แก่ การติดสุรา บุหรี่ สารเสพติด การพนัน โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เรื่องพฤติกรรมการเล่นพนัน เนื่องจาก ABACUS เป็นองค์กรเอกชนที่ทำสัญญากับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ (Ministry of Health) ในการดูแลรักษาพนักงานในหน่วยงานที่มีปัญหาการพนันและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ ความเข้าใจและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะติดพนันด้วย

3.1 การฝึกอบรมพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ABACUS จะจัดการอบรมให้ความรู้หรือฝึกทักษะในลักษณะต่างๆ หลายรูปแบบขึ้นกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ระยะเวลาที่หน่วยงานกำหนดให้ฝึกอบรม และระดับความสามารถของพนักงานแต่ละคน เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจและนำไปใช้ได้จริง หัวข้อการฝึกอบรม ได้แก่

- การเล่นพนันอย่างต่อเนื่อง การเล่นพนันจนเกิดปัญหา จะเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง ใครคือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาดังกล่าว
- อาการเริ่มต้นของผู้ที่มีปัญหาจากการเล่นพนัน และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากคนที่ติดการพนัน
- การคัดกรองและการประเมินปัญหาจากการเล่นพนัน ทั้งจากตัวผู้เล่นและครอบครัว
- การให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนสำหรับผู้มีปัญหาการเล่นพนันรวมทั้งครอบครัว
- การส่งต่อไปบำบัดรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กรณีที่จำเป็น

3.2 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในธุรกิจการพนันเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการพนัน (ติดพนัน)

เป็นการสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ที่เล่นพนันถึงปัญหาการติดพนันของเขาและเพื่อลดความเดือดร้อนที่จะเกิดตามมาทั้งต่อตัวเขาเองหรือครอบครัว หัวข้อการฝึกอบรมประกอบไปด้วย

3.2.1 การแสดงความรับผิดชอบต่อการดำเนินธุรกิจหรือบริการการพนัน ภายใต้กฎหมายการพนันปี ค.ศ.2003 (พ.ศ.2546) และ 2004 (พ.ศ.2547) ในฐานะเป็นผู้ที่ให้บริการการเล่นพนัน

3.2.2 การฝึกอบรมเพื่อให้พนักงานมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาการพนัน มีหัวข้อ ดังนี้

- ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอย่างเหมาะสมเพื่อแจ้งหรือเตือนลูกค้าที่เริ่มมีปัญหการเล่นพนัน
- สามารถให้ข้อมูลลูกค้าเกี่ยวกับลักษณะ อาการ ความเสี่ยงและผลที่จะตามมาของผู้ที่มีปัญหาการพนันหรือติดพนัน และ แนะนำไปสู่กระบวนการให้ความช่วยเหลือได้

- สามารถเตือนหรือหยุดลูกค้าที่มามีเล่นพนันจนเป็นปัญหาหรือผู้ที่ทำสัญญาการหยุดเล่นด้วยความสมัครใจไว้กับสถานบริการ(self exclusion)

- ประเมินผู้รับการฝึกอบรมว่ามีประสิทธิภาพเพียงไร และ นำสิ่งที่ได้รับการฝึกอบรมไปใช้แนะนำลูกค้าในขณะที่ให้บริการกิจการการพนันหรือไม่

- มีกลยุทธ์ที่ดีเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริเวณแหล่งพนันให้มีความปลอดภัย

- มีวิธีการดูแลจัดการลูกค้าที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ที่เข้ามาเล่นพนัน

- มีวิธีจัดการที่เหมาะสมกับลูกค้าที่มีหนี้สินกับสถานบริการ ไม่ให้เกิดความขัดแย้งระหว่างลูกค้าและครอบครัวของลูกค้าเรื่องการจัดการชำระหนี้สินที่เกิดจากการเล่นพนัน

- มอบใบประกาศนียบัตรแก่ผู้อบรมที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรฐานการฝึกอบรม

- ต้องให้คำแนะนำลูกค้าและแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตนอย่างดีที่สุดในการให้บริการ

3.2.3 โปรแกรมการฝึกอบรมต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานบริการ เพื่อให้ตรงกับปัญหาของแต่ละสถานที่ และต้องได้มาตรฐาน

3.2.4 มีการศึกษาวิจัยกระบวนการฝึกอบรมที่สั้นและมีประสิทธิภาพเพื่อประเมินว่า การฝึกอบรมนี้เป็นไปตามความต้องการ ลดความเสี่ยงได้จริง ดำเนินการได้จริง ทำได้ตามผลลัพธ์ที่ต้องการ และผู้ให้บริการสถานพนันนั้นมีความรับผิดชอบจริง

3.2.5 มีการติดตามและให้คำปรึกษาแก่สถานบริการอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบ และวิธีการดำเนินงาน : ประเทศสิงคโปร์

1. National Council on Problem Gambling (NCPG)

รัฐบาลสิงคโปร์จัดตั้งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบต่อการพนันนี้ เมื่อ 31 สิงหาคม ค.ศ. 2005 (พ.ศ.2548) หลังจากที่มีรัฐบาลตัดสินใจให้มีการจัดธุรกิจการพนันอย่างถูกกฎหมาย NCPG เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ ต่อสู้กับปัญหาการพนันในประเทศสิงคโปร์ มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องพิษภัยการพนันให้แก่ประชาชน ให้ความรู้ ความเข้าใจ การป้องกันเด็กและวัยรุ่นเล่นการพนัน รวมไปถึงการบริการให้คำปรึกษาครบด้านและแนะนำข้อมูลสำหรับการรักษา คณะกรรมการบริหารประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวช จิตวิทยา สังคมศาสตร์ กฎหมาย งานฟื้นฟูสุขภาพและศาสนา จำนวน 15 คน มีวาระการทำงานทุก 2 ปี

หน้าที่หลัก ประกอบด้วย ³⁴

- ให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการพนันของประชาชน แก่กระทรวงพัฒนาสังคมและครอบครัว (Ministry of Social and Family Development)
- ช่วยจัดการหรือบังคับการหยุดเล่นพนันชั่วคราวในคนที่เริ่มมีปัญหา ตามหลักกฎหมายควบคุมการพนันของประเทศสิงคโปร์
- ให้การสนับสนุน และจัดโปรแกรมการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการพนันอย่างครบวงจร
- ให้ความรู้เรื่องการพนันแก่สาธารณชน และมีบริการเชิงรุกเข้าถึงชุมชนในผู้ที่มีปัญหาการพนัน
- สื่อสาร ประสานงาน หรือให้คำปรึกษาแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพนันในเรื่องปัญหาจากการพนัน

- รับผิดชอบต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาการพนันโดยเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมาย
- ให้บริการด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการพนันและครอบครัว

ด้านการให้บริการ ได้จัด National Problem Gambling Helpline โทรศัพท์ 1800-6-668-668 เป็นบริการให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมงและทุกวันไม่มีวันหยุด โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาที่มีความชำนาญจากหน่วยงานที่ดูแลเรื่องยาเสพติดของรัฐบาล (National Addictions Management Service - NAMS). โดยการให้บริการนี้ครอบคลุมทุกเรื่องตั้งแต่ การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือเรื่องเกี่ยวกับครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัว โทรมาปรึกษาเกี่ยวกับผู้ติดพนัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดพนัน และการส่งต่อการรักษา ขึ้นจำเป็น การขอยกเว้นตนเองในการเข้าไปเล่นพนันในสถานบริการ (casino exclusions and visit limits)

นอกจากนี้ยังมีระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ (Online Webchat) ซึ่งไม่ต้องเปิดเผยตัวตน และให้บริการเช่นเดียวกับการใช้โทรศัพท์ โดยทั้งสองหน่วยงาน คือ NCPG และ NAMS ร่วมกันให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ในการส่งต่อ ผู้ที่โทรเข้ามาขอคำปรึกษาหรือผู้ที่มีปัญหาการพนัน เพื่อเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและครบวงจรมากขึ้นนั้น ทางหน่วยงาน NCPG และ NAMS จะมีรายชื่อสถานที่ที่ให้บริการต่างๆ ทั้งที่เป็นสถานที่ของรัฐบาลและเอกชนโดยไม่ได้มีส่วนได้เสียอย่างไร ต่อการส่งผู้ขอคำปรึกษาไปรักษาต่อ แต่เพื่อความสะดวกและสมัครใจของผู้ขอคำปรึกษาหรือผู้ที่มีปัญหาการพนันที่ควรจะได้รับ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสมต่อไป

ในปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ.2549) 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. องค์กรอาสาสมัคร One Hope Centre

ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2004 (พ.ศ.2547) โดยการสนับสนุนของNational Council of Social Service (NCSS) และ Association of Halfway Houses Singapore (ACHWH) ให้การช่วยเหลือดูแลรักษาผู้มีปัญหาติดการพนัน หรือต้องการคำปรึกษาปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพนัน มีการบริการที่เป็นองค์รวม (holistic approach) ทั้งการให้คำปรึกษา การรับสมัครอาสาสมัครเพื่อมาช่วยเหลือหรือให้กำลังใจ ที่เว็บไซต์ <http://onehopecentre.org>

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

เป็นองค์กรที่เกิดจากการสนับสนุนของ Living Spring Fellowship ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ทำงานในโบสถ์ มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมกำลังใจผู้ติดพนันหรือมีปัญหาการพนันหรือครอบครัว การฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้มีปัญหาและครอบครัว การสร้างเสริมความมั่นใจ การให้คำแนะนำเรื่องการจัดการกับการเงินหรือภาวะหนี้สิน หรือ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการพนัน เป็นการให้บริการฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมีเว็บไซต์ที่ติดต่อได้ <http://silver-lining-community.weebly.com/>

4. องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร Blessed grace social services

เป็นองค์กรเอกชนที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 2012 (พ.ศ. 2555) และจดทะเบียนอย่างเป็นทางการในรูปแบบขององค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2014 (พ.ศ. 2557) เพื่อช่วยเหลือประชาชนชาวสิงคโปร์ในปัญหาทางสังคม 2 เรื่อง คือ การติดพนัน เกม และการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถมีความภาคภูมิใจในการอยู่ในสังคมได้เหมือนเดิม ในที่นี้จะกล่าวถึง การบริการด้านการช่วยเหลือผู้ติดพนัน ซึ่งมีกลุ่มงานเฉพาะด้านการพนันที่เรียกว่า Gambler Recovery Center (GRC) ดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน โดยเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานและอาสาสมัครที่เป็นผู้ที่เคยประสบปัญหาการพนันและสามารถหลุดพ้นจากปัญหาดังกล่าวแล้ว วัตถุประสงค์ของการให้บริการคือ เพื่อช่วยให้ ผู้ติดพนันสามารถเลิกพนันได้ มีความภาคภูมิใจสามารถมีการดำเนินชีวิตได้ดีเหมือนเดิม ช่วยให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวกลับมาดีดังเดิม และมีขั้นตอนการให้บริการ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ได้รับผลกระทบการพนัน จะโทรศัพท์เข้ามานัดหมายได้ที่เบอร์ 84286377 เพื่อเข้ามาประชุมกับเจ้าหน้าที่และสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้มีปัญหการพนัน ผู้ได้รับผลกระทบการพนัน ควรเข้าชมเว็บไซต์ของ Gambler Recovery Center (GRC) เพื่อทำความเข้าใจกับขั้นตอนการเข้ารับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ได้รับผลกระทบการพนัน มาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครที่เคยเป็นผู้ติดพนันและหลุดพ้นจากปัญหาดังกล่าวได้แล้ว อย่างเป็นทางการส่วนตัว โดยเปิดเผยข้อมูลอย่างละเอียดต่อกันเพื่อประโยชน์ในการรักษา

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

เนื้อหาของการทำกลุ่มบำบัด ประกอบไปด้วย การให้กำลังใจระหว่างกันในกลุ่มบำบัด การให้คำปรึกษาเรื่องการเงิน หนี้สินจากการพนัน เรื่องชีวิตคู่สมรสหรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เกิดจากการพนัน และการช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบการพนันมีการพัฒนาทางจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นเพื่อเลิกเล่นพนันและเกิดความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง

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

ในประเทศสิงคโปร์ ได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้มีปัญหาจากการพนันหรือผู้ติดพนัน (Clinical Practice Guidelines) เพื่อให้ผู้บำบัดรักษาหรือแพทย์มีแนวทางการรักษาที่จะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยมากที่สุด โดยอาศัยการทบทวนองค์ความรู้ งานวิจัยและประสบการณ์การรักษาจากนานาประเทศและในประเทศ ทั้งนี้ได้เป็นกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับสำหรับแพทย์หรือผู้บำบัดว่าต้องปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด หากแต่เป็นการแนะแนวทางการดูแลช่วยเหลือที่ดีที่สุด 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 ตึกผู้ป่วยนอก หรือ ตึกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ที่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นมักจะมีปัญหารุนแรงมาจากการเล่นพนันหรือมีภาวะเร่งด่วนทางจิตเวช เช่น การฆ่าตัวตายจากปัญหานี้สินการพนัน กระบวนการรักษาหลายรูปแบบได้แก่

1. การใช้ยา ยังไม่มีการยืนยันจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา เรื่องการใช้ยาเป็นหลักในการรักษาผู้มีปัญหาจากการพนันที่ได้ผลแน่นอน ผู้รักษาพึงระลึกเสมอว่า ใช้ยาเพื่อช่วยระงับหรือบรรเทาปัญหาหรืออาการที่เป็นผลเกี่ยวข้องกับการพนันหรือ

เป็นภาวะโรคทางจิตเวชร่วมที่เกิดขึ้น เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์แปรปรวน เช่น ยาในกลุ่ม SSRI(selective serotonin reuptake inhibitor), Opioid Antagonist และ Mood stabilizer ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้น ศึกษาว่า ได้ผลดีกับผู้มีปัญหาการพนัน

2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) เป็นการปรับพฤติกรรมการเล่นพนันให้ลดลงหรือหยุดเล่น โดยอาศัยหลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขและการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขโดยการกระทำ (classical and operant conditioning of learning theory) ซึ่งมีหลักการคือ การเล่นพนันทำให้เกิดผลเสียหายน ผู้เล่นไม่ยอมให้มีความเสียหาย ก็จะลดการเล่นพนันลง นอกจากนี้ หากการเลิกเล่นพนันทำให้เกิดผลดีขึ้นแก่ตนเอง ผู้เล่นก็จะไม่กลับไปเล่นอีก อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้เพียงอย่างเดียว ไม่พบว่าได้ผลการรักษาที่ดี

3. การปรับความคิด (Cognitive therapy) เป็นการรักษาที่มุ่งไปสู่ความคิดใหม่ เนื่องจากความคิดเก่าเป็นความคิดที่ผิด ได้แก่ การคิดว่าตนมีพรสวรรค์ในการเล่น สามารถควบคุมผลการเล่นได้ คิดว่าการเล่นครั้งนี้ตนต้องชนะแน่ คนติดพนันแล้วก็ต้องเล่นการพนันบ่อยๆ เป็นต้น การฝึกปรับให้คิดใหม่นี้ จะทำให้ผู้เล่นพนันอยากเล่นน้อยลง เพราะความคิดใหม่ที่ดีกว่าเดิม

4. การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy) เป็นการรวมระหว่างการปรับพฤติกรรมและปรับความคิด โดยดึงอารมณ์มาเกี่ยวข้องเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยปรับความคิดแล้ว ให้สังเกตเพิ่มว่าสถานการณ์เช่นใดทำให้ตนอยากเล่นพนัน หรือมีสิ่งใดมากระตุ้นหรือเร้าความอยากเล่นพนันหรือ แม้หยุดเล่นได้แล้ว มีสิ่งใดหรือเหตุการณ์ใดมาทำให้วนกลับไปเล่นอีก **เทคนิคการรักษาด้วยวิธีนี้ประกอบไปด้วย** 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการพนัน 2) การปรับความคิดที่ผิดเกี่ยวกับการเล่นพนัน 3) การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา 4) การฝึกทักษะการเข้าสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม 5) การฝึกทักษะการไม่กลับไปเล่นอีก ปัจจุบันพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้มีปัญหาการพนันในประเทศสิงคโปร์ จากการศึกษาของ Song Guo และคณะ พบว่า ผู้ติดการพนันที่รักษาด้วยวิธีนี้ มีการงดเว้นการเล่นพนันอย่างสิ้นเชิงเป็นเวลา 3 เดือนร้อยละ 38.6 และยิ่งไป

กว่านั้นที่เวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ผู้ติดพนันสามารถงดการเล่นได้ถึงร้อยละ 46 และ 44.4 ตามลำดับ³⁷ นอกจากนี้ การบำบัดด้วยวิธีนี้สามารถทำเป็นกลุ่มบำบัด คือรักษาผู้ติดพนันได้ ครั้งละหลายคนพร้อมกันได้อีกด้วย

5. การบำบัดช่วงสั้นๆ (Brief interventions) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ติดพนันที่ยัง ลังเล ไม่พร้อมเข้ากระบวนการรักษาที่ค่อนข้างจะต่อเนื่องยาวนาน โดยการโทรศัพท์ปรึกษา เป็นครั้งคราว หรืออ่านหนังสือคู่มือการดูแลปัญหาจากการเล่นพนันด้วยตนเอง บางครั้งเรียกว่า การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกเล่นพนัน (motivation enhancement therapy) ซึ่งในบางราย อาจนำไปสู่ความต้องการรับการรักษาเพื่อเลิกเล่นพนันได้ในที่สุด

6. การฝึกสติบำบัด (Mindfulness therapy) ใช้สำหรับฝึกให้ลดความอยาก หรือ การตอบสนองความคิดอยากเล่น โดยเฉพาะความคิดที่ผิดๆ เกี่ยวกับการพนัน ฝึกรู้ตัวว่ามีความอยากมาปรากฏ รู้ทันอารมณ์ที่อยากเล่น และพยายามควบคุมไม่ให้ทำตามใจที่อยาก มักใช้เป็นวิธีเสริมกับการบำบัดอื่นๆ ด้วย

7. การเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Gamblers Anonymous) เป็นการเรียนรู้และ ปรับพฤติกรรมร่วมกัน ให้กำลังใจ สนับสนุนกันในคนที่อ่อนด้อยกว่า บางเรื่องเราอาจดีกว่าเขา และในบางเรื่องเพื่อนก็อาจดีกว่าเรา การเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มและให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกว่าคุณไม่โดดเดี่ยว ปัญหาที่ประสบอยู่ไม่มากไปกว่าคนอื่น หรือ ยังรู้สึกว่าคุณอื่นที่มีปัญหาหนักกว่า เขายังผ่านได้ วิธีนี้ก็ใช้สำหรับเสริมกับการบำบัดอื่นๆ เช่นกัน

8. การวางแผนจัดการการเงิน (Financial counseling) ผู้ติดพนันมักมีปัญหา การเงิน หนี้สิน ควรมีการให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนการบริหารเงินให้พอเหลือใช้ และการชดเชย หนี้สินจากการเล่นพนัน ในระยะยาว มีการควบคุมตนเองไม่เข้าไปเล่นในบ่อนการพนัน และ ควบคุมจำนวนเงินที่เล่นในแต่ละครั้ง

9. **การรักษาโรคร่วม** ผู้ติดพนันส่วนใหญ่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น การใช้สารเสพติด การติดสุรา โรคซึมเศร้า หรือ อารมณ์แปรปรวน จึงควรให้การบำบัดรักษาโรคเหล่านี้ร่วมไปด้วยพร้อมกัน

10. **ครอบครัวบำบัด (Family therapy)** ผู้ติดพนันส่วนใหญ่มีปัญหากระทบกระทั่งกับคนในครอบครัวและชุมชนไม่มากนักน้อย การทำร้ายร่างกาย ความรุนแรง หรือการหย่าร้าง ครอบครัวบำบัดคือการรักษาเป็นระบบครอบครัว เนื่องจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน อยู่ร่วมกัน และกระทบกระทั่งกันได้ตลอดเวลา การนำสมาชิกในครอบครัวผู้ติดพนันมาเข้ารับการบำบัดครอบครัวบำบัด ได้ผลว่าช่วยให้สมาชิกมีความผ่อนคลายและผลการรักษาการเล่นพนันของผู้ป่วยก็ดีขึ้นด้วย มีการศึกษาเรื่องการเลี้ยงดูของพ่อแม่ส่งผลต่อความรุนแรงของการติดพนันของลูก พ่อที่ติดพนันสามารถเป็นตัวอย่างไม่ดีที่ทำให้ลูกติดพนันอย่างรุนแรงได้¹⁴ การรักษาสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาการเล่นพนันจึงควรกระทำไปพร้อมกัน

ส่วนที่ 5

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
บทเรียนและข้อจำกัด

บทเรียนและข้อจำกัดของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนัน

ประเทศสหรัฐอเมริกา

การศึกษาของ Nancy M. Petry และคณะในปี ค.ศ. 2012 (พ.ศ.2555)²⁰ เน้นข้อจำกัดเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องการพนันที่ผ่านมาของประเทศไทย เพื่อทำความเข้าใจผู้มีปัญหาจากการพนันหรือการวางแผนช่วยเหลือ พบว่ายังมีความจำกัดอยู่ที่จำนวนผู้ป่วยติดพนันที่เข้ารับการรักษาที่มีจำนวนน้อย ขาดการทำวิจัยที่มีคุณภาพเพื่อนำมาอ้างอิงได้ตามกฎเกณฑ์ทางสถิติ ขาดแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดพนัน ขาดเงินทุนในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพนัน ไม่มีการติดตามผลผู้เข้ารับการรักษา การติดพนันที่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่องว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งไม่มีการวิจัยที่เป็นเชิงป้องกันการติดพนันหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่จะลดการพนันได้อย่างชัดเจน ทำให้ไม่ทราบทิศทางการให้ความช่วยเหลือหรือจัดระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันที่มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามเมื่อการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยและการจัดกลุ่มโรคติดการพนันเปลี่ยนไปอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดหรือสุรา/บุหรี่ ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM 5) พบว่า อาจเป็นหนทางใหม่ที่สดใสสำหรับผู้วิจัยเรื่องการพนันเพราะเป็นการขยายฐานของการศึกษาวิจัยเข้าไปในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากและมีการศึกษาวิจัยอย่างมากหลายรูปแบบ พร้อมทั้งมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนงานวิจัยที่มากขึ้น Nancy M. Petry และคณะได้ให้คำแนะนำสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดพนัน ไว้ 10 ข้อดังนี้

1. การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคติดการพนันให้กับผู้วิจัย ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยหรือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดการพนันควบคู่ไปกับโรคติดสารเสพติดซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและมีการวิจัยที่มากมายกว่า ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือและป้องกันปัญหา

2. ควรติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของพฤติกรรมการณ์และกฎหมายเกี่ยวกับการพนัน งานวิจัยบางชิ้นใช้เวลาในการติดตามผลเป็นเวลานานและกว่าจะได้นำผลการวิจัยมาเผยแพร่ข้อมูลนั้นอาจจะล่าสมัยไปจากยุคปัจจุบันที่จะควบคุมปัญหาการพนันได้ทันทั่วถึง

3. ควรทำวิจัยมากขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการติดพนันและกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำมาวางแผนเชิงนโยบายในการจัดกิจกรรมรณรงค์ ป้องกันปัญหาการเล่นพนัน อาจทำควบคู่ไปกับการวิจัยในผู้ติดสารเสพติด แต่หากมีประเด็นที่เฉพาะสำหรับการพนันจริงๆ ก็ควรทำหัวข้อวิจัยที่แยกออกมาให้ชัดเจนเพื่อนำมาสู่การรณรงค์ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เยาวชนหรือประชาชนมีพฤติกรรมติดพนันได้อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

4. พัฒนาแบบคัดกรองผู้มีปัญหาการพนันที่มีประสิทธิภาพและใช้ได้สะดวก ทำให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เพื่อนำมาสู่กระบวนการป้องกันและรักษาวาระเริ่มต้นของปัญหาการพนันก่อนที่จะปล่อยให้เป็นปัญหาใหญ่

5. ศึกษาและพัฒนาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีใครบอกได้แน่ชัดว่าการรักษาใดดีที่สุดแม้แต่การใช้ยา จึงควรวิจัยเรื่องการรักษาด้วย CBT (Cognitive Behavioral Therapy) กับการใช้ยา ไปควบคู่กันโดยใช้จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น มีระบบวิจัยที่ชัดเจนขึ้น ควรฝึกอบรมให้ผู้บำบัดมีความชำนาญได้ตามมาตรฐานการรักษาและให้มีเพียงพอแก่ทุกสถานบริการ การพัฒนาคู่มือการให้คำปรึกษาหรือบำบัดที่ใช้ได้สะดวก และสามารถนำมาศึกษาด้วยตนเองได้เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บำบัด รวมไปถึงการวิจัยว่าคู่มือการศึกษาด้วยตนเองในกระบวนการให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพดีพอหรือไม่ เพื่อนำมาใช้เผยแพร่ในระบบการให้คำปรึกษาได้ เป็นการเพิ่มจำนวนการให้บริการได้มากขึ้น

6. ขยายความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้มีปัญหาการติดพนัน ปัจจุบันในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาและหลายๆ ประเทศ ไม่มีการรับประกันสุขภาพในเรื่องการพนันจากบริษัทประกันสุขภาพเลย และควรให้คลินิกที่เปิดบริการรักษาผู้ติดสารเสพติดได้ทำการคัดกรองพฤติกรรมการณ์การติดพนันในกลุ่มเหล่านี้ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการติดพนันด้วย

7. **ควรเพิ่มงบประมาณการวิจัยเรื่องการพนัน** ประเทศสหรัฐอเมริกาในปีค.ศ. 2000 (พ.ศ.2543) มีการจัดสรรเงินงบประมาณการวิจัยเรื่องการพนันลดลง ในขณะที่เรื่องสารเสพติดได้รับงบประมาณเป็นจำนวนมาก การจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยไม่ควรเป็นหน้าที่ของบริษัทธุรกิจการพนันเพียงผู้เดียว (เหมือนกับบริษัทผลิตสุราหรือบุหรี่) แต่ควรดำเนินการส่งเสริมการวิจัยโดยภาครัฐเพื่อเพิ่มเติมองค์ความรู้และการรักษาที่เหมาะสม อีกทั้งผลงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทธุรกิจมักได้รับความเชื่อถือจากสาธารณชนน้อยกว่าจากภาครัฐบาลและไม่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนนโยบายของชาติได้ อีกทั้งการวิจัยควรเน้นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสังคมเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาประเทศและเน้นการรักษาที่ได้ประโยชน์จริงๆ เพื่อให้คุ้มค่างับเงินวิจัยที่รัฐบาลให้การสนับสนุน

8. **ควรเพิ่มการจัดประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติในเรื่องการพนัน** เพื่อให้ นักวิชาการ ผู้บำบัดทุกๆ สหสาขาวิชาชีพ ได้มาประชุมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การป้องกัน ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันที่หลากหลาย และเป็น การกระตุ้นให้มีงานวิจัยในสาขานี้มากขึ้น

9. **เพิ่มจำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีผู้นิยมอ่านให้มากขึ้น** ที่ผ่านมามผลการวิจัยเรื่องการพนันมักไม่ค่อยได้รับการตีพิมพ์เนื่องจากหาผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ได้ น้อยคน และยังไม่มีการแสวงหานิยามในการให้ความสำคัญของปัญหาเมื่อเทียบกับผู้มีปัญหาจาก สารเสพติด และควรเพิ่มการวิจัยในการบำบัดรักษาด้วยสหสาขามากขึ้น ไม่หวังเพียงทาง การแพทย์หรือการใช้ยาเท่านั้น

10. **เฝ้าระวังในกลุ่มเด็กหรือเยาวชนมากขึ้น** อย่างที่ทราบกันว่าเหมือนบุหรี่หรือสุรา ที่มีการเริ่มใช้ในช่วงเข้าวัยรุ่น การพนันก็เช่นกัน ควรมีการสร้างตระหนักในครอบครัวและ โรงเรียนเพื่อเน้นการป้องกัน พ่อแม่ผู้ใหญ่ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง ครูให้ความสำคัญในการสอดส่องดูแลนักเรียนหรือนักศึกษา แต่ปัญหาในสังคมปัจจุบัน คือ สื่อเทคโนโลยีที่เผยแพร่กิจกรรมการพนันว่าเป็นกิจกรรมปกติในชีวิตประจำวันคล้ายพฤติกรรม การสูบบุหรี่หรือดื่มสุราว่าเป็นกิจกรรมสร้างสรรค์ จึงอาจเป็นเรื่องของค่านิยมสังคมที่ต้อง ปลุกฝังกันใหม่

ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสิงคโปร์ จัดเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และการศึกษา จึงมีข้อมูลการศึกษาวิจัยและการวางระบบช่วยเหลือผู้ป่วยติดพนักหรือประชาชนที่เริ่มมีปัญหาจากการพนักหรือครอบครัวยกยอครบวงจร และกระจายการให้บริการประชาชนไปทั่วทั้งประเทศ มีการบริการทั้งจากส่วนของรัฐบาลและองค์กรเอกชนที่เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจการธุรกิจการพนัก หรือองค์กรการกุศล มีผู้เชี่ยวชาญที่ให้การบริการหรือให้คำปรึกษาที่หลากหลายและเป็นการทำงานสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศใหญ่และมีศักยภาพสูง มีงานเอกสารวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากกว่าประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตาม จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น แม้แต่ประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่ามีข้อจำกัดอีกหลายเรื่องในเชิงการวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนเพื่อนำมาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัก

ประเทศออสเตรเลีย

ส่วนประเทศออสเตรเลีย มีความจำกัดในเชิงการบริหารธุรกิจการพนักให้เหมาะสมอยู่ในความสมดุลระหว่างประโยชน์และโทษของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพหรือสังคมของประชาชนในประเทศ ทั้งยังต้องมีการเสนอกฎหมายเพื่อควบคุมการให้บริการการพนักให้เป็นไปตามกลไกที่วางไว้ และจัดให้มีแผนการดูแลผู้เล่นพนักที่มีปัญหาอย่างครอบคลุมที่สุดตามความเหมาะสมของแต่ละรัฐหรือแคว้นการปกครอง และไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบการให้บริการที่เหมือนกัน การศึกษาของ Rockloff MJ และคณะ พบว่ามีปัจจัยที่ขัดขวางการมารับบริการของผู้มีปัญหาการพนัก คือ ความสะดวกทั่วถึงของการให้บริการ ความรู้สึกเป็นตราบาปราคาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษา ความไม่แน่นอน และการหลบหนีหรือหลีกเลี่ยงต่อปัญหาในตัวบุคคลที่มีปัญหาเอง โดยปัจจัยที่เป็นตัวขัดขวางการมารับการรักษามากที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา รองมาคือ ความสะดวกทั่วถึงของแหล่งบริการและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้หากเป็นคนที่ยังมีอายุน้อยจะมีมุมมองเชิงลบต่อการรักษามากกว่าคนที่มียาญน้อยกว่า ในทางตรงกันข้ามคนที่มึระดับการศึกษาสูงจะมองว่าการมารับการรักษาคือสิ่งที่ยอมรับได้ ดีกว่าคนที่มึระดับการศึกษาต่ำกว่า³⁸

ประเทศนิวซีแลนด์

กล่าวถึงข้อจำกัดด้านการดำเนินนโยบายเชิงสาธารณสุข เรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ปลอดภัยจากการเล่นพนัน การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเร่งด่วนในรายที่เพิ่งเริ่มมีปัญหา ซึ่งเมื่อรัฐบาลมีการเปลี่ยนสมัก็อาจมีการเปลี่ยนนโยบายไปตามผู้บริหารที่ขึ้นมาใหม่ทำให้การดำเนินงานเชิงรุกไม่ต่อเนื่อง¹⁰

โดยสรุป ยังพบว่า ข้อจำกัดของระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันในแต่ละประเทศยังมีส่วนที่คล้ายคลึงกันคือ ทักษะคติ ค่านิยมหรือ สื่อ ภาพยนตร์ที่มีส่วนทำให้ประชาชนในสังคมมองว่าการเล่นการพนันถือเป็นกิจกรรมทั่วไป คล้ายกับการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพื่อการสังสรรค์ และไม่น่าจะเป็นสิ่งผิดปกติหากสามารถควบคุมการเล่นของตนไม่ให้ก่อปัญหากระทบต่อตนเองหรือผู้อื่น และไม่จำเป็นต้องมาหาแพทย์เพื่อมารับการรักษา หากต้องการจะหยุดเล่นก็น่าจะสามารถหยุดได้เอง ซึ่งในกลุ่มที่เล่นพนันจนเป็นปัญหา (pathological/problem gamblers) ซึ่งเป็นส่วนน้อย มักไม่ยอมรับว่าตนเป็นปัญหา ทำให้ครอบครัวลำบากเดือดร้อนและต้องหาทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแทนคนที่ติดพนัน ผลการรักษาก็ยังไม่สรุปแน่ชัดในทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวปฏิบัติว่าวิธีใดดีที่สุด แต่ได้ข้อแนะนำจากงานวิจัยต่างๆ ว่าต้องใช้หลายวิธีควบคู่กัน ตามความเหมาะสมของความรุนแรง ปัจจัยด้านโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้น และปัจจัยด้านครอบครัว

ส่วนที่ 6

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
บทสรุป

บทสรุประบบการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ

ประเทศที่พัฒนาแล้ว จะให้ความสำคัญกับการป้องกันและเฝ้าระวังในปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยเฉพาะที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยรวมของประเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหลายๆ ด้านต่อไปได้

อนึ่งประชาชนถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ หากประชาชนมีคุณภาพย่อมก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ สำหรับประเทศนั้นๆ ได้อย่างมีคุณภาพ และไม่เสียเวลาหรืองบประมาณไปกับการแก้ไขปัญหา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะแก้ไขไม่ได้และเกิดเป็นความสูญเสียทั้งทางสุขภาพ 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 การวางแผนจัดกิจกรรมที่เน้นประชาชนกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาจากการเล่นพนันในระยะแรกๆ เพื่อ

รับให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้หมดไปหรือไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง เช่น การคัดกรองผู้ที่เล่นการพนันด้วยแบบทดสอบพฤติกรรมการติดพนันเพื่อดูว่าเข้าข่ายติดพนันหรือยังและให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นเพื่อบรรเทาปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต การจัดบริการโทรศัพท์สายด่วนผู้ติดพนันเพื่อช่วยให้ผู้เริ่มมีปัญหาและมีความลังเลใจในการเข้ารับการรักษาได้โทรศัพท์พูดคุยเพื่อคลายกังวลและหาทางแก้ไขที่เหมาะสม

1.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึงการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการพนัน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องเช่นครอบครัวหรือชุมชนด้วยระบบการบำบัดรักษาที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆ อย่างเหมาะสม หรือทำการส่งต่อผู้มีปัญหาการพนันไปรับการบำบัดรักษาที่อื่นที่มีความพร้อมกว่า เมื่อรักษาหายแล้วก็มีระบบการดูแลติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เข้มแข็งไม่กลับไปเล่นพนันอีก มีระบบที่ช่วยฟื้นฟูความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนเพื่อปกป้องผู้มีปัญหาการพนันไม่ให้กลับไปเล่นอีก

นอกจากนี้ การสร้างระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันในต่างประเทศ ยังยึดแนวทางการสาธารณสุข ด้วยการสร้าง**ระบบส่งเสริมสุขภาพ (promotion)** โดยส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นพนันให้มีความสมดุลระหว่างผู้ผลิตคือเจ้าของธุรกิจการพนันและผู้บริโภคคือ ผู้ที่เล่นการพนันเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการติดพนันและส่งเสริมการใช้กฎหมายควบคุมการพนันให้เหมาะสมสำหรับผู้ผลิตและผู้บริโภคเช่นกัน เช่น บริษัทหรือสถาบันที่ดำเนินการเกี่ยวกับธุรกิจการพนันมีส่วนรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการจัดสรรงบประมาณให้แก่รัฐบาลเพื่อนำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพหรือบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการเล่นพนัน ส่วน**ระบบการปกป้อง (protection)** ประชาชนให้ปลอดภัยจากการติดพนัน ทำได้โดยการจัดวางแผนนโยบายที่ปกป้องกลุ่มคนที่เปราะบาง กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ เด็ก เยาวชน กลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มจะไปเล่นพนันและมีความเสี่ยงสูงที่จะติดพนันในที่สุด เช่น การควบคุมดูแลธุรกิจการพนันให้อยู่ในกฎระเบียบ ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอายุผู้เข้าเล่นพนัน ในบ่อนอย่างเคร่งครัด การหยุดให้เข้าเล่นในผู้ที่ทำสัญญาไว้กับทางบ่อน (self exclusion) อย่างจริงจัง การห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์เกมการพนันในเด็กและเยาวชนที่แฝงมาในรูปแบบต่างๆ เพื่อชักชวนเด็กให้มาเล่นการพนัน หากฝ่าฝืนจะมีบทลงโทษสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

2. การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการช่วยเหลือในระดับการรักษาเพื่อแก้ไข ปัญหา และบรรเทาเยียวยาให้ปัญหานั้นทุเลาลง รวมทั้งทำการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเท่าเดิม ให้ได้มากที่สุดทั้งส่วนผู้ติดยาและครอบครัวหรือชุมชน ระบบนี้เน้นการดูแล รักษา บำบัด ในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้มีปัญหาจากการพนัน มีอาการดีขึ้นหรือสามารถหยุดการเล่นพนันได้ เพื่อไม่เพิ่มปัญหาต่อไป รวมทั้งการดูแลครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการพนันให้ มีความสามารถในการควบคุมผู้มีปัญหาการพนัน และ ได้รับการดูแลเยียวยาด้านจิตใจไป พร้อมกันกับผู้มีปัญหาการพนัน โดยกระบวนการบำบัดรักษานั้นมีให้เลือกอย่างหลากหลายวิธี มีการรักษาด้วยสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวข้องกันแบบองค์รวมและนำมาใช้กับผู้มีปัญหาการพนัน ได้ตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

2.1 การรักษาโดยใช้ยา (Biological treatment) ยังไม่มีการยืนยันจาก ทุกประเทศว่ายาใดเหมาะสมแก่การรักษาผู้มีปัญหาจากการพนัน ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด เพียงแต่หากผู้มีปัญหาการพนันมีอาการอื่นๆ ทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ใช้สารเสพติด สามารถใช้ยาที่ช่วยรักษาอาการทางจิตเวชนั้น ซึ่งจะทำให้การรักษาอาการ ติดยาดีขึ้นด้วย โดยยาที่ใช้มีอยู่ 4 กลุ่มคือ

1. ยากลุ่มต้านอาการซึมเศร้า
2. ยากลุ่ม Opioid Antagonist
3. ยากลุ่มควบคุมอารมณ์
4. ยากลุ่มรักษาโรคจิต

2.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychological and social treatment) เป็นการ รักษาที่นิยมและสามารถเลือกใช้ให้เหมาะกับลักษณะผู้ป่วยหรือครอบครัวที่เข้ารับการบำบัด แต่ก็ยังไม่มีมีการยืนยันเช่นกันว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดในการรักษาผู้มีปัญหาจาก การเล่นพนัน 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 เพื่อให้คำปรึกษาและบำบัดเบื้องต้น

แม้ว่าการรักษาทางจิตสังคมด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จะไม่ได้รับการยืนยันว่าเป็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดพนันที่ดีที่สุด งานวิจัยหลายชิ้นโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ยังคงนำมาใช้อ้างอิงเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้นำมาปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการติดพนันของผู้ป่วยได้อีกทั้งหลักการทางจิตสังคมก็เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยด้านจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาการปรับตัว การสื่อสาร หรือการควบคุมพฤติกรรมหรืออารมณ์อยู่แล้วว่าได้ผลดีเมื่อติดตามการรักษาไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง

ในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศเล็ก มีประชากรน้อยกว่าสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลียอย่างมาก (ข้อมูลในปี พ.ศ.2556 - ประชากรประเทศสิงคโปร์ 5.3 ล้านคน, ประเทศสหรัฐอเมริกา 316 ล้านคน, ออสเตรเลีย 23.3 ล้านคน, นิวซีแลนด์ 4.5 ล้านคน)³⁹ พบว่ามีระบบการให้บริการทางจิตสังคมอย่างครบวงจรและเป็นองค์รวม สามารถช่วยให้ผู้มีปัญหาการพนันกลับมาสู่ภาวะปกติและเป็นอาสาสมัครทำงานช่วยเหลือผู้ติดพนันรายต่อไปได้ มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่พร้อมจะช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน มีวัฒนธรรมในแบบชาวเอเชียมีความห่วงใยกันแบบพี่น้องญาติมิตร และพร้อมจะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ในเรื่องการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตของประเทศโดยมีองค์กรภาครัฐรับผิดชอบคือ Institute of Mental Health จะเห็นว่ามีการพัฒนากำลังใจคน และศักยภาพของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญครบทุกสหสาขาอาชีพอย่าง

ต่อเนื่อง ทำงานเชิงรุกลงชุมชนหรือโรงเรียนเพื่อป้องกันปัญหาและติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาแล้วอย่างเข้มแข็ง สมควรนำมาเป็นตัวอย่างและเรียนรู้ระบบการทำงานหรือการพัฒนาคนที่เป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศ

ส่วนประเทศที่ใหญ่มาอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนประชากรมากและพื้นที่กว้างใหญ่ คงต้องมีระบบการเชื่อมต่อข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินการสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือเนื่องจากความหลากหลายของประชากร ความห่างไกลของสถาบันและพื้นที่ที่รับผิดชอบ กลุ่มชนชาติพันธุ์ที่แตกต่าง วัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลากหลายซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทัศนคติหรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของคนในประเทศนี้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การปกครอง นโยบายที่แตกต่างกันในแต่ละรัฐ ล้วนน่าจะมีผลต่อการสร้างระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน การสร้างความตระหนักในการศึกษาค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการพนันต่อไปเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจนขึ้น คงจะเกิดขึ้นในเร็วๆ นี้

ส่วนที่ 7

ระบบให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน
ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ: กิจการการพัฒนากระบวนการให้ความช่วยเหลือ ผู้ได้รับผลกระทบจากการพนันสำหรับประเทศไทย

จากการที่ประเทศไทย ได้รับอิทธิพลทางเศรษฐกิจและสังคมจากประเทศต่างๆ โดยเฉพาะจากสหรัฐอเมริกาหรือประเทศในแถบเอเชีย การพนันที่ได้รับการยอมรับให้ถูกกฎหมาย ในบางประเทศ บางรัฐ หรือบางแคว้นการปกครอง อาจมีผลทำให้ประเทศไทยต้องเดินตาม อย่างประเทศที่น่าสมียเหล่านั้น แต่เนื่องจากประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้วเหล่านั้น ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพนันหรือผลกระทบจากการพนัน ควบคู่ไปกับการ รับรู้กฎหมาย ความรับผิดชอบในหน้าที่และสิทธิของตนทั้งผู้ประกอบการและผู้รับบริการ ประกอบกับการให้บริการช่วยเหลือผู้เริ่มมีปัญหากการพนันหรือครอบครัวของผู้ที่มีปัญหาจาก การเล่นพนัน มีระบบที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐบาลและเอกชนหลายแห่งซึ่งแสดงถึงการพยายาม รับผิดชอบต่อการดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง บางแห่งมีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐบาล และเงินบริจาคจากประชาชนหรือสมาคมต่างๆ กระบวนการเหล่านี้ทำทั้งเชิงรุกคือ ป้องกัน และเชิงรับ คือการบำบัดรักษา และเป็นไปอย่างครบวงจร ดังนั้นประเทศไทยเองจึงควรหันกลับ มามองตนเองว่าขณะนี้การปล่อยให้ธุรกิจการพนันเติบโตและขยายอย่างรวดเร็วโดยขาด ความรับผิดชอบต่อสังคมนั้น ควรมีหน่วยงานใดเข้ามากำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อ ประชาชนและสังคม หรือควรจัดให้เป็นวาระสำคัญของประเทศชาติใน การป้องกันเด็กและเยาวชนให้ห่างไกลจากกิจกรรมการพนันและสร้างค่านิยมที่เหมาะสม เกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นพนันของคนในสังคมไทย

หลักการพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. **การป้องกันและส่งเสริม** ควรมีการเน้นเรื่องการป้องกันปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งที่ควร กระทำมากกว่าการตั้งรับรักษาผู้ที่มีปัญหารุนแรงจนกระทบต่อตนเองและสังคม เนื่องจาก การตั้งรับรักษานั้นจะต้องใช้งบประมาณและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนมาก และกว่า ผู้มีปัญหากการพนันจะมารับการบำบัดรักษาก็อาจก่อปัญหาทำความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่นไม่ว่าจะ เป็นครอบครัวของเขา สังคมรอบข้างหรือประเทศชาติไปแล้วไม่มากนักน้อย อีกทั้งกระบวนการ

หรือขั้นตอนในการรักษาก็ต้องใช้เวลานาน และประสบความสำเร็จในการรักษาค่อนข้างน้อย และยังไม่เป็นระบบที่ครอบคลุม

การส่งเสริมพฤติกรรมหรือสร้างทัศนคติที่ดีในการไม่เล่นพนันในเด็กและเยาวชน เรื่องนี้มีส่วนคล้ายคลึงกับพฤติกรรมการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชนที่เริ่มเข้าสู่สังคมเพื่อนฝูงและชวนกันไปทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงตามวัย ซึ่งวัยรุ่นมองว่า การมีพฤติกรรมเหล่านี้ช่วยให้ได้รับการยอมรับและอยู่ในสังคมกลุ่มเพื่อนได้ ดังนั้นผู้ใหญ่ในสังคมและผู้ปกครองอาจต้องพยายามประพฤติดนให้เบ็นต้นแบบของพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเล่นพนันของเด็กและเยาวชนก็คือ สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมเล่นพนัน

การส่งเสริมพฤติกรรมและสร้างทัศนคติไม่เล่นการพนัน จะช่วยลดปัญหาที่เกิดจากผู้เล่นพนันได้ระดับหนึ่ง และจัดเป็นหนึ่งในระบบการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการพนัน การปฏิบัติการอาจเริ่มจากการวางนโยบายให้บุคลากรในงานสาธารณสุขหรืองานอนามัยชุมชนเกิดความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการรณรงค์ สร้างทัศนคติใหม่แก่เด็กและเยาวชน ในชุมชนที่ตนรับผิดชอบ เช่น การวางนโยบายครอบครัวปลอดภัย หรือ ชุมชนปลอดภัย คล้ายๆ กับงานด้านยาเสพติด โดยบุคลากรทั้งด้านสาธารณสุข การศึกษา การปกครองระดับท้องถิ่นร่วมมือกันทำงานเชิงรุกและทำเป็นกิจกรรมต่อเนื่องระยะยาวในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมทั้งผู้ใหญ่วัยทำงานที่ยังไม่ได้เล่นหรือติดพนัน เพื่อพัฒนาและติดตามให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวไม่เล่นการพนันเลย เป็นต้น

ส่วนแผนกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงได้แก่ เด็กเยาวชนที่มีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ มีปัญหาครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครองหรือญาติติดพนัน ฯลฯ ก็ควรมีแผนดำเนินงานในการค้นหาบุคคลที่เริ่มประสบปัญหาการพนันในระยะเริ่มต้นหรือบุคคลที่เริ่มสัมผัสการพนันแต่ยังไม่เป็นปัญหา ให้ความรู้หรือทักษะอื่นเพื่อหันเหกิจกรรมไปในทางสร้างสรรค์ ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเองสำหรับการปรับเปลี่ยนตนเองไปทำกิจกรรมอื่น สร้างกลุ่มอาสาสมัครในการรณรงค์การไม่เล่นพนันในเด็กและเยาวชน มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำในยามว่าง เป็นต้น

2. การบำบัดรักษา ในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดพนันหรือมีปัญหาจากการพนันที่ชัดเจนหรือครบวงจร ผู้ที่ติดการพนันหรือมีปัญหาการพนันขั้นรุนแรงยังไม่ยอมรับการมาพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดคนที่ติดพนันมักเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการพนันมากและมาขอคำปรึกษาแทน ซึ่งในปัจจุบันก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่ชัดในระบบการรักษาของโรงพยาบาล

ในปี พ.ศ.2557 มีการให้บริการโทรศัพท์สายด่วนของกรมสุขภาพจิต หมายเลข 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง โดยนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องทั่วไปและเรื่องการพนัน ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2557 พบว่า มีผู้โทรศัพท์มาปรึกษาเรื่องความเครียดหรือวิตกกังวล 1,534 ราย เรื่องการพนัน 36 ราย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาทีมงานให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาการพนันทางโทรศัพท์สายด่วน โดยการอบรมผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการพนัน และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่ามีความเสี่ยงมากกว่าการช่วยเหลือทางโทรศัพท์ได้ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ดูแลการบำบัดรักษาจะเป็นกลุ่มงานทางจิตเวชหรือเวชกรรมสังคมที่ทำงานในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เนื่องจากการเป็นโรคการพนันในรูปแบบทางจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยา คือ การทำจิตบำบัดทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมโรงเรียนสำหรับกรณีเด็กหรือเยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษา การประชุมชุมชนหรือการประชุมครูในโรงเรียน และหากจำเป็นก็มีการใช้ยาคล้ายคลึงกับในต่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้มีปัญหาติดพนันมักถูกบังคับให้มาพบโดยญาติหรือคนในครอบครัว และผลการรักษายังไม่ค่อยประสบความสำเร็จเหมือนผู้มาบำบัดโดยสมัครใจ เพราะผู้มีปัญหาการพนันมักไม่ยอมมารักษาต่อเนื่องและยังไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นปัญหา

ควรพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือเว็บไซต์ เนื่องจากปัจจุบันระบบสื่อสารเทคโนโลยีมีส่วนสำคัญในการเผยแพร่หรือช่วยให้ประชาชนเข้าถึงระบบการรักษาได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งคนรุ่นปัจจุบันมักมีความรู้ทางสื่อเทคโนโลยีมากขึ้นเมื่อเทียบกับเมื่อก่อน

ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ให้คำปรึกษาให้มีความเชี่ยวชาญพอที่จะให้คำแนะนำหรือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่มีปัญหาการพนันได้พยายามลดการเล่นพนันลงและเลิกได้ในที่สุด และหากพบว่ามีปัญหารุนแรงเป็นอันตราย เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็สามารถพูดคุยเพื่อให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้ทันที่

ควรเตรียมความพร้อมในระบบบำบัดรักษาในโรงพยาบาลให้มีความเฉพาะทางเช่นเดียวกับการบำบัดรักษายาเสพติด เช่น การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด หรืออาชีวบำบัด ซึ่งใช้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมาร่วมมือกันและทำงานครบวงจร

ควรมีนโยบายให้บริษัทธุรกิจการพนันหรือภาคส่วนของรัฐบาลที่บริหารจัดการธุรกิจการพนันให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบผลกระทบที่เกิดจากธุรกิจการพนัน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ เศรษฐกิจหรือสังคม โดยศึกษาวิจัยจากข้อมูลของต่างประเทศและในบริบทสังคมไทยเอง

สุดท้าย ประชาชนชาวไทยแต่ละคนน่าจะได้มีการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อเป็นกำลังสำคัญของประเทศต่อไป ลดพฤติกรรมหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่มีแนวโน้มจะทำลายศักยภาพของคนไทยให้มากที่สุด ไม่ควรรอคอยความหวังให้ผู้อื่นมาช่วยพัฒนาตนเอง แต่ควรเริ่มฝึกกระบวนการคิดและสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมในแต่ละครอบครัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป สื่อมวลชนหรือผู้ที่คิดว่างานของตนมีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนคนไทย ควรหันมาช่วยกันทำกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ดีต่อประเทศชาติไปพร้อมๆ กัน

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายเยาวชน 4 ภาค. ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะเพื่อลดปัญหาการพนัน. มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.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. แกะรอยหยักสมอง มองผลกระทบของการพนัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง 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 integ 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 gambling issues 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, Abidin 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.

แบบคัดกรองการติดพนัน

ฉบับภาษาอังกฤษ*

Gamblers Anonymous 20 Questions Survey*

1. Did you ever lose time from work due to gambling?

.....

2. Has gambling ever made your home life unhappy?

.....

3. Did gambling ever affect your reputation?

.....

4. Have you ever felt remorse after gambling?

.....

5. Did you ever gamble to get money with which to pay debts or otherwise solve financial difficulties?

.....

6. Did gambling cause a decrease in your ambition or efficiency?

.....

7. After losing, did you feel you must return as soon as possible and win back your losses?

.....

8. After a win, did you have a strong urge to return and win more?

.....

9. Did you often gamble until your last dollar was gone?

.....

10. Did you ever borrow to finance your gambling?
.....
11. Have you ever sold anything to finance your gambling?
.....
12. Were you reluctant to use gambling money for normal expenditures?
.....
13. Did gambling make you careless of yourself or your family?
.....
14. Have you ever gambled longer than you had planned?
.....
15. Have you ever gambled to escape worry and trouble?
.....
16. Have you ever committed or considered committing an illegal act to finance gambling?
.....
17. Has gambling caused you to have difficulty in sleeping?
.....
18. Have arguments, disappointment, or frustrations caused you to gamble?
.....
19. Have you had an urge to celebrate any good fortune with a few hours of gambling?
.....
20. Have you ever considered self-destruction as a result of your gambling?
.....

Seven or more positive responses suggest pathologic gambling.

* Reprinted with permission. Available from Gamblers Anonymous International Service Office, P.O. Box 17173, Los Angeles, CA 90017.

แบบคัดกรองการติดการพนัน

ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

1. เวลาเล่นหรือเวลาเรียนของคุณเสียหายเพราะการพนัน
.....
2. การเล่นเกมการพนันของคุณเคยทำให้ชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข
.....
3. การเล่นเกมการพนันของคุณเคยทำให้คุณเสื่อมเสียชื่อเสียง
.....
4. คุณเคยรู้สึกสำนึกผิดหลังจากเล่นเกมการพนัน
.....
5. คุณเคยเล่นเกมการพนันเพื่อให้ได้เงินมาใช้หนี้พนันหรือแก้ปัญหาการเงิน
.....
6. การพนันทำให้ความสามารถต่างๆในตัวคุณมีประสิทธิภาพน้อยลง
.....
7. หลังจากเสียพนัน คุณรู้สึกว่าจะต้องกลับมาเล่นอีกครั้งอย่างรวดเร็วที่สุดและต้องเอาคืนของที่เสียไป
.....
8. หลังจากชนะพนัน คุณมีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะเล่นอีกครั้งและเอาชนะให้มากขึ้น
.....
9. บ่อยครั้งที่คุณเล่นพนันจนกระทั่งเหลือสตางค์สุดท้าย
.....
10. คุณเคยยืมเงินเพื่อนำมาลงทุนในการเล่นพนัน
.....

11. คุณเคยขายของใดๆ เพื่อนำมาเป็นทุนในการเล่นพนัน

.....

12. คุณไม่เต็มใจที่จะใช้เงินจะใช้พนันไปใช้ในการจับจ่ายใช้สอยอย่างอื่น

.....

13. การพนันทำให้คุณไม่ใส่ใจต่อความเป็นอยู่ของตัวเองหรือครอบครัว

.....

14. คุณเคยเล่นการพนันนานกว่าที่คุณวางแผนไว้

.....

15. คุณเคยเล่นการพนันเพื่อหลีกเลี่ยงจากความกังวลหรือปัญหาอื่น

.....

16. คุณเคยกระทำหรือคิดจะกระทำผิดกฎหมายเพื่อนำเงินไปใช้เป็นทุนในการเล่นพนัน

.....

17. การพนันทำให้คุณนอนหลับยากขึ้น

.....

18. การโต้เถียงกัน ความผิดหวัง หรือ ความรู้สึกอึดอัด ส่งผลให้คุณเกิดความอยากไปเล่นการพนัน

.....

19. คุณเคยมีความรู้สึกอยากทดลองเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นโดยการไปเล่นพนันสักสองสามชั่วโมง

.....

20. คุณเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายอันเป็นผลมาจากการพนัน

.....

หากตอบ “ใช่” ตั้งแต่ 7 ข้อขึ้นไป แสดงว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีปัญหการเล่นการพนัน

“การช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหาคือ
การทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กหรือเยาวชน
มีปัญหาที่มาจากการเล่นพนัน
โดยจัดกิจกรรมให้แก่ประชากรทุกระดับและทุกกลุ่ม
เพื่อให้เกิดความตระหนัก ใส่ใจในการป้องกันปัญหา
และเมื่อพบว่าเริ่มมีปัญหาก็จะรีบมาปรึกษา
เพื่อให้ปัญหาไม่ลุกลามจนอยู่ในขั้นที่หนักเกินเยียวยา”



ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน

มูลนิธิสารานุกรมสุบแห่งชาติ

1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 0-2511-5855 โทรสาร 0-2511-3583

<http://www.thainhf.org/icgp>