สหสัมพันธ์ระหว่างการพนัน การติดเกม กับปัญหาสุขภาพจิตชุมชน
THE CORRELATION BETWEEN GAMBLING GAME ADDICTION AND COMMUNITY MENTAL HEALTH PROBLEM

Received: Aug 27, 2022 **Revised:** Nov 30, 2022 **Accepted:** Dec 8, 2022

[1*]ภาสกร คุ้มศิริ [2]วิวัฒน์ วรวงษ์ [3]ธนาภรณ์ กองพล
[4]นภาดา สุขสัมพันธ์ [5]ต้นสาย แก้วสว่าง
[1*]Passakorn Koomsiri [2]Wiwat Worawong [3]Thanaporn Kongpon
[4]Napada Suksamphan [5]Tonsai Kaewsawang

[1*,3]สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต
[2]คณะครุศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
[4]คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[5]คณะครุศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
[1*,3]Child and adolescent mental health rajanagarindra institute
[2]Faculty of Education, Phetchaburi Rajabhat University
[4]Faculty of Medicine, Chulalongkorn
[5]Faculty of Education, Muban Chombueng Rajabhat University

*Corresponding Author, E-mail: taitae_ong9@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการพนัน เกม และสุขภาพจิตในชุมชน ทำการสำรวจภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในจังหวัดเครือข่ายโครงการสำรวจและติดตามปัญหาการพนันในชุมชน ซึ่งพื้นที่ภาคสนามประกอบด้วย 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สระบุรี และอยุธยา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 385 ราย รวมรวมข้อมูลการพนันและการติดเกมด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ The Problem Gambling Severity Index และ Game Addiction Screening Test ขณะที่เครื่องมือสำรวจสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติอ้างอิงเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพนัน การติดเกม กับสุขภาพจิตชุมชนด้วยการวิเคราะห์ Pearson's Product Moment Correlation Coefficients ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการพนันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r_{xb}=.27; p<.01) ภาวะซึมเศร้า (r_{xc}=.18; p<.05) และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (r_{xd}=.33; p<.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัญหาการติดเกมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r_{ab}=.65; p<.01) และภาวะซึมเศร้า (r_{ac}=.38; p<.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลักฐานจากการสำรวจพบว่ามีอัตราความเสี่ยง

คำสำคัญ: การพนัน เกม ปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

ปัญหาพนันและการติดเกมในชุมชนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งปัญหาดังกล่าวนำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้นั้นคือความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

Abstract

The objectives of this research were to explore and study the correlation between problem gambling, game addiction and mental health in community. This study was a cross-sectional study with sample group consisted of 385 cases who were the population in the provincial network of the survey and monitor gambling problems in the community by mental health helpline 1323 project in field of 3 provinces; Bangkok, Saraburi, and Ayutthaya. Gambling and game addiction data were collected with questionnaires, including: The Problem Gambling Severity Index, and Game Addiction Screening Test, while community mental health survey tools include Stress test questionnaire (ST-5), as well as Depress and risk of suicide assessment (DS-8). The data were analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage distribution, and inferential statistics to analyze the correlation between gambling, game, and mental health by Pearson's Product Moment Correlation Coefficients. Results: gambling problem was statistically significant positive correlated with stress (r_{xb}=.27; p<.01), depression (r_{xc}=.18; p<.05), and suicidal risk (r_{xd}=.33; p<.01). As for the game addiction, there were statistically significant positive correlated with stress (r_{ab}=.65; p<.01), and depression (r_{xc}=.38; p<.01). Conclusion: This study found that the community has a high risk of gambling and game addiction problem, it can lead to mental health problems in terms of stress, depression, and suicidal risk.

Key words: Gambling, Game addiction, Community mental health problem

บทนำ

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนันร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจทำการสำรวจข้อมูลประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 77 จังหวัด ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2562 รวม 44,050 ตัวอย่างพบว่าคนไทยร้อยละ 76.3 หรือประมาณ 40.69 ล้านคน มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพนัน โดยอายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างเริ่มเล่นพนันครั้งแรกอยู่ที่ 7 ปี ทั้งนี้คนไทยเล่นการพนันร้อยละ 57 หรือประมาณ 30.42 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจในปี 2560 จะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้นประมาณ 1.49 ล้านคน (ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ, 2562) ทั้งนี้ งานวิจัยพฤติกรรมการเล่นการพนันของเยาวชนกรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการเล่นการพนันมากที่สุด ได้แก่ การเป็นช่องทางในการหาเงินและต้องการเงินที่เสียไปคืน (คงกริษ เล็กศรีนาค และคณะ, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในสังคมไทยยังมองเรื่องการพนันว่าไม่ใช่ปัญหา มองว่าเป็นการละเล่นและช่องทางการหาเงิน ทำให้ประชาชนทั่วไปยังเล่นการพนันอยู่ ไม่ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาปัญหาพนันกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนมาก จึงนำมาสู่การ

ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลนำร่องตามโครงการวิจัยการพัฒนาต้นแบบระบบป้องกันและแก้ไขปัญหาเกมและพนันในชุมชน (วิมลรัตน์ วันเพ็ญ และคณะ, 2562) โครงการศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเกมพบว่าการติดเกมออนไลน์เริ่มมีเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศทั้งจีน เกาหลี เวียดนาม ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และแคนาดา การสำรวจพบว่าในประเทศเกาหลีใต้ ร้อยละ 2.4 ของประชากรที่มีช่วงอายุ 9 ขวบ ถึง 39 ปี ติดเกมออนไลน์โดยกว่าร้อยละ 10 ในนั้นอาจติดขั้นรุนแรงจนเริ่มมีปัญหาด้านต่าง ๆ นอกจากนั้นประเทศจีนเริ่มพบปัญหาที่รุนแรงจากเกมออนไลน์ ปัจจุบันเริ่มมีข่าวความรุนแรงของวัยรุ่นที่เกิดจากเกมออนไลน์มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยผู้ปกครองชาวจีนจำเป็นต้องส่งบุตรหลานเข้าปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาการติดเกมมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการติดเกมออนไลน์ ส่งผลให้เกิดการลาออกจากการเรียนของวัยรุ่น ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนและครอบครัว เกิดพฤติกรรมต่อต้าน และสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย สำหรับวัยผู้ใหญ่พบว่าการเสพติดการใช้อินเตอร์เน็ตจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากเสียเวลาไปกับการเล่นสังคมออนไลน์ต่าง ๆ (Griffiths, 2010; Karaiskos, et al., 2010)

จากการศึกษาที่กล่าวอ้างมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาทั้งเรื่องการพนันและเกมอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยได้ ประกอบกับประเทศไทยยังขาดระบบการดูแลผู้มีปัญหาจากการพนันอย่างเป็นรูปธรรมจึงนำมาสู่การศึกษานำร่องในการสำรวจปัญหาพนัน เกม และสุขภาพจิตในชุมชน สำหรับบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการสำรวจปัญหาการพนัน เกม และสุขภาพจิตในชุมชน รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการพนัน เกม และสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนในการจัดบริการทางสาธารณสุขต่อไป ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตสำหรับงานวิจัยนี้จะศึกษาในขอบเขตของตัวแปรความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการพนันกับปัญหาสุขภาพจิตชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเกมกับปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัญหาการพนันมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตชุมชนอันได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

2. ปัญหาการติดเกมมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตชุมชนอันได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การพนัน หมายถึง กิจกรรมที่มีลักษณะของการเล่นทายผลซ้ำแล้วซ้ำอีก มีลักษณะกระหายที่จะเล่น มีความต้องการที่จะเล่นมากขึ้นเรื่อย ๆ หมกมุ่นอยู่ในความคิด ยากที่จะควบคุมจนมีผลต่อความเป็นอยู่ของชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข โดยทำให้เกิดความเสียหายต่อคุณค่าและข้อผูกมัด

ในสังคม อาชีพ วัตถุ ทรัพย์สมบัติ ครอบครัว และอาจจะโกหกหลอกลวงหรือละเมิดต่อกฎหมาย สำหรับการศึกษานี้ประเมินระดับปัญหาการพนันด้วย The Problem Gambling Severity Index

2. การติดเกม หมายถึง กิจกรรมการเล่นที่มีความสนุกสนาน มีกิจกรรมการแข่งขันที่มีเกณฑ์หรือกฎกติกาในการเล่นที่ผู้เล่นจะต้องทำตามเพื่อนำไปสู้การได้รับชัยชนะ ซึ่งอาจจะเล่นเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ สำหรับการศึกษานี้ประเมินระดับการติดเกมด้วย Game Addiction Screening Test

3. ปัญหาสุขภาพจิตชุมชน หมายถึง ผลรวมอันนำมาซึ่งปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้คนในชุมชนที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับการวิจัยนี้ศึกษากรอบของสุขภาพจิตชุมชนในมิติความเครียดซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด 5 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. การพนัน แบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย มีความเสี่ยงปัญหาติดการพนัน ความเสี่ยงปานกลาง ความเสี่ยงต่ำ และไม่มีปัญหาจากการพนัน
2. การติดเกม แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย มีคามเสี่ยงติดเกม คลั่งใคล้ และปกติ
3. ปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย

3.1. ความเครียด แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เครียดมากที่สุด เครียดมาก เครียดปานกลาง และเครียดน้อย

3.2. ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยง

3.3. ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลนำร่องของโครงการวิจัยการพัฒนาต้นแบบระบบป้องกันและแก้ไขปัญหาเกมและพนันในชุมชน ศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยมีวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้เข้าโครงการสำรวจและติดตามปัญหาการพนันในชุมชนในจังหวัดเครือข่ายซึ่งมีพื้นที่ภาคสนาม 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สระบุรี และอยุธยา ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร [$n = P(1-P)Z^2/e^2$] ของคอแครน (Cochran, 1977) ซึ่งเป็นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอนและกรณีไม่ทราบค่าสัดส่วนของประชากร โดยค่า P(1-P) จะมีค่ามากที่สุดเมื่อสัดส่วนประชากร = 50% หรือ P = .05 และกำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร e = ระดับความคลาดเคลื่อนองการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ และ Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ ความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า Z = 1.96 แทนค่าคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง [$n = 0.5(1-0.5)1.96^2/0.05^2$] จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 385 คน

เครื่องมือที่ในการวิจัย

1. The Problem Gambling Severity Index (PGSI) พัฒนาโดย Wynne (2003) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงจากปัญหาพนันด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยให้ผู้ตอบสำรวจตนเองภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาแล้วเลือกตอบเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง แทบทุกครั้ง ผลรวมของแบบวัดคะแนน 0 คือ ไม่มีปัญหาจากการพนัน (Non–Problem Gambler) คะแนน 1–2 คะแนน คือมีความเสี่ยงต่ำ (Low-Risk) คะแนน 3–7 คะแนน คือ มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate–Risk) และคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาติดการพนัน (Problem Gambler) ทั้งนี้การศึกษาคุณภาพของแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับวัดโดยวิธี Cronbach's alpha เท่ากับ .84 และทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำ (test retest reliability) เท่ากับ .78 และมีการศึกษาความเชื่อมั่นในบริบทผู้มีปัญหาพนันประเทศไทยด้วยวิธีการทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดัย .90 (ภาสกร คุ้มศิริ และคณะ, 2560)

2. Game Addiction Screening Test (GAST) แบบวัดการติดเกมจำนวน 16 ข้อ พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ปี พ.ศ. 2557 ใช้กับเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไปที่เล่นเกมเป็นประจำในช่วงเวลาอย่างน้อย 3 เดือนที่ผ่านมา ให้ผู้ตอบสำรวจตนเองและตอบเป็นระดับ ได้แก่ ไม่ใช่เลย ไม่น่าใช่ น่าจะใช่ และใช่เลย การแปลผลใช้คะแนนรมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ คลั่งใคล้ และมีคามเสี่ยงติดเกม การศึกษาคุณภาพแบบวัดฉบับเด็กและวัยรุ่นมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยวิธี Cronbach’s alpha เท่ากับ .92 และการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อทดสอบความแม่นตรงทางโครงสร้างพบว่ามีความสอดคล้องกันดีในสิ่งที่ตองการวัด (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557)

3. แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ (ST-5) หรือแบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ ปี พ.ศ. 2551 เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ตอบสำรวจอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ ประเมินตนเองโดยให้คะแนน 4 ระดับ ได้แก่ 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง และ 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลใช้คะแนนรวมโดย 0-4 คะแนน คือ เครียดน้อย 5-7 คะแนน คือ เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน คือ เครียดมาก และ 10-15 คะแนน คือ เครียดมากที่สุด ทั้งนี้การตรวจสอบคุณภาพ ผู้วิจัยทำการทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำด้วย Cronbach's alpha ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าเท่ากับ .82 (อรวรรณ ศิลปะกิจ, 2551)

4. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ข้อ (DS-8) พัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ ปี พ.ศ. 2552 แบ่งออกเป็นคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 ข้อ และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ ให้สำรวจตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีอาการและความรู้สึกนึกคิดอย่างไรและให้ตอบว่ามีหรือไม่มีโดยถ้าตอบว่ามีจะได้ 1 คะแนน การแปลผลถ้าตอบข้อ 1-6 ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า สำหรับข้อ 7-8 ถ้าตอบว่ามีตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้การตรวจสอบคุณภาพผู้วิจัยทำการทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าเท่ากับ .78 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2552)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละในการบรรยายลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัญหาการพนัน การติดเกม และปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สถิติเชิงอ้างอิง (inferential statistic)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพนัน การติดเกม และสุขภาพจิตด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson’s Product Moment Correlation Coefficients

ผลการศึกษา

1.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 26–59 ปี มากที่สุด รองลงมาเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 13–18 ปี และวัยเด็กอายุระหว่าง 8–12 ปี ด้านสถานภาพสมรสพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคนโสด รองลงมาคือ สมรส และหย่าร้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี อาชีพโดยทั่วไปสามลำดับเป็นนักเรียน/นักศึกษา รับราชการ และรับจ้าง รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างพบว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท และช่วง 1,001 – 5000 บาท นำเสนอข้อมูลตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	161	41.80
หญิง	224	58.20
อายุ		
8 – 12 ปี	53	13.80
13 – 18 ปี	129	33.50
19 – 25 ปี	15	3.90
26 – 59 ปี	147	38.20
60 ปีขึ้นไป	41	10.60
สถานภาพ		
โสด	219	56.90
สมรส	139	36.10
หย่าร้าง	13	3.40
หม้าย	7	1.80
แยกกันอยู่	5	1.30
ไม่ระบุ	2	.50
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	322	83.60
ปริญญาตรี	47	12.20
สูงกว่าปริญญาตรี	16	4.20
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	179	46.50
ราชการ	69	18.00
รับจ้าง	62	16.10
แม่บ้าน	38	9.80
ค้าขาย	30	7.80
เกษตรกร	3	.80
ว่างงาน	4	1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 1,000	194	50.40
1,001 – 5000	56	14.50
5,001 – 10,000	77	20
10,001 – 15,000	25	6.50
15,001 – 20,000	15	3.90
20,001 ขึ้นไป	18	4.70

2. การสำรวจปัญหาการพนันและการติดเกมในชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 ราย พบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงมีปัญหาติดพนันร้อยละ 10.10 เป็นผู้มีความเสี่ยงติดพนันอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.80 ความเสี่ยงระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13.00 และไม่มีมีปัญหาติดพนัน คิดเป็นร้อยละ 63.10 สำหรับการติดเกมพบว่ามีความเสี่ยงในการติดเกมคิดเป็นร้อยละ 9.10 แบ่งเป็นกลุ่มคลั่งใคล้ในเกม คิดเป็นร้อยละ 11.90 และไม่มีความเสี่ยงติดเกม คิดเป็นร้อยละ 79.00 นำเสนอข้อมูลตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลปัญหาพนัน และเกมในชุมชน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาพนัน ($\bar{X}$= 2.05, *SD* = 5.32)		
มีปัญหาติดพนัน	39	10.10
เสี่ยงปานกลาง	53	13.80
เสี่ยงต่ำ	50	13.00
ไม่มีปัญหาพนัน	243	63.10
การติดเกม ($\bar{X}$=7.20, *SD* = 9.76)		
ปกติ	304	79.00
คลั่งไคล้	46	11.90
เสี่ยงติดเกม	35	9.10

3. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่พบว่ามีความเสี่ยงจากปัญหาพนัน (ตั้งแต่กลุ่มความเสี่ยงต่ำขึ้นไป) จำนวน 142 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงติดเกม (ตั้งแต่กลุ่มคลั่งไคล้ขึ้นไป) จำนวน 81 ราย จำแนกตามตัวแปรเพศ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ผู้เขียนนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวมตามตารางที่ 3 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ลักษณะปัญหาการพนันและการติดเกมจำแนกตามตัวแปรเพศ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ปัญหา / ปัจจัย	**ปัญหาการพนัน** (*n*=142)			**ปัญหาการติดเกม** (*n*=81)	
	เสี่ยงต่ำ *n (%)*	เสี่ยงปานกลาง *n (%)*	มีปัญหาติดพนัน *n (%)*	คลั่งไคล้ *n (%)*	เสี่ยงติดเกม *n (%)*
เพศ					
ชาย	26 (18.31)	27 (19.01)	21 (14.79)	31 (38.27)	30 (37.04)
หญิง	24 (16.90)	26 (18.31)	18 (12.68)	15 (18.52)	5 (6.17)
ความเครียด					
มากที่สุด	2 (1.41)	1 (0.70)	6 (4.23)	5 (6.17)	10 (12.35)
มาก	2 (1.41)	6 (4.23)	6 (4.23)	8 (9.88)	10 (12.35)

ปัญหา / ปัจจัย	**ปัญหาการพนัน** (*n*=142)			**ปัญหาการติดเกม** (*n*=81)	
	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง	มีปัญหาติดพนัน	คลั่งไคล้	เสี่ยงติดเกม
	n (%)	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*
ปานกลาง	12 (8.45)	13 (9.15)	13 (9.15)	19 (23.46)	8 (9.88)
น้อย	34 (23.94)	33 (23.24)	14 (9.86)	14 (17.28)	7 (8.64)
ภาวะซึมเศร้า					
ภาวะซึมเศร้า	10 (7.04)	9 (6.34)	11 (7.75)	17 (20.99)	18 (22.22)
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	3 (2.11)	3 (2.11)	6 (4.23)	5 (6.17)	4 (4.49)

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงปัญหาติดพนันเป็นเพศชายร้อยละ 14.79 ขณะที่เพศหญิงมีความเสี่ยงปัญหาติดพนันคิดเป็นร้อยละ 12.68 สำหรับกลุ่มตัวอย่างความเสี่ยงติดเกมเป็นเพศชายร้อยละ 37.04 ขณะที่เพศหญิงมีคามเสี่ยงติดเกมคิดเป็นร้อยละ 6.17

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงปัญหาติดพนันมีความเครียดระดับมากที่สุดพอ ๆ กับความเครียดระดับมาก คือคิดเป็นร้อนละ 4.23 เครียดระดับปานกลางร้อยละ 9.15 และเครียดน้อยคิดเป็นร้อยละ 9.86 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงปัญหาติดเกมมีความเครียดระดับมากี่สุดพอ ๆ กับความเครียดระดับมาก คือคิดเป็นร้อนละ 12.35 เครียดระดับปานกลางร้อยละ 9.88 และเครียดน้อยคิดเป็นร้อยละ 8.64

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงปัญหาติดพนันมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 7.75 และความเสี่ยงฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.23 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงติดเกมมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 22.22 และความเสี่ยงฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.49

4. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการพนัน การติดเกม ความเครียด และภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าปัญหาพนันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r_{xb}=.27; p<.01) ภาวะซึมเศร้า (r_{xc}=.18; p<.05) และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (r_{xd}=.33; p<.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัญหาการติดเกมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r_{ab}=.65; p<.01) และภาวะซึมเศร้า (r_{ac}=.38; p<.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 4 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการพนัน การติดเกม และสุขภาพจิตชุมชน

สหสัมพันธ์ (*r*)	PGSI-9 (x)	GAST (a)	ST-5 (b)	DS-8 (1-6) (c)	DS-8 (7-8) (d)
PGSI-9 (x)	-				
GAST (a)	.05	-			
ST-5 (b)	.27**	.65**	-		
DS-8 (1-6) (c)	.18*	.38**	.57**	-	
DS-8 (7-8) (d)	.33**	.09	.28**	.26**	-
$\bar{x}$	5.58	8.38	4.13	2.14	.76
SD	7.57	4.13	3.20	1.69	1.14

*p<.05, **p<.01

โดยที่ PGSI-9 คือ แบบประเมินปัญหาพนัน, GAST คือ แบบประเมินการติดเกม, ST-5 คือ แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ, DS-8 (1-6) คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าข้อ 1-6, DS-8 (7-8) คือ แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายข้อ 7-8

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์พบว่ามีผู้มีปัญหาการพนันและความเสี่ยงที่จะมีปัญหาในชุมชน จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.90 โดยแบ่งเป็นผู้เสี่ยงติดพนัน ร้อยละ 10.10 เสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 13.80 เสี่ยงระดับต่ำ ร้อยละ 13.00 ซึ่งผลการศึกษานี้บ่งชี้ความชุกปัญหาการพนันที่สูงขึ้นในชุมชนเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของอัจฉรา พงษ์ศศิธร (2542) พบว่าความชุกของบุคลากรของโรงพยาบาลนครปฐมมีผู้ติดการพนันคิดเป็นร้อยละ 7.5 แบ่งเป็นชายร้อยละ 22.7 และหญิงร้อยละ 5.8 และงานของสงวน อมรรักษา (2548) พบว่าความชุกของโรคติดการพนันในผู้ป่วยที่ติดสารเอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญรักษ์เท่ากับร้อยละ 24.30 เป็นชายร้อยละ 35.70 และหญิงร้อยละ 12.90 สำหรับการติดเกมพบว่ามีความเสี่ยงในการติดเกมจำนวน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 โดยแบ่งเป็นเสี่ยงมีพฤติกรรมติดเกม คิดร้อยละ 9.10 และเป็นกลุ่มคลั่งใคล้ในเกม ร้อยละ 11.90 ซึ่งผลการศึกษานี้บ่งชี้ความชุกปัญหาติดเกมที่สูงขึ้นในชุมชนเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่นการศึกษาของวรุณา กลกิจโกวินท์ และคณะ (2558) ที่พบความชุกของปัญหาการติดเกมคอมพิวเตอร์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในเขตดุสิตเท่ากับร้อยละ 15 และสอดคล้องกับการศึกษาของดุษเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะในปี 2564 ที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงติดเกมจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1 และได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเกม 25 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3

นอกจากนี้พบว่าปัญหาการพนันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ปัญหาการติดเกมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเครียด ความเสี่ยงซึมเศร้า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัญหาการพนันและเกมได้ว่าจัดอยู่ในพฤติกรรมเสพติด ซึ่งอาการในกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเพลิดเพลินใจในเวลาเล่น มีความพึงพอใจเมื่อได้รับชัยชนะในการเล่น ต้องการเอาชนะเพิ่มขึ้นอีกจึงรู้สึกพึงพอใจเท่าเดิม หากขาดพฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้รู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย หรือมีอาการทางกายจากความเครียดเมื่อถูกขัดขวางการเล่น หมกมุ่นคิดเกี่ยวกับการเล่นพนันหรือเกมที่ผ่านมา มีความต้องการเล่นตลอดเวลาจนมีผลกระทบต่อตนเองหลายด้าน เช่น การเรียน การทำงาน สุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับงานเขียนของสุภาวดี เจริญวานิช (2557) ที่อธิบายว่าการเล่นเกมเป็นระยะเวลานานยังส่งผลกระทบที่เป็นปัญหากับเด็กอีกมากมาย ได้แก่ สุขภาพร่างกาย การเรียน และพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่สำคัญที่จะขัดขวางการพัฒนาของเด็กไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมที่อาจส่งผลกระทบให้เด็กเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตได้ และการศึกษาของเมธชวิน โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ (2553) ศึกษาผลกระทบของการเล่นการพนันฟุตบอลที่มีต่อนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การเล่นพนันฟุตบอลมีผลกระทบต่อการเรียนโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ลการเรียนตกต่ำลง ด้านสุขภาพพบว่าเสียสุขภาพจิตโดยมีความเครียดเมื่อเสียพนันฟุตบอลจำนวนมาก และจากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้เล่นการพนันกรณีศึกษาผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปรากฏว่าระดับปัญหาการพนันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผู้ที่มีปัญหาจากการพนันมีปัญหาสุขภาพจิตในด้านสมาธิ ปัญหาการนอน รู้สึกเครียด รู้สึกไม่สามารถชนะปัญหาได้ รู้สึกเศร้าหมอง ไม่มีความมั่นใจ และไม่มีความสุข (ธนกฤษ ลิขิตธรากุล และคณะ, 2563) เมื่อทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาการพนันมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่าเยาวชนอายุ 18-24 ปี จำนวน 245 คน เริ่มเล่นพนันตอนอายุ 16 ปี ชนิดของพนันที่นิยมในเยาวชน ได้แก่ หวย ล๊อตเตอรี่ ไพ่ ไฮโล เกม และพนันกับเพื่อนตามลำดับ การพนันทำให้

เยาวชนเสี่ยงต่อติดสารเสพติด 20 เท่า ก่อให้เกิดอาชญากรรม 3 เท่า โรควิตกกังวล 2 เท่า โรคอารมณ์สองขั้ว 2 เท่า และโรคซึมเศร้า 0.8 เท่าของเยาวชนทั่วไป (มธุรดา สุวรรณโพธิ์ และคณะ, 2559)

ดังนั้นข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอัตราความเสี่ยงของผู้ที่มีปัญหาพนันและการติดเกมในชุมชนเพิ่มระดับสูงขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทั้งนี้ปัญหาการพนันและการติดเกมยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย หมายความว่ายิ่งมีปัญหาพนันหรือติดเกมยิ่งมากยิ่งเพิ่มความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดการส่งเสริมป้องกันให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้หรือตื่นตัวกับปัญหาพนันและเกม ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิตควรผลักดันให้เกิดการพัฒนาต้นแบบระบบป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนันและการติดเกมที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาจมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กับชุมชน เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็งปราศจากปัญหาการพนันและการติดเกมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์ศึกษาปัญหาพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ช่วยสนับสนุนในด้านงบประมาณในการวิจัย รวมถึงคณะทำงานวิชาการ ผู้บริหารโครงการศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการปรึกษาปัญหาพนัน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้นำชุมชน ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกรุงเทพมหานคร สระบุรี และอยุธยา ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คงกริษ เล็กศรีนาค, ณรงค์ พลอยดนัย และวิเชียรโชติ สุกโชติรัตน์. (2555). พฤติกรรมการเล่นการพนันของเยาวชนกรณีศึกษา: เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับบัณฑิตศึกษา*. 12(4): 132 – 146.

ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง และเสาวนีย์ พัฒนอมร. (2557). การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(1): 3-14.

ทวี ตั้งเสรี, สุวรรณา อรุณพงคไพศาล, อรุณ จิรวัฒน์กุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, กนกวรรณ กิตติวัฒนากูล, วรสรรพ์ ปรัชญคุปต์, อาทิตย์ เล่าสุอังกูร และคณะ. (2552). การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ฉบับปี 2009). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. *54*(3), 287-296.

ธนกฤษ ลิขิตธรากุล, ภาสกร คุ้มศิริ, พัทธ์ธีรา ดิษยวรรณวัฒน์, ชลธิชา แย้มมา, และสันติภาพ นันทะสาร. (2563). ปัญหาสุขภาพจิตกับการเล่นการพนันของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. *65*(2), 131-140.

ภาสกร คุ้มศิริ และคณะ. (2560). การพัฒนาแบบประเมินปัญหาพนัน (ฉบับภาษาไทย). *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานด้านจิตวิทยาระดับชาติ: ชีวิตดีเปลี่ยนได้ด้วย*

ศาสตร์แห่งใจ ปี 2560 (TNCP 2017). วันที่ 7 กรกฎาคม 2560 ณ โรงแรมบางกอกชฎา กรุงเทพฯ. หน้า 589-608.

มธุรดา สุวรรณโพธิ์ และคณะ. (2559). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย:การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ 2556*. รายงานการวิจัยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เมธชวิน โพธิ์ชนะพันธุ์, สุณีย์ กัลยจิตร, สมบัติ สุพพัตชัย และพงษ์ธร ธัญญศิริ. (2553). ผลกระทบของการเล่นการพนันฟุตบอลที่มีต่อนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. *รายงานสืบเนื่องการประชุมทางวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 11 มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. หน้า 1639 – 1646.

วรุณา กลกิจโกวินท์, ชัยพร วิศิษฎ์พงศ์อารีย์, พิสาส์น เตชะเกษม, ชาญวิทย์ พรนภดล และบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี. (2558). การติดเกมคอมพิวเตอร์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของเด็กนักเรียนในเขตดุสิตกรุงเทพมหานคร. *Vajira Med J*. *59*(3), 1-13.

วิมลรัตน์ วันเพ็ญ, ภาสกร คุ้มศิริ, ธนาภรณ์ กองพล, และอารีนา หมัดอาดำ. (2562). การพัฒนาต้นแบบของระบบจัดการปัญหาเกมและพนันในชุมชนอย่างบูรณาการ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 9(1): 29-42.

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2562). *การศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทยประจำปี 2562: สถานการณ์สำคัญรายจังหวัด*. กรงเทพฯ: รายงานการวิจัยศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สงวน อมรรักษา. (2548). *ความชุกของโรคติดการพนันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/66545

สุภาวดี เจริญวานิช. (2557). พฤติกรรมการติดเกม: ผลกระทบและการป้องกัน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. *22*(6), 874 – 876.

อัจฉรา พงษ์ศศิธร. (2542). ความชุกของโรคติดการพนันในบุคลากรของโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44*(4), 308-319.

อรวรรณ ศิลปะกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. *16*(3), 177-185.

Cochran, W.G. (1977) *Sampling techniques*. (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*. *8*(1), 119–125. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11469-009-9229-x

Karaiskos, D., Tzavellas, E., Balta, G., & Paparrigopoulos, T. (2010). P02-232-Social network addiction: A new clinical disorder? *European Psychiatry, 25*(S1), 1-1. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70846-4

Wynne, H. (2003). *Introducing the Canadian problem gambling index*. Wynne Resources.

.....