

การฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดในโรคติดพนันออนไลน์: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ
ของวรรณกรรมไทยและต่างประเทศ
Recovery and Relapse in Online Gambling Disorder: A Meta-Analysis
of Thai and International Literature

เสื่อเมือง เรืองฤทธิ์*

Suamuang Ruangrit*

อีเมล: ruangrit.cher@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดในผู้ป่วยโรคติดพนันออนไลน์ รวมถึงเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากรไทยและต่างประเทศ การดำเนินการวิจัยปฏิบัติตามแนวทาง PRISMA 2020 โดยค้นหาการศึกษาจากฐานข้อมูลหลักระหว่าง พ.ศ. 2553-2568 ได้แก่ PubMed PsycINFO Embase และฐานข้อมูลไทย การประเมินคุณภาพการศึกษาใช้เครื่องมือ RoB 2 และ Newcastle-Ottawa Scale ผลการวิจัยจากการศึกษา 42 เรื่อง ครอบคลุมผู้เข้าร่วม 15,847 คน พบว่าอัตราการฟื้นตัวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 68.4% ที่ 6 เดือนเป็น 51.2% ที่ 12 เดือน และ 42.7% ที่ 24 เดือน ในขณะที่อัตราการกลับไปเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 31.6% ที่ 6 เดือนเป็น 48.8% ที่ 12 เดือน และ 57.3% ที่ 24 เดือน การเปรียบเทียบระหว่างประชากรไทยและนานาชาติ พบว่าการศึกษาไทยแสดงอัตราการฟื้นตัวเริ่มแรกที่สูงกว่า (74.8% เทียบกับ 66.7%) แต่มีการรักษาผลลัพธ์ระยะยาวที่ต่ำกว่า (38.1% เทียบกับ 44.2% ที่ 24 เดือน) การรักษาแบบผสมผสานแสดงประสิทธิภาพสูงสุด (67.3% ที่ 12 เดือน) เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดทางปัญญาพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว (49.2%) ปัจจัยทางวัฒนธรรม การสนับสนุนจากครอบครัว และการปฏิบัติทางศาสนามีความสำคัญมากกว่าในประชากรไทย ผลการศึกษาเน้นย้ำถึงอิทธิพลของปัจจัยทางวัฒนธรรมต่อการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดในโรคติดพนันออนไลน์ การพัฒนาการรักษาแบบผสมผสานที่ปรับเปลี่ยนทางวัฒนธรรม มีศักยภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาและเน้นความจำเป็นของระบบสนับสนุนระยะยาว ตลอดจน

* ผู้ช่วยวิจัย มูลนิธิหม่อมหลวง ลมูล เสนีวงศ์

Research Assistant, มูลนิธิหม่อมหลวง ลมูล เสนีวงศ์

Received: July 27, 2025 Revised: October 9, 2025 Accepted: November 3, 2025

แนวทางที่ตระหนักและเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมในการรักษาโรคการพนันออนไลน์

คำสำคัญ: การป้องกันการกลับไปเสพติด, การวิเคราะห์อภิมาน, ปัจจัยทางวัฒนธรรม, รูปแบบการฟื้นตัว, โรคติดพนันออนไลน์

Abstract

This systematic review and meta-analysis aimed to synthesize empirical evidence on recovery and relapse in online gambling disorder and compare differences between Thai and international populations. The research was conducted following PRISMA 2020 guidelines, searching studies from major databases between 2010-2025 including PubMed, PsycINFO, Embase, and Thai databases. Study quality was assessed using RoB 2 and Newcastle-Ottawa Scale. Results from 42 studies involving 15,847 participants revealed that recovery rates showed a continuous declining trend from 68.4% at 6 months to 51.2% at 12 months and 42.7% at 24 months. Relapse rates increased from 31.6% at 6 months to 48.8% at 12 months and 57.3% at 24 months. Comparison between Thai and international populations showed that Thai studies demonstrated higher initial recovery rates (74.8% vs 66.7%) but lower long-term maintenance (38.1% vs 44.2% at 24 months). Blended interventions showed superior effectiveness (67.3% at 12 months) compared to cognitive behavioral therapy alone (49.2%). Cultural factors, family support, and religious practices were more significant predictors in Thai populations. The findings highlight the influence of cultural factors on recovery and relapse in online gambling disorder. Developing culturally adapted blended interventions shows promise for improving treatment outcomes and emphasizes the need for long-term support systems and culturally sensitive approaches in treating online gambling disorder.

Keywords: cultural factors, meta-analysis, online gambling disorder, recovery, relapse prevention

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

DSM-5 จัดโรคติดพนันเป็นภาวะจิตเวชร้ายแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว การพนันออนไลน์ในยุคดิจิทัลแพร่กระจายรวดเร็วจนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ การพนันออนไลน์มีลักษณะเฉพาะ

ที่แตกต่างจากการพนันแบบดั้งเดิมในหลายประการ เนื่องจากมีความสะดวกในการเข้าถึงตลอด 24 ชั่วโมง สามารถเล่นได้ทุกที่ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ และมีการออกแบบเชิงจิตวิทยาที่กระตุ้นให้เกิดการเสพติดได้ง่ายกว่า (Gainsbury, 2015; King et al., 2020)

สถานการณ์การพนันออนไลน์ในประเทศไทย

ในประเทศไทย สถานการณ์การพนันออนไลน์มีความร้ายแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นเป็น 88.2% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2022) ซึ่งส่งผลให้การพนันออนไลน์แพร่กระจายมากขึ้นและสร้างความเสี่ยงต่อประชากรในวงกว้าง นโยบายการประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร ที่รัฐบาลไทยอนุมัติร่างกฎหมายเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2568 เพื่อเปิดให้คาสิโนถูกกฎหมาย สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดการปัญหาการพนันที่มีอยู่แล้วในสังคมไทยอย่างเป็นระบบ สถานการณ์ที่ซับซ้อนของการพนันออนไลน์ในประเทศไทยยังมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเล่นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลกระทบของการแพร่ระบาดโควิด-19

การแพร่ระบาดของ COVID-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ยิ่งทำให้สถานการณ์การพนันออนไลน์รุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากมาตรการล็อกดาวน์และการทำงานจากที่บ้านทำให้ประชาชนมีเวลาออนไลน์มากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการเล่นออนไลน์เพิ่มขึ้นในหลายประเทศ (Hing et al., 2021) นอกจากนี้ ความเครียดทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงการแพร่ระบาดยังส่งเสริมให้ผู้คนหันไปใช้การพนันเป็นกลไกการรับมือกับความเครียด ทำให้เกิดวัฏจักรของปัญหาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น การศึกษาระหว่างประเทศพบว่า ผู้ที่มีประวัติการพนันก่อนหน้านี้มีแนวโน้มเพิ่มพฤติกรรมการเล่นมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเล่นการพนัน โดยเฉพาะการพนันออนไลน์ที่มีการเข้าถึงง่ายขึ้นในช่วงการล็อกดาวน์

แนวคิดเรื่องการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติด

การฟื้นตัว (Recovery) ในโรคติดพนันเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและยังไม่มีข้อตกลงร่วมกันในการนิยามอย่างชัดเจน แต่อาจใช้แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model) ของ Prochaska และ DiClemente (2001) มาพิจารณาโดยแบบจำลองนี้เน้นว่าการฟื้นตัวเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องใช้เวลาและมีการเปลี่ยนแปลงจากภายในสู่ภายนอก

Browne et al. (2017) พบว่าการศึกษาเชิงปริมาณส่วนใหญ่นิยามการฟื้นตัวในแง่ของการงดเว้น (abstinence) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงคุณภาพของ Hodgins et al. (2020) เผยให้เห็นว่าการฟื้นตัวมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมมากกว่า ได้แก่ ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา (insight) การเสริมพลังและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง (empowerment and commitment) การเสริมสร้างสุขภาวะโดยรวม

(wellbeing enhancement) และการพิจารณาประเด็นการกลับไปเสพติดใหม่อย่างรอบคอบ (reconsideration of relapse)

การกลับไปเสพติด (Relapse) เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยและเป็นความท้าทายหลักในการรักษาโรคติดพนัน การศึกษาของ Rash และ Petry (2014) พบอัตราการกลับไปเสพติดที่สูงระหว่าง 52-92% ภายในหนึ่งปีหลังการรักษา โดยการศึกษาของ Oakes et al. (2012) ระบุว่า การกลับไปเสพติดในการพนันมักมีลักษณะเป็น “วัฏจักรเลวร้าย” ที่ผู้ป่วยติดอยู่ในรูปแบบการกลับไปเสพติดซ้ำๆ ซึ่งแตกต่างจากการเสพติดสารที่มักมีลักษณะเป็นเหตุการณ์เฉียบพลัน ความเข้าใจในลักษณะการกลับไปเสพติดดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการออกแบบแนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

พื้นฐานทางประสาทชีววิทยาของโรคติดพนัน

การศึกษาทางประสาทชีววิทยาแสดงให้เห็นว่าผู้เป็นโรคติดพนันมีความผิดปกติในการทำงานของสมองบริเวณสำคัญ เช่น insula, frontal lobe และ orbitofrontal cortex ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจ การควบคุมแรงกระตุ้น และการประมวลผลรางวัล (Potenza, 2014; Yau & Potenza, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการทำงานของสมองส่วนบริหาร ความสนใจ และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งทำให้การรักษาและการฟื้นตัวเป็นไปได้ยากและซับซ้อน (Goudriaan et al., 2014) ความเข้าใจในกลไกทางประสาทชีววิทยาเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการออกแบบการแทรกแซงที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ

อิทธิพลของปัจจัยทางวัฒนธรรมและศาสนา

ปัจจัยทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลสำคัญต่อการแสดงออก การรับรู้ และการรักษาโรคติดพนัน (Raylu & Oei, 2004) การศึกษาข้ามวัฒนธรรมเผยให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของความเชื่อทางศาสนาและปรัชญาชีวิตในการฟื้นตัวจากการเสพติด แนวทางพุทธศาสนาในการฟื้นตัวจากการเสพติด (Buddhist approaches to addiction recovery) ได้รับการพัฒนาและประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย โดยเน้นการปฏิบัติสติ (mindfulness) การเจริญสมาธิ (meditation) และการยึดหลักศีล 5 เป็นรากฐานในการแก้ไขปัญหการเสพติด (Groves, 2014)

ในบริบทของประเทศไทย ความเชื่อทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับกรรม บาป บุญ และศีลธรรมมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อการรับรู้และการจัดการปัญหการเสพติด คำสอนที่ว่า “โจรปล้น 10 ครั้ง ยังเหลือบ้าน ไฟไหม้บ้าน 10 ครั้ง ยังเหลือที่ดิน เล่นการพนันครั้งเดียว ไม่เหลืออะไรสักอย่าง” สะท้อนถึงทัศนคติเชิงลบที่ฝังรากลึกในสังคมไทยต่อพฤติกรรมการพนัน แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ที่มีปัญหา

การศึกษาของ Recovery Dharma (LaBelle et al., 2023; Recovery Dharma Community, 2019) แสดงให้เห็นว่าการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการฟื้นตัวจากการเสพติด โดยเฉพาะการยอมรับใน “อริยสัจ 4” ที่เน้นการเข้าใจความทุกข์ สาเหตุของความทุกข์ การดับทุกข์ และมรรคที่นำไปสู่การดับทุกข์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับปัญหาของตนเองและหาทางออกที่ยั่งยืน นอกจากนี้ แนวคิดเรื่องชุมชน (sangha) ในพุทธศาสนายังเน้นความสำคัญของการสนับสนุนจากกลุ่มและครอบครัวในกระบวนการฟื้นตัว

การศึกษาเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมเผยให้เห็นว่า ประสบการณ์การรักษาแบบพื้นเมืองของชนพื้นเมืองอเมริกา (The Native American healing experience) ของ Coyhis และ Simonelli (2008) เน้นการรักษาแบบองค์รวมที่รวมการบำบัดแบบดั้งเดิมกับการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวทางการรักษาในสังคมไทยที่ให้ความสำคัญต่อครอบครัวและชุมชน การศึกษาของ Hahn (2025) เรื่อง ศาสนาและจิตวิญญาณในการฟื้นตัวจากการเสพติด (Religion and Spirituality in Addiction Recovery) พบว่าความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การฟื้นตัวระยะยาว ความเข้าใจเหล่านี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

การรักษาปัจจุบัน

การบำบัดทางปัญญาพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) ถือเป็นการรักษาหลักที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายสำหรับโรคติดพัน (Cowlshaw et al., 2012) อย่างไรก็ตาม การศึกษาระบบแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วย CBT ยังคงมีปัญหาเรื่องอัตราการออกจากการรักษาสูงและอัตราการกลับไปเสพติดที่น่าวิตก

การแทรกแซงผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น โดย Rodda et al. (2013) พบว่าการแทรกแซงผ่านเว็บไซต์มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการพนัน แม้ว่าจะมีประสิทธิภาพน้อยกว่าการรักษาแบบเผชิญหน้า การศึกษาของ Gainsbury และ Blaszczynski (2011) เสนอแนวคิดการรักษาแบบผสมผสาน (blended treatment) ที่รวมการรักษาแบบเผชิญหน้าและออนไลน์เข้าด้วยกัน ซึ่งแสดงศักยภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาและลดอัตราการกลับไปเสพติด

ในประเทศไทย การรักษาโรคติดพันยังมีความท้าทายเฉพาะ เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การขาดแนวทางการรักษาที่ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย และการขาดระบบการติดตามผลระยะยาว ศูนย์ฟื้นฟูในประเทศไทยบางแห่งได้เริ่มนำแนวทางพุทธศาสนา มาบูรณาการกับการรักษาแบบดั้งเดิม โดยเน้นการปฏิบัติสติ การเจริญสมาธิ และการเรียนรู้จากภูมิปัญญาของชุมชน แนวทางนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการรักษาที่สอดคล้องกับความเชื่อและค่านิยมของสังคมไทย

ช่องว่างองค์ความรู้และความจำเป็นของการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างสำคัญหลายประการ ประการแรก ยังขาดการศึกษาที่เปรียบเทียบรูปแบบการฟื้นฟูและการกลับไปเสพติดระหว่างประชากรไทยและต่างประเทศอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในมิติของปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา ประการที่สอง การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การรักษาในระยะสั้น โดยขาดการติดตามผลในระยะยาวและการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผลลัพธ์การฟื้นฟู

ประการที่สาม ยังไม่มีการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (meta-analysis) ที่รวบรวมหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแทรกแซงต่าง ๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพติดของโรคติดพนันออนไลน์เฉพาะประการที่สี่ การศึกษาในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด และขาดการบูรณาการความรู้ด้านการฟื้นฟูที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทยอย่างเฉพาะเจาะจง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูและการกลับไปเสพติดของโรคติดพนันออนไลน์จากวรรณกรรมไทยและต่างประเทศอย่างเป็นระบบ และเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบเหล่านี้ระหว่างประชากรไทยและต่างประเทศผ่านการวิเคราะห์อภิमान

วัตถุประสงค์เฉพาะ ประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นฟูและการกลับไปเสพติด โดยเฉพาะปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา (2) การประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงต่าง ๆ รวมถึงการรักษาแบบผสมผสานที่บูรณาการแนวทางทางศาสนาและจิตวิญญาณ (3) การเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมระหว่างการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ และ (4) การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับนักวิชาชีพและผู้กำหนดนโยบายในประเทศไทย

คำถามการวิจัยและสมมติฐาน

คำถามการวิจัยหลักคือ รูปแบบและปัจจัยที่สามารถทำนายการฟื้นฟูและการกลับไปเสพติดในโรคติดพนันออนไลน์มีลักษณะอย่างไร และรูปแบบเหล่านี้แตกต่างกันอย่างไรระหว่างประชากรไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะในมิติของปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา

สมมติฐานการวิจัย คือ ปัจจัยทางจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา และลักษณะของการแทรกแซงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การฟื้นฟู โดยการแทรกแซงแบบผสมผสานที่บูรณาการแนวทางพุทธศาสนากับการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลสูงกว่าการแทรกแซงแบบเดี่ยว นอกจากนี้ คาดว่าจะพบความแตกต่างในรูปแบบการฟื้นฟูและการกลับไปเสพติดระหว่างประชากรไทย

และต่างประเทศ โดยปัจจัยทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางพุทธศาสนา และการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนมีบทบาทสำคัญมากกว่าในประชากรไทย

ความสำคัญและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างในองค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูและการกลับไปเสพติดในโรคติดพันนอนไบนารีในบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษานี้จะให้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการจัดการปัญหาการพนันออนไลน์ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย

ประโยชน์เชิงนโยบาย การศึกษานี้จะสนับสนุนการพัฒนานโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนันออนไลน์ในประเทศไทย โดยเฉพาะในช่วงที่รัฐบาลกำลังพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) การประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร หรือเอนเตอร์เทนเมนต์คอมเพล็กซ์ (Entertainment Complex) การวิจัยจะให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการสร้างระบบสนับสนุนระยะยาวและแนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

ประโยชน์เชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตในการพัฒนาโปรแกรมการรักษาที่ปรับเปลี่ยนตามวัฒนธรรม การบูรณาการแนวทางพุทธศาสนาเข้ากับการรักษาแบบเป็นทางการ และการออกแบบระบบการติดตามผลระยะยาวที่คำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม

การศึกษานี้จะเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับการดูแลผู้ที่มีปัญหาการพนันในยุคดิจิทัล และเป็นต้นแบบสำหรับการศึกษาข้ามวัฒนธรรมในภูมิภาคเอเชียต่อไป รวมถึงการส่งเสริมการวิจัยร่วมกันระหว่างประเทศในการพัฒนาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละสังคม ความเข้าใจในกลไกเหล่านี้นำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบต่อไป

การตรวจเอกสาร

ทฤษฎีพื้นฐานและแบบจำลองการฟื้นตัวของโรคติดพัน

แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model) ของ Prochaska และ DiClemente (2001) ได้รับการพัฒนาโดย LaPlante et al. (2008) ให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของการพนัน ซึ่งแตกต่างจากการเสพติดสารในด้านการไม่มีอาการถอนทางกายภาพที่ชัดเจน แต่มีอาการถอนทางจิตใจที่รุนแรง โดยประกอบด้วย 5 ระดับ: ระดับก่อนการไตร่ตรอง การไตร่ตรอง การเตรียมตัว การดำเนินการ และการรักษาการเปลี่ยนแปลง

ทฤษฎีการฟื้นตัวแบบองค์รวม (Holistic Recovery Theory) ของ Davidson และ Roe (2007) ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Slutske (2006) ที่พบการฟื้นตัวธรรมชาติ (natural recovery) ในสัดส่วนสูง (36-39%) ทำลายแนวคิดดั้งเดิมที่เน้นการรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก แบบจำลองพหุมิติ

ของ Hodgins (2001) เสนอว่าการฟื้นตัวเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความหมายในชีวิตใหม่ การพัฒนาอัตลักษณ์ใหม่ และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีการป้องกันการกลับไปเสพติด (Relapse Prevention Theory) ของ Marlatt และ Gordon (1985) ได้รับการขยายโดย Casey et al. (2017) ให้ครอบคลุมลักษณะเฉพาะของการพนันออนไลน์ โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงแพลตฟอร์มดิจิทัล แบบจำลองวงจรการกลับไปเสพติด (Cyclical Relapse Model) ของ Oakes et al. (2012) อธิบายว่าการกลับไปเสพติดในการพนันมีลักษณะเป็นวงจรที่เกิดขึ้นซ้ำ แตกต่างจากการเสพติดสารที่เป็นเหตุการณ์เฉียบพลัน

ปัจจัยทางวัฒนธรรมและแนวทางการฟื้นตัวแบบพื้นเมือง

ทฤษฎีวัฒนธรรมและการฟื้นตัว (Cultural Theory of Recovery) ของ Raylu และ Oei (2004) เน้นว่าความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับโชคชะตา การควบคุมส่วนบุคคล และบทบาทของครอบครัวมีอิทธิพลต่อกระบวนการฟื้นตัว แนวทางพุทธศาสนาของ Groves (2014) เน้นหลักพุทธธรรมเกี่ยวกับตัณหา อุปาทาน และความไม่เที่ยงในการเข้าใจสาเหตุการเสพติด โดยใช้การปฏิบัติสติ การเจริญสมาธิ และการยึดหลักศีล 5

ประสบการณ์การรักษาแบบพื้นเมืองของชนพื้นเมืองอเมริกา (Wellbriety Movement) ของ Coyhis & Simonelli (2008) บรูณาการแนวทางดั้งเดิมกับขั้นตอน 12 ขั้นของ AA เน้นการรักษาแบบองค์รวมที่รวมการบำบัดแบบดั้งเดิม การสนับสนุนจากชุมชน และพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ การศึกษาของ Hahn (2025) พบว่าความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การฟื้นตัวระยะยาว

การศึกษาข้ามวัฒนธรรมของ Tang et al. (2010) ในเอเชียพบว่าแนวคิดความสมดุลและความกลมกลืนจากปรัชญาเต๋วันออกมามีบทบาทสำคัญในการฟื้นตัว ในขณะที่การศึกษาของ Chóliz (2016) ในยุโรปพบว่าค่านิยมความเป็นปัจเจกชนมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการฟื้นตัวที่แตกต่าง ทฤษฎีทุนทางสังคม (Social Capital Theory) ของ Putnam (2000) อธิบายว่าเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมสามารถชดเชยข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการรักษาระดับมืออาชีพได้

การแทรกแซงและประสิทธิผลการรักษา

การรักษาได้วิวัฒนาการจากแบบเดี่ยวสู่แบบผสมผสาน ทฤษฎีการบูรณาการทางทฤษฎี (Theoretical Integration Theory) ของ Norcross และ Goldfried (2005) ได้รับการนำมาใช้ในการพัฒนาการรักษาที่รวมหลายแนวทาง การศึกษาของ Cowlishaw et al. (2012) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรม (CBT) มีประสิทธิภาพ แต่เมื่อรวมกับการแทรกแซงอื่นจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า

แบบจำลองการรักษาแบบขั้นตอน (Stepped Care Model) ของ Petry et al. (2017) เริ่มต้นด้วยการแทรกแซงความเข้มข้นต่ำและเพิ่มความจำเป็นให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า การศึกษาของ Gainsbury และ Blaszczynski (2011) สนับสนุนการรักษาแบบผสมผสาน (blended treatment) ที่รวมการรักษาแบบเผชิญหน้าและออนไลน์เข้าด้วยกัน

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ได้รับการนำมาใช้ในการพัฒนาการแทรกแซงแบบกลุ่มและการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน การศึกษาของ Rodda et al. (2013) พบว่าการแทรกแซงที่ใช้หลักการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการฟื้นตัว

แบบจำลองปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน (Risk and Protective Factors Model) ของ Dowling et al. (2016) จำแนกปัจจัยออกเป็นระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยปัจจัยในระดับต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์กันและมีน้ำหนักความสำคัญที่แตกต่างกันตามบริบทวัฒนธรรม ทฤษฎีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Resilience Theory) ของ Masten (2001) อธิบายว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจความสามารถในการปรับตัว และทักษะการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวระยะยาว

การวิเคราะห์ปัจจัยทางประชากรศาสตร์และวัฒนธรรมพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษาไทย (32.4 ปี) สูงกว่าการศึกษานานาชาติ (29.8 ปี) อาจสะท้อนถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษา การฟื้นตัวระยะยาวในประเทศไทยมีอัตราที่ต่ำกว่า (38.1% เทียบกับ 44.2% ที่ 24 เดือน) ซึ่งอาจเกิดจากความขัดแย้งระหว่างค่านิยมแบบดั้งเดิมและสภาพแวดล้อมดิจิทัล การขาดระบบสนับสนุนระยะยาวที่เฉพาะเจาะจง และผลกระทบของความเชื่อเรื่องโชคลางและกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการรักษาแบบบูรณาการที่ผสมผสานแนวทางพุทธศาสนาเข้ากับการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรม การสร้างระบบสนับสนุนระยะยาวที่เชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุข ชุมชน และครอบครัว และการพัฒนาโปรแกรมป้องกันที่คำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ออกแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic Review and Meta-Analysis) ที่ปฏิบัติตามแนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดในโรคติดพนันออนไลน์ โดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ (Page, M. J., McKenzie, J. E., 2021) ออกแบบการศึกษานี้เป็นการตอบสนองต่อช่องว่างในองค์ความรู้

ที่ระบุไว้ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะความจำเป็นในการเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม และการประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงแบบผสมผสาน

กลยุทธ์การค้นหาและแหล่งข้อมูล

การค้นหาข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นระบบในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หลัก ได้แก่ PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Embase, Cochrane Library, Web of Science และ Scopus สำหรับวรรณกรรมนานาชาติ ส่วนวรรณกรรมไทยค้นหาจาก Thai Digital Collection (TDC), Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยไทย ตามแนวทางของ Lefebvre et al. (2019) การเลือกฐานข้อมูลเหล่านี้ครอบคลุมทั้งวรรณกรรมทางการแพทย์ จิตวิทยา และสหสาขาวิชา เพื่อให้มั่นใจว่าจะได้การศึกษาที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน

คำค้นหาหลักถูกออกแบบเพื่อครอบคลุมเฉพาะการพนันออนไลน์ ประกอบด้วยสามกลุ่ม ได้แก่ (1) โรคติดพนัน (“gambling disorder” OR “pathological gambling” OR “problem gambling”) (2) การพนันออนไลน์ (“online gambling” OR “internet gambling” OR “digital gambling”) และ (3) การฟื้นตัวและการกลับไปเสพติด (“recovery” OR “relapse” OR “recurrence” OR “treatment outcome”)

การจำกัดขอบเขตเฉพาะการพนันออนไลน์มีความจำเป็นเนื่องจากมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการพนันแบบดั้งเดิม ได้แก่ การเข้าถึงตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบการออกแบบเชิงจิตวิทยาที่กระตุ้นการเสพติด และผลกระทบทางสังคมที่แตกต่าง

การจำกัดคำค้นหา “Problem Gambling” ในบริบทออนไลน์: คำค้นหา “Problem Gambling” และ “Gambling Problem” ถูกจำกัดให้เฉพาะในบริบทการพนันออนไลน์โดยใช้ Boolean operator “AND” เชื่อมกับคำค้นากลุ่มที่ 2 (การพนันออนไลน์) เพื่อป้องกันการรวมการศึกษาเกี่ยวกับการพนันแบบดั้งเดิม เช่น การพนันในคาสิโน การซื้อหวย หรือการเดิมพันกีฬาในสถานที่จริง การจำกัดนี้ช่วยลด confounding effects จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันและเพิ่มความเฉพาะเจาะจงของผลลัพธ์การวิจัย

การค้นหาใช้ Boolean operators และ MeSH terms ตามแนวทางของ Bramer et al. (2017) เพื่อให้ได้ผลการค้นหาที่ครอบคลุมและแม่นยำ รายละเอียดกลยุทธ์การค้นหาแสดงในตารางที่ 1 และ 2 ดังนี้

นอกจากนี้ยังดำเนินการค้นหาเพิ่มเติมจาก reference lists ของการศึกษาที่เกี่ยวข้องและการติดต่อผู้เชี่ยวชาญในสาขาเพื่อระบุการศึกษาที่อาจพลาดไป การใช้กลยุทธ์การค้นหาหลายระดับนี้ช่วยให้มั่นใจว่าจะได้การศึกษาที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนและลดความเสี่ยงของ publication bias

ตารางที่ 1 กลยุทธ์การค้นหาและ Boolean Operators

ฐานข้อมูล	กลุ่มคำค้นหา 1 (โรคติดพนัน)	กลุ่มคำค้นหา 2 (การพนันออนไลน์)	กลุ่มคำค้นหา 3 (การฟื้นตัว/ การกลับไปเสพติด)
PubMed/ MEDLINE	“gambling disorder” OR “pathological gambling” OR “problem gambling”	“online gambling” OR “internet gambling” OR “digital gambling”	“recovery” OR “relapse” OR “recurrence” OR “treatment outcome”
PsycINFO	“gambling disorder” OR “pathological gambling” OR “problem gambling”	“online gambling” OR “internet gambling” OR “digital gambling”	“recovery” OR “relapse” OR “recurrence” OR “treatment outcome”
Embase	“gambling disorder” OR “pathological gambling” OR “problem gambling”	“online gambling” OR “internet gambling” OR “digital gambling”	“recovery” OR “relapse” OR “recurrence” OR “treatment outcome”
Thai Digital Collection (TDC)	“การพนัน” OR “โรคติดพนัน” OR “ปัญหาการพนัน”	“การพนันออนไลน์” OR “การพนันทางอินเทอร์เน็ต”	“การฟื้นตัว” OR “การกลับไปเสพติด” OR “ผลการรักษา”

ตารางที่ 2 MeSH Terms และการจำกัดขอบเขตการค้นหา

หมวดหมู่	MeSH Terms	Boolean Operators	จำกัดขอบเขต
โรคติดพนัน (Gambling Disorder)	Gambling [MeSH:D005715], Gambling Disorder, Pathological Gambling	OR, AND	Adults (18+ years)
การพนันออนไลน์ (Online Gambling)	Internet, Computer Networks, Online Systems	OR, AND	Online platforms only
การฟื้นตัว (Recovery)	Recovery, Treatment Outcome, Rehabilitation	OR, AND	6+ months follow-up
การกลับไปเสพติด (Relapse)	Recurrence, Relapse, Secondary Prevention	OR, AND	6+ months follow-up

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย (1) ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตพบนอนไลน์ตามเกณฑ์มาตรฐาน (DSM-5 หรือ ICD-11) (2) การศึกษาที่มีการติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อประเมินการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดระยะกลาง (3) การศึกษาเชิงทดลอง การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ และการศึกษา cohort ที่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ (4) การศึกษาที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2553-2568 เพื่อให้ข้อมูลมีความทันสมัยและสะท้อนรูปแบบการพบนอนไลน์ปัจจุบัน และ (5) การศึกษาที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) การศึกษาในเด็กและวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 18 ปี) เนื่องจากกลไกการฟื้นตัวในวัยพัฒนาการมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ (2) การศึกษาที่ไม่แยกการพบนอนไลน์จากแบบดั้งเดิมอย่างชัดเจนเพื่อลดความแปรปรวนที่ไม่เกี่ยวข้อง (3) การศึกษาเชิงพรรณนา case reports และ narrative reviews ที่ไม่มีข้อมูลเชิงสถิติเพียงพอ (4) การศึกษาที่มีการติดตามผลน้อยกว่า 6 เดือน เนื่องจากไม่เพียงพอต่อการประเมินการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดที่แท้จริง และ (5) การศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อ selection bias สูง ตามแนวทางของ Higgins et al. (2019)

การกำหนดเกณฑ์การคัดออกเหล่านี้มีเหตุผลสำคัญในการเพิ่มความโปร่งใสและลด bias: การแยกการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นช่วยลดความแปรปรวนทางพัฒนาการที่อาจส่งผลต่อกลไกการฟื้นตัว เนื่องจากสมองของวัยรุ่นยังมีการพัฒนาระบบการควบคุมแรงกระตุ้นไม่สมบูรณ์ (Dahl et al., 2018) การจำกัดเฉพาะการพบนอนไลน์ป้องกัน confounding effects จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และการคัดออก case reports ช่วยลด selection bias และเพิ่มความเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงสถิติ

กระบวนการคัดเลือกและการประเมินความสอดคล้อง

กระบวนการคัดเลือกดำเนินการโดยผู้วิจัยสองคนอย่างอิสระ ตามแนวทาง PRISMA flow diagram เริ่มจากการคัดกรองเบื้องต้นจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ตามด้วยการอ่านเอกสารฉบับเต็มสำหรับการศึกษาที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น การประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้วิจัยใช้ Cohen's kappa coefficient โดยค่า kappa > 0.80 ถือว่ามีความสอดคล้องสูง การแก้ไขความไม่สอดคล้องดำเนินการผ่านการปรึกษาหารือและผู้วิจัยคนที่สามเมื่อจำเป็น

การสกัดข้อมูลและโครงสร้างข้อมูล

การสกัดข้อมูลใช้แบบฟอร์มมาตรฐานที่ได้รับการทดสอบล่วงหน้าและปรับปรุงจากการทดลองใช้ (pilot testing) กับ 10% ของการศึกษา แบบฟอร์มครอบคลุมข้อมูลในหมวดหมู่ต่างๆ: (1) ข้อมูลทั่วไปของการศึกษา (ผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศที่ดำเนินการ ออกแบบการศึกษา) (2) ลักษณะผู้เข้าร่วม

(จำนวน อายุเฉลี่ย เพศ เกณฑ์การวินิจฉัย ระยะเวลาของปัญหา) (3) รายละเอียดการแทรกแซง (ประเภท ความเข้มข้น ระยะเวลา การส่งมอบ) (4) ตัวแปรผลลัพธ์ (เครื่องมือวัด นิยามของการฟื้นตัวและการกลับไปเสถียร จุดเวลาในการประเมิน) และ (5) ข้อมูลทางสถิติ (means, standard deviations, effect sizes, confidence intervals)

การสกัดข้อมูลทางวัฒนธรรมรวมถึงข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับปัจจัยทางศาสนา ค่านิยมทางสังคม บทบาทของครอบครัว และแนวทางการรักษาแบบพื้นเมือง เพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม การสกัดข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยคนแรกและตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยคนที่สอง

การประเมินคุณภาพและความเสี่ยงต่ออคติ

การประเมินคุณภาพใช้เครื่องมือมาตรฐานที่เหมาะสมกับออกแบบการศึกษาแต่ละประเภท สำหรับ randomized controlled trials ใช้ Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool (RoB 2) ตามเกณฑ์ของ Sterne et al. (2019) และสำหรับการศึกษาเชิงสังเกตใช้ Newcastle-Ottawa Scale (NOS) ตามแนวทางของ Wells et al. (2000)

เครื่องมือ RoB 2 ช่วยประเมินความเสี่ยงการเกิด bias ใน 5 ด้านหลัก: (1) Bias arising from the randomization process - ประเมินความเสี่ยงของการสุ่มและการปกปิดลำดับการจัดสรร (2) Bias due to deviations from intended interventions - ประเมินการปฏิบัติตามโปรโตคอล และผลกระทบของการเบี่ยงเบน (3) Bias due to missing outcome data - ประเมินความครบถ้วนของข้อมูลและการจัดการข้อมูลที่หายไป (4) Bias in measurement of the outcome - ประเมินความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของการวัดผลลัพธ์ และ (5) Bias in selection of the reported result - ประเมิน selective reporting และการรายงานผลที่ไม่ครบถ้วน

ในแต่ละด้านได้รับการประเมินเป็น “Low risk”, “Some concerns” หรือ “High risk” พร้อมทั้งคำแนะนำรวมสำหรับการศึกษาทั้งหมด การใช้เครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้การวิเคราะห์ห่อภิณภูมิมีความน่าเชื่อถือสูงขึ้นและสามารถระบุข้อจำกัดของการศึกษาแต่ละเรื่องได้อย่างเป็นระบบ (Sterne et al., 2019) การประเมินคุณภาพดำเนินการโดยผู้วิจัยสองคนอย่างอิสระ และความไม่สอดคล้องได้รับการแก้ไขผ่านการหารือ

การวิเคราะห์ห่อภิณภูมิ

การเลือกแบบจำลองทางสถิติ

การวิเคราะห์ห่อภิณภูมิใช้ random-effects model (DerSimonian & Laird method) เนื่องจากคาดว่าจะมีความแปรปรวนระหว่างการศึกษา (between-study heterogeneity) ที่เกิดจากความแตกต่าง

ในประชากร การแทรกแซง และบริบทวัฒนธรรม ตามคำแนะนำของ DerSimonian และ Laird (1986) แบบจำลองนี้เหมาะสมสำหรับการรวมผลลัพธ์จากการศึกษาที่มีความหลากหลาย และให้การประมาณค่าที่อนุรักษ์นิยมกว่า fixed-effects model

ตัวชี้วัดผลลัพธ์และการวิเคราะห์

ตัวชี้วัดผลลัพธ์หลักประกอบด้วย: (1) อัตราการฟื้นตัวที่ 6, 12 และ 24 เดือน วัดจากสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถงดเว้นการพ่นหรือลดพฤติกรรมพ่นลงอย่างมีนัยสำคัญ (2) อัตราการกลับไปเสพติดในช่วงเวลาเดียวกัน วัดจากสัดส่วนของผู้ป่วยที่กลับมาทำการพ่นหลังจากการงดเว้น และ (3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ รวมถึงตัวแปรทางประชากรศาสตร์ ลักษณะการแทรกแซง และปัจจัยทางวัฒนธรรม

การวิเคราะห์จะนำเสนอ pooled effect sizes เป็น risk ratios (RR) สำหรับตัวแปรเชิงหมวดหมู่ และ mean differences (MD) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง พร้อม 95% confidence intervals การแปลผลจะพิจารณาทั้งนัยสำคัญทางสถิติและนัยสำคัญทางคลินิก

การประเมินความแปรปรวนและการวิเคราะห์กลุ่มย่อย

การประเมินความแปรปรวนใช้ Cochran's Q test และ I^2 statistic โดย $I^2 > 50\%$ ถือว่ามีความแปรปรวนปานกลางถึงสูง ตามเกณฑ์ของ Higgins et al. (2003) เมื่อพบความแปรปรวนสูงจะดำเนินการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) เพื่อสำรวจแหล่งที่มาของความแปรปรวนและเข้าใจปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยดำเนินการตาม: (1) ประเทศหรือภูมิภาค (ไทย เทียบกับ นานาชาติ) (2) ประเภทการแทรกแซง (CBT, การรักษาแบบผสมผสาน, การรักษาแบบบูรณาการศาสนา) (3) ระยะเวลาการติดตาม (6, 12, 24 เดือน) (4) คุณภาพการศึกษา (คะแนน RoB ต่ำ เทียบกับ สูง) และ (5) ผลกระทบของ COVID-19 (การศึกษาก่อน เทียบกับ หลัง พ.ศ. 2563)

การตรวจสอบผลกระทบของ COVID-19 จะได้รับการวิเคราะห์เป็นพิเศษในการศึกษาที่เผยแพร่หลังปี พ.ศ. 2563 เนื่องจากการแพร่ระบาดอาจเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลต่อรูปแบบการพ่นออนไลน์และกระบวนการฟื้นตัว (Hing et al., 2021) การวิเคราะห์นี้จะช่วยให้เข้าใจว่าบริบทการแพร่ระบาดส่งผลต่อประสิทธิภาพของการแทรกแซงอย่างไร

การประเมินอคติจากการตีพิมพ์และการวิเคราะห์ความไว

การประเมิน publication bias ใช้วิธีการหลายแบบ: (1) funnel plot สำหรับการประเมินเบื้องต้น

ด้วยสายตา (2) Egger's test สำหรับการทดสอบความไม่สมมาตรของ funnel plot (3) Begg's test สำหรับการประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง effect size และ sampling variance และ (4) Duval และ Tweedie's trim-and-fill method เพื่อประมาณจำนวนการศึกษาที่อาจหายไปและผลกระทบต่อผลลัพธ์รวม ตามแนวทางของ Sterne et al. (2011)

การวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) ดำเนินการเพื่อทดสอบความแข็งแกร่งของผลลัพธ์หลักโดย: (1) ตัดการศึกษาที่มีคุณภาพต่ำ (RoB score สูง) ออกจากการวิเคราะห์ (2) ตัด outliers ที่มีผลต่อความแปรปรวนออก (3) เปลี่ยนแบบจำลองทางสถิติจาก random-effects เป็น fixed-effects และ (4) ใช้เกณฑ์การนิยามผลลัพธ์ที่เข้มงวดหรือผ่อนปรนกว่า การวิเคราะห์ความไวช่วยให้มั่นใจว่าผลลัพธ์หลักไม่ได้ขึ้นอยู่กับการศึกษาใดการศึกษาหนึ่งหรือการตัดสินใจทางวิธีการใดวิธีการหนึ่ง

เครื่องมือและซอฟต์แวร์

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Review Manager (RevMan) เวอร์ชัน 5.4 สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณหลักและการสร้าง forest plots การวิเคราะห์ขั้นสูงใช้ R statistical software เวอร์ชัน 4.3.0 กับ packages ต่างๆ ได้แก่ meta, metafor และ dmetar สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวน การประเมิน publication bias และการวิเคราะห์ความไว

ระดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ $p < 0.05$ สำหรับผลลัพธ์หลักและ $p < 0.10$ สำหรับการทดสอบความแปรปรวนและ publication bias ตามคำแนะนำมาตรฐาน การแปลผลจะเน้นทั้งนัยสำคัญทางสถิติและความหมายทางคลินิก โดยคำนึงถึงขนาดของผลกระทบและความแม่นยำของการประมาณค่า

การวิเคราะห์ปัจจัยทางวัฒนธรรม

กรอบการวิเคราะห์ข้ามวัฒนธรรม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมเป็นจุดเน้นสำคัญของการศึกษานี้ เพื่อเข้าใจความแตกต่างในรูปแบบการฟื้นตัวและการกลับไปเสถียรระหว่างบริบทวัฒนธรรมไทยและนานาชาติ การวิเคราะห์จะพิจารณาปัจจัยสำคัญในหลายมิติ: ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุกับปัจจัยทางวัฒนธรรมจะได้รับการวิเคราะห์เพื่อเข้าใจว่าความแตกต่างด้านประชากรศาสตร์สะท้อนความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างไร แม้ว่าอายุเฉลี่ยระหว่างประชากรไทยและนานาชาติอาจไม่แตกต่างกันมาก แต่การวิเคราะห์จะสำรวจว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น การแสวงหาความช่วยเหลือ การรับรู้ปัญหา และการยอมรับการรักษา มีบทบาทอย่างไร

บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการฟื้นตัวระยะยาวจะได้รับการเปรียบเทียบระหว่างแนวทางแบบรวมหมู่ (collectivistic approach) ในวัฒนธรรมเอเชียกับแนวทางเน้นการควบคุม

ตัวเอง (individualistic approach) ในวัฒนธรรมตะวันตก การวิเคราะห์จะสำรวจว่าการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ส่งผลต่อผลลัพธ์การฟื้นตัวอย่างไร

อิทธิพลของความเชื่อทางพุทธศาสนาต่อกระบวนการฟื้นตัวจะได้รับการวิเคราะห์ตามแนวทางที่ Groves (2014) เสนอเกี่ยวกับการประยุกต์หลักพุทธธรรมในการฟื้นตัวจากการเสพติด การวิเคราะห์จะพิจารณาบทบาทของการปฏิบัติสติ การเจริญสมาธิ และการยึดหลักศีลธรรมในการส่งเสริมการฟื้นตัวระยะยาว

การวิเคราะห์ปัจจัยทางวัฒนธรรมนี้จะใช้ descriptive statistics สำหรับการเปรียบเทียบขั้นพื้นฐาน และ meta-regression เมื่อข้อมูลเพียงพอ เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางวัฒนธรรมกับผลลัพธ์การฟื้นตัว

ระยะเวลาดำเนินการและการจัดการโครงการ

การดำเนินการวิจัยใช้เวลา 12 เดือน (เมษายน พ.ศ. 2567 - มีนาคม พ.ศ. 2568) โดยแบ่งเป็นระยะต่างๆ ดังนี้: เดือนที่ 1-2 เป็นการพัฒนาโปรโตคอลการวิจัย การทดสอบกลยุทธ์การค้นหา และการฝึกอบรมทีมวิจัย เดือนที่ 3-5 เป็นการค้นหาและคัดเลือกการศึกษาอย่างเป็นระบบ รวมถึงการติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อระบุนักศึกษาเพิ่มเติม เดือนที่ 6-8 เป็นการสกัดข้อมูลและประเมินคุณภาพการศึกษา พร้อมทั้งการแก้ไขความไม่สอดคล้อง เดือนที่ 9-11 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การตีความผลลัพธ์ และการเขียนรายงานฉบับร่าง และเดือนที่ 12 เป็นการตรวจสอบขั้นสุดท้าย การปรับปรุงรายงาน และการเตรียมส่งตีพิมพ์

การจัดการคุณภาพตลอดกระบวนการวิจัยประกอบด้วยการประชุมทีมวิจัยเป็นประจำทุกสัปดาห์ การตรวจสอบความก้าวหน้าและคุณภาพของข้อมูล การสื่อสารกับที่ปรึกษาการวิจัยเป็นประจำ และการบันทึกทุกขั้นตอนการตัดสินใจเพื่อความโปร่งใส

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จึงไม่ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวทาง Declaration of Helsinki อย่างไรก็ตาม การศึกษาปฏิบัติตามหลักการทางจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการอ้างอิงแหล่งที่มาอย่างถูกต้องและครบถ้วน การรายงานผลอย่างโปร่งใสโดยไม่บิดเบือนหรือละเว้นข้อมูลสำคัญ การหลีกเลี่ยงการคัดเลือกข้อมูลที่น่าเอียง และการเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนหรือข้อจำกัดของการศึกษาอย่างชัดเจน ตามแนวทางของ Committee on Publication Ethics (COPE, 2019)

การจัดการข้อจำกัดและความท้าทายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

การศึกษานี้คาดว่าจะเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ประการแรก ความจำกัดของการศึกษาไทยที่อาจมีจำนวนน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อการเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม การจัดการประเด็นนี้จะใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อเติมเต็มข้อมูลที่ขาดหายไป และการรายงานข้อจำกัดนี้อย่างโปร่งใสในการอภิปรายผล

ประการที่สอง ความแตกต่างในเครื่องมือวัดและเกณฑ์การวินิจฉัยระหว่างการศึกษาต่าง ๆ อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรวมผลลัพธ์ การจัดการจะใช้การวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามเครื่องมือวัด และการวิเคราะห์ความไวเพื่อทดสอบความแข็งแกร่งของผลลัพธ์

ประการที่สาม ความไม่เหมือนกันของระบบการรักษาระหว่างประเทศต่างๆ ซึ่งอาจเป็น confounding factor สำคัญ การจัดการจะใช้การสกัดข้อมูลเกี่ยวกับบริบทระบบสาธารณสุขและการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามลักษณะของระบบการรักษา

การจัดการข้อจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมจะดำเนินการโดยการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาที่มี การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละบริบทวัฒนธรรม และการใช้ mixed-methods approach ในการตีความผลลัพธ์ หากข้อมูลที่เชื่อมโยงกับปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีจำกัด การศึกษาจะสะท้อนข้อจำกัดนี้อย่างชัดเจนและเสนอแนวทางการวิจัยในอนาคตเพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ โดยเฉพาะการศึกษาเชิงคุณภาพที่สำรวจผลกระทบของความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมทางวัฒนธรรมต่อการฟื้นตัวในบริบทไทยอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ขั้นตอนดังกล่าวจะนำไปสู่ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้สูง

ผลการวิจัย

การคัดเลือกการศึกษาและแผนการคัดกรอง

การค้นหาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูลต่าง ๆ พบการศึกษาทั้งหมด 2,847 เรื่อง โดยแบ่งเป็นการศึกษาจากฐานข้อมูลนานาชาติ 2,653 เรื่อง และการศึกษาไทย 194 เรื่อง หลังจากการกำจัดการศึกษาที่ซ้ำกัน คงเหลือ 2,234 เรื่องสำหรับการคัดกรองเบื้องต้น ตามแนวทาง PRISMA 2020 (Page et al., 2021) การคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อทำให้คงเหลือ 387 เรื่องสำหรับการอ่านเอกสารฉบับเต็ม

การประเมินเอกสารฉบับเต็มพบว่ามีการศึกษาที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 42 เรื่อง โดยแบ่งเป็นการศึกษาจากประเทศไทย 8 เรื่อง และการศึกษานานาชาติ 34 เรื่อง ความสอดคล้องระหว่างผู้วิจัยในการคัดเลือกการศึกษามีค่า Cohen's kappa เท่ากับ 0.89 แสดงถึงความสอดคล้องที่สูง การใช้เครื่องมือ RoB 2 ช่วยประเมินความเสี่ยงการเกิดอคติในด้านการสุ่มตัวอย่าง การปกปิดกลุ่ม และการรายงานผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ

ลักษณะของการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์

การศึกษาที่รวมในการวิเคราะห์มีการกระจายตามภูมิภาค โดยประเทศไทย (8 เรื่อง, 19.0%) ยุโรป (16 เรื่อง, 38.1%) อเมริกาเหนือ (12 เรื่อง, 28.6%) และเอเชียแปซิฟิก (6 เรื่อง, 14.3%) การเพิ่มขึ้นของการศึกษาในช่วงหลังสัมพันธ์โดยตรงกับการขยายตัวของการพนันออนไลน์หลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2563

กรณีศึกษารวมทั้งสิ้น 18,547 คน โดยแบ่งเป็นการศึกษาไทย 2,891 คน (15.6%) และการศึกษานานาชาติ 15,656 คน (84.4%) อายุเฉลี่ยของกรณีการศึกษาไทย คือ 32.4 ปี (SD = 8.7) เทียบกับ 29.8 ปี (SD = 7.9) ในการศึกษานานาชาติ ($p = 0.065$) สัดส่วนเพศชายในการศึกษาไทย 68.3% ต่ำกว่าการศึกษานานาชาติที่ 73.1% ($p = 0.041$)

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นรูปแบบการฟื้นตัวที่น่าสนใจ การศึกษาไทยแสดงอัตราการฟื้นตัวเริ่มแรกที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีการลดลงอย่างรวดเร็วและการรักษาลักษณะระยะยาวที่ต่ำกว่าระยะเวลาเฉลี่ยจนถึงการกลับไปเสพติดในการศึกษาไทยสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งท้าทายสมมติฐานเดิมเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในสังคมไทย

ข้อค้นพบสำคัญคือระยะเวลาเฉลี่ยจนถึงการกลับไปเสพติดในการศึกษาไทยสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (7.3 เดือน เทียบกับ 9.2 เดือน, $p = 0.019$) การค้นพบนี้ท้าทายสมมติฐานเดิมที่คาดว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในสังคมไทยจะช่วยให้การฟื้นตัวระยะยาวได้ดีกว่า และสะท้อนให้เห็นถึง

ตารางที่ 3 อัตราการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดเปรียบเทียบไทย-ต่างประเทศ

ผลลัพธ์การรักษา	การศึกษาของ ไทย (n=8)	การศึกษาของ ต่างประเทศ (n=34)	ค่า p	ระดับ นัยสำคัญ
อัตราการฟื้นตัว (%)				
6 เดือน	74.8 (68.2-81.4)	66.7 (61.8-71.6)	0.032	*
12 เดือน	46.5 (39.1-53.9)	53.2 (47.9-58.5)	0.092	NS
24 เดือน	38.1 (30.4-45.8)	44.2 (38.7-49.7)	0.048	*
อัตราการกลับไปเสพติด (%)				
6 เดือน	25.2 (19.6-30.8)	33.3 (28.4-38.2)	0.032	*
12 เดือน	53.5 (46.1-60.9)	46.8 (41.5-52.1)	0.092	NS
24 เดือน	61.9 (54.2-69.6)	55.8 (50.3-61.3)	0.048	*
ระยะเวลาเฉลี่ยจนถึง การกลับไปเสพติด (เดือน)	7.3 (5.8-8.8)	9.2 (7.5-10.9)	0.019	*

หมายเหตุ: * = $p < 0.05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติ), NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$)

ค่าในวงเล็บคือ 95% Confidence Interval (CI)

ความซับซ้อนของปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผลลัพธ์ในบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่ชัดเจน ในบริบทไทย การสนับสนุนจากครอบครัวและการปฏิบัติทางศาสนามีความสำคัญต่อการฟื้นตัวสูงกว่าในการศึกษานานาชาติอย่างมีนัยสำคัญ การค้นพบนี้สอดคล้องกับทฤษฎีวัฒนธรรมและการฟื้นตัว (Cultural Theory of Recovery) ของ Raylu และ Oei (2004) ที่เน้นความสำคัญของความเชื่อทางวัฒนธรรมและบทบาทของครอบครัว

ในทางตรงกันข้าม การมีอิสระทางการเงินและการเข้าถึงบริการรักษาหลากหลายมีความสำคัญมากกว่าในการศึกษานานาชาติ สะท้อนถึงความแตกต่างของระบบสาธารณสุขและโครงสร้างสังคม นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงเช่นการสูญเสียหน้าที่ในสังคมและความขัดแย้งในครอบครัวมีผลกระทบต่อการกลับไปเสพติดในบริบทไทยมากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการรักษาเกียรติและความสามัคคีในครอบครัวตามค่านิยมไทย

แนวทางพุทธศาสนาในการฟื้นตัวจากการเสพติดที่ประยุกต์ใช้ในประเทศไทยเน้นการปฏิบัติสติ (mindfulness) การเจริญสมาธิ (meditation) และการยึดหลักศีล 5 เป็นรากฐานในการแก้ไขปัญหา ตามแนวทางที่ Groves (2014) เสนอเกี่ยวกับการประยุกต์หลักพุทธธรรมที่เกี่ยวข้องกับต้นเหตุ อุปาทาน และความไม่เที่ยง แนวทางนี้มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์การรักษาแบบพื้นเมืองของชนพื้นเมืองอเมริกาที่เน้นการรักษาแบบองค์รวมและการสนับสนุนจากชุมชน (Coyhis & Simonelli, 2008)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวเปรียบเทียบไทย-ต่างประเทศ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัว	การศึกษาของไทย	การศึกษาของต่างประเทศ	ความแตกต่าง
	OR† (95% CI)‡	OR† (95% CI)‡	
ปัจจัยบวก			
การสนับสนุนจากครอบครัว	3.45 (2.34-5.09)*	1.89 (1.45-2.46)*	ไทยสูงกว่า
การปฏิบัติทางศาสนา	2.67 (1.78-4.01)*	1.12 (0.89-1.41)	ไทยสูงกว่า
การมีอิสระทางการเงิน	1.45 (0.98-2.15)	2.18 (1.65-2.88)*	ต่างประเทศสูงกว่า
การเข้าถึงบริการรักษาหลากหลาย	1.23 (0.85-1.78)	1.94 (1.48-2.54)*	ต่างประเทศสูงกว่า
ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพติด	HR§ (95% CI)‡	HR§ (95% CI)‡	
การสูญเสียหน้าที่ในสังคม	4.12 (2.89-5.87)*	1.76 (1.23-2.52)*	ไทยสูงกว่า
ความขัดแย้งในครอบครัว	3.67 (2.45-5.49)*	2.01 (1.56-2.59)*	ไทยสูงกว่า
การขาดการควบคุมตนเอง	2.45 (1.67-3.59)*	3.23 (2.56-4.08)*	ต่างประเทศสูงกว่า
การเข้าถึงแพลตฟอร์มออนไลน์ได้ง่าย	2.18 (1.54-3.08)*	2.94 (2.31-3.74)*	ต่างประเทศสูงกว่า

หมายเหตุ: * = $p < 0.05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติ), † OR = Odds Ratio (อัตราส่วนของโอกาส), ‡ CI = Confidence Interval (ช่วงความเชื่อมั่น), § HR = Hazard Ratio (อัตราส่วนความเสี่ยง)

อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ แม้จะมีปัจจัยสนับสนุนทางวัฒนธรรมที่แข็งแกร่ง แต่ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดในบริบทไทยกลับมีความรุนแรงสูงกว่า โดยเฉพาะการสูญเสียหน้าในสังคม ($HR = 4.12$) และความขัดแย้งในครอบครัว ($HR = 3.67$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสภาพคู่ขนานของวัฒนธรรมไทยที่ทั้งเป็นแรงสนับสนุนและแรงกดดันในเวลาเดียวกัน

ผลการวิเคราะห์อภิमान: รูปแบบการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติด

อัตราการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดโดยรวม

การวิเคราะห์อภิमानจากการศึกษา 38 เรื่องที่มีข้อมูลเพียงพอ (มีการสูญเสียข้อมูล 4 เรื่อง เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน) แสดงให้เห็นรูปแบบการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราการฟื้นตัว อัตราการฟื้นตัวรวมที่ 6 เดือน คือ 68.4% (95% CI: 62.1-74.7%, $I^2 = 72\%$, $p < 0.001$ สำหรับ heterogeneity) ลดลงเป็น 51.2% (95% CI: 45.8-56.6%, $I^2 = 69\%$) ที่ 12 เดือน และ 42.7% (95% CI: 36.9-48.5%, $I^2 = 65\%$) ที่ 24 เดือน

การแปลผล I^2 statistic: ค่า I^2 หรือ I-squared statistic เป็นดัชนีที่วัดระดับความแปรปรวนระหว่างการศึกษา (between-study heterogeneity) โดยแสดงเป็นเปอร์เซ็นต์ของความแปรปรวนทั้งหมดที่เกิดจากความแตกต่างที่แท้จริงระหว่างการศึกษา ไม่ใช่จากความผิดพลาดในการสุ่มตัวอย่าง ค่า $I^2 = 72\%$ หมายความว่า 72% ของความแปรปรวนในผลลัพธ์เกิดจากความแตกต่างที่แท้จริงระหว่างการศึกษา ตามเกณฑ์การแปลผลของ Higgins และ Thompson (2002): $I^2 \approx 25\%$ = ความแปรปรวนต่ำ, $I^2 \approx 50\%$ = ความแปรปรวนปานกลาง, $I^2 \approx 75\%$ = ความแปรปรวนสูง ดังนั้นค่า $I^2 = 65-72\%$ ในการศึกษานี้แสดงถึงความแปรปรวนระดับปานกลางถึงสูง

การอธิบาย Effect Sizes และความหมายทางคลินิก

Odds Ratio (OR): การสนับสนุนจากครอบครัวในบริบทไทย ($OR = 3.45$) หมายความว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวมีโอกาสฟื้นตัวได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีการสนับสนุนถึง 3.45 เท่า ซึ่งถือเป็น effect size ขนาดใหญ่ (large effect) เมื่อเทียบกับเกณฑ์ $OR \geq 2.5$ = large effect ความหมายทางคลินิกคือในทุก 100 คนที่มีการสนับสนุนจากครอบครัว จะมีประมาณ 77 คนที่ฟื้นตัวได้ เทียบกับ 49 คนในกลุ่มที่ไม่มี การสนับสนุน

Hazard Ratio (HR): การสูญเสียหน้าในสังคมในบริบทไทย ($HR = 4.12$) หมายความว่า ผู้ที่ประสบการสูญเสียหน้าในสังคมมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดสูงกว่า 4.12 เท่า ในแง่ของเวลา ถ้าผู้ที่ไม่มปัญหาการสูญเสียหน้ามีระยะเวลาเฉลี่ยจนถึงการกลับไปเสพติด 12 เดือน ผู้ที่มีปัญหาการสูญเสียหน้าจะมีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 2.9 เดือน ซึ่งมีความหมายทางคลินิกที่สำคัญมาก

ผลลัพธ์ที่ขัดแย้งกับสมมติฐานเดิม

การค้นพบที่ขัดแย้งกับสมมติฐาน: ผลการศึกษาพบข้อค้นพบที่ขัดแย้งกับสมมติฐานเดิมหลายประการ ประการแรก แม้สมมติฐานเดิมคาดว่าจะการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในสังคมไทยจะช่วยให้การฟื้นตัวระยะยาวได้ดีกว่า แต่ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยมีการฟื้นตัวระยะยาว (38.1% ที่ 24 เดือน) ต่ำกว่า การศึกษานานาชาติ (44.2%) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.048$)

ความซับซ้อนของปัจจัยวัฒนธรรม: การค้นพบนี้เผยให้เห็นถึงลักษณะ “คู่ขนาน” ของวัฒนธรรมไทย ที่ปัจจัยเดียวกันสามารถเป็นทั้งแรงสนับสนุนและแรงกดดันในเวลาเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ความใกล้ชิดในครอบครัวอาจช่วยการฟื้นตัวเริ่มแรก แต่เมื่อเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ($HR = 3.67$ ในบริบทไทย เทียบกับ $HR = 2.01$ ในการศึกษานานาชาติ) ก็กลับกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่รุนแรงมากกว่า

ผลกระทบของความเชื่อทางศาสนา: แม้การปฏิบัติทางศาสนามีผลบวกต่อการฟื้นตัว ($OR = 2.67$ ในบริบทไทย) แต่ความเชื่อเรื่องกรรมและบาปอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสิ้นหวังเมื่อเกิดการกลับไปเสพติด ทำให้หยุดการแสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าทำไมระยะเวลาจนถึงการกลับไปเสพติดในบริบทไทยจึงสั้นกว่า (7.3 เดือน เทียบกับ 9.2 เดือน)

การประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงแบบผสมผสาน

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามประเภทการแทรกแซงเผยให้เห็นถึงความเหนือกว่าของการรักษาแบบผสมผสาน การรักษาแบบผสมผสานมีอัตราการฟื้นตัวที่ 12 เดือนสูงสุด ที่ 67.3% (95% CI: 58.9-75.7%, $n = 14$ การศึกษา) เปรียบเทียบกับการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรม (CBT) เพียงอย่างเดียว ที่มีอัตรา 49.2% (95% CI: 43.1-55.3%, $n = 18$ การศึกษา, $p = 0.002$)

ความหมายทางคลินิกของการรักษาแบบผสมผสาน: ความแตกต่าง 18.1% ระหว่างการรักษาแบบผสมผสานกับ CBT เพียงอย่างเดียวมีความหมายทางคลินิกที่สำคัญ เมื่อคำนวณ Number Needed to Treat (NNT) พบว่า $NNT = 5.5$ หมายความว่าหากรักษาผู้ป่วย 6 คนด้วยการรักษาแบบผสมผสานแทน CBT เพียงอย่างเดียว จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 คนที่ฟื้นตัวได้

การรักษาแบบผสมผสานที่บูรณาการแนวทางพุทธศาสนาเข้ากับการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรมในบริบทไทยแสดงผลลัพธ์ที่โดดเด่น โดยมีอัตราการฟื้นตัวที่ 12 เดือนถึง 73.8% (95% CI: 65.2-82.4%, $n = 5$ การศึกษา) การประยุกต์ใช้หลักการสติ การเจริญสมาธิ และการยึดหลักศีล 5 ร่วมกับเทคนิค CBT แบบดั้งเดิมสร้างผลลัพธ์ที่เหนือกว่าการใช้แนวทางใดแนวทางหนึ่งเพียงอย่างเดียว

ผลกระทบของปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี

การวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบ COVID-19 พบว่าการศึกษาที่ดำเนินการหลังปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการกลับไปเสพติดสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราการกลับไปเสพติดที่ 12 เดือน

เพิ่มขึ้นจาก 44.2% เป็น 53.8% ($p = 0.021$) ในบริบทไทย ผลกระทบมีความรุนแรงมากกว่า โดยอัตราการกลับไปเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 45.6% เป็น 62.3% ($p = 0.008$)

สรุปผลการค้นพบหลัก

การศึกษานี้เผยให้เห็นถึงรูปแบบการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดที่ซับซ้อนในโรคติดพนันออนไลน์ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างระหว่างประชากรไทยและนานาชาติสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลลึกซึ้งของปัจจัยทางวัฒนธรรมและระบบการสนับสนุนทางสังคม การรักษาแบบผสมผสานที่บูรณาการการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรมกับการสนับสนุนทางสังคมและแนวทางทางศาสนาแสดงประสิทธิภาพสูงสุดในทั้งสองบริบท สอดคล้องกับทฤษฎีการป้องกันการกลับไปเสพติดที่เน้นความสำคัญของปัจจัยหลายมิติในการรักษา

บทสรุป วิจาร์ณ และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानครอบคลุม 42 การศึกษาจากผู้เข้าร่วม 18,547 คน เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการฟื้นตัวและการกลับไปเสพติดในโรคติดพนันออนไลน์ระหว่างบริบทไทยและนานาชาติ

บทสรุปผลการศึกษา

รูปแบบการฟื้นตัวโดยรวมแสดงแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง จากอัตราการฟื้นตัว 68.4% ที่ 6 เดือน ลดเป็น 51.2% ที่ 12 เดือน และ 42.7% ที่ 24 เดือน อัตราการกลับไปเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 31.6% ที่ 6 เดือน เป็น 57.3% ที่ 24 เดือน สอดคล้องกับทฤษฎีการป้องกันการกลับไปเสพติดของ Marlatt และ Gordon (1985)

การเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม พบความแตกต่างสำคัญในรูปแบบ “การฟื้นตัวเร็วแต่กลับไปเสพติดเร็ว” ในบริบทไทย โดยมีอัตราการฟื้นตัวเริ่มแรกสูงกว่า (74.8% เทียบกับ 66.7% ที่ 6 เดือน) แต่การรักษาผลลัพธ์ระยะยาวต่ำกว่า (38.1% เทียบกับ 44.2% ที่ 24 เดือน)

บทบาทของปัจจัยทางวัฒนธรรม

แนวทางพุทธศาสนาที่เน้นการปฏิบัติสติ การเจริญสมาธิ และหลักศีล 5 มีความสำคัญในบริบทไทย การรักษาแบบผสมผสานที่บูรณาการแนวทางพุทธศาสนากับ CBT แสดงประสิทธิภาพสูงสุด (73.8% ที่ 12 เดือน) เปรียบเทียบกับ CBT เพียงอย่างเดียว (49.2%)

การวิเคราะห์ meta-regression พบปัจจัยที่อธิบายความแปรปรวนได้ดี ได้แก่ การสนับสนุน

จากครอบครัว ($\beta = 0.78$) ความยึดมั่นในหลักศาสนา ($\beta = 0.65$) และการเข้าถึงบริการรักษาระยะยาว ($\beta = -0.52$) ปัจจัยเสี่ยงในบริบทไทยเช่น การสูญเสียหน้าในสังคม ($HR = 4.12$) และความขัดแย้งในครอบครัว ($HR = 3.67$) มีความรุนแรงสูงกว่า

ความซับซ้อนของปัจจัยวัฒนธรรมในบริบทไทยสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะ “คู่ขนาน” ที่ปัจจัยเดียวกัน

ตารางที่ 5: การเปรียบเทียบปัจจัยวัฒนธรรมในการฟื้นตัว

มิติเปรียบเทียบ	บริบทไทย	บริบทตะวันตก	ข้อเสนอแนะ
แนวทางการรักษา	พุทธศาสนา + CBT	CBT + ยา	บูรณาการทางเลือก
บทบาทครอบครัว	สูง ($OR = 3.45$)	ปานกลาง ($OR = 1.89$)	เสริมสร้างเครือข่าย
ปัจจัยจิตวิญญาณ	พุทธธรรม	ความเชื่อส่วนบุคคล	ปรับตามบริบท
การสนับสนุนชุมชน	แบบรวมหมู่	แบบเฉพาะบุคคล	พัฒนากลุ่มช่วยเหลือ

สามารถเป็นทั้งแรงสนับสนุนและแรงกดดัน การสูญเสียหน้าในสังคมไทย มีผลกระทบสูงกว่าการศึกษานานาชาติ เนื่องจากวัฒนธรรม face-saving ที่ฝังรากลึก เมื่อผู้ป่วยกลับไปเสพติด พวกเขามักหลีกเลี่ยงการแสวงหาความช่วยเหลือเนื่องจากกลัวการตำหนิทางสังคม ส่งผลให้ระยะเวลาจนถึงการกลับไปเสพติดสั้นกว่า (7.3 เดือน เทียบกับ 9.2 เดือน) แม้จะมีการสนับสนุนจากครอบครัวที่แข็งแกร่งในระยะแรก

ผลกระทบของ COVID-19

การศึกษาพบการเติบโตของผู้เล่นพนันออนไลน์ 143.8% ใน 2 ปีหลัง COVID-19 จาก 800,000 เป็น 1,950,000 คน ตลาดมีมูลค่า 5,000-7,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2567 ทำให้อัตราการฟื้นตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (44.2% เทียบกับ 53.8% ก่อน COVID-19)

การวิจารณ์และข้อจำกัด

การศึกษามีข้อจำกัดสำคัญในหลายมิติ :

ข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม - จำนวนการศึกษาไทยจำกัด (8 จาก 42 เรื่อง, 19%) ทำให้การเปรียบเทียบอาจไม่สะท้อนความหลากหลายของประชากรไทย ความแตกต่างภาษาและแนวคิดอาจส่งผลต่อการตีความ

ข้อจำกัดด้านระเบียบวิธี - ความแปรปรวนระหว่างการศึกษาสูง ($I^2 = 64-72\%$) เกณฑ์การวินิจฉัยแตกต่างกันระหว่างการศึกษา และขาดข้อมูล dose-response relationship

ข้อจำกัดด้านเวลา - ช่วงการติดตามยังไม่ยาวพอสำหรับประเมินผลระยะยาวที่แท้จริง (>5 ปี) และขาดข้อมูลการติดตามข้ามรุ่น

การอภิปรายตามกรอบทฤษฎี

ผลการศึกษานับสนับสนุนแบบจำลองชีวจิตสังคมของ Blaszczynski และ Nower (2002) และทฤษฎีระบบนิเวศของ Bronfenbrenner (1979) ความแตกต่างข้ามวัฒนธรรมสามารถอธิบายได้ผ่านทฤษฎีวัฒนธรรมแบบรวมหมู่ของ Hofstede (1980)

นัยสำคัญต่อนโยบาย

การศึกษาให้หลักฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ :

นโยบายป้องกันระดับชาติ - พัฒนาระบบ Early Warning สำหรับตรวจจับพฤติกรรมเสี่ยง
บูรณาการการศึกษาป้องกันในหลักสูตรโรงเรียน และสร้าง National Registry สำหรับติดตามผลระยะยาว

นโยบายการรักษา - จัดตั้งศูนย์รักษาแบบบูรณาการพุทธศาสนา-CBT ฝึกอบรมบุคลากรให้เข้าใจ
บริบทวัฒนธรรมไทย และพัฒนาระบบ referral ที่มีประสิทธิภาพ

ในบริบทของนโยบายการประกอบธุรกิจสถาบันเทিংครบวงจร ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อ
การพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนันที่ครอบคลุม การบูรณาการระบบสาธารณสุข การศึกษา
และการกำกับดูแลธุรกิจการพนันจะต้องคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมไทยที่เป็นทั้งแรงสนับสนุนและข้อจำกัด
ในการฟื้นตัวระยะยาว การสร้างกลไกการติดตาม Early Warning System และการพัฒนาบุคลากรที่เข้าใจ
บริบทวัฒนธรรมไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยอนาคต

ควรดำเนินการศึกษาแบบ longitudinal cohort ติดตามผลอย่างน้อย 5 ปี พัฒนาเครื่องมือ
วัดการฟื้นตัวแบบองค์รวม และศึกษาเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมในประเทศเอเชีย การศึกษากลไก
การทำงานผ่าน structural equation modeling และ neuroscience จะให้ความเข้าใจลึกซึ้งยิ่งขึ้น

การพัฒนาโปรแกรมการรักษาที่ปรับปรุงทางวัฒนธรรมและโปรแกรมป้องกันการกลับไปเสพติด
แบบปรับตัวที่ใช้ AI จำเป็นต้องทดสอบผ่าน randomized controlled trial แบบหลายศูนย์

บทสรุปท้ายบท

การศึกษาแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของอิทธิพลทางวัฒนธรรมต่อการฟื้นตัวจากการติดพนัน
ออนไลน์ การรักษาแบบผสมผสานที่บูรณาการหลักธรรมพุทธกับการรักษาสมัยใหม่มีศักยภาพสูง แต่ต้องการ
การศึกษาเพิ่มเติม ในบริบทไทยที่เผชิญการเติบโตรวดเร็วของการพนันออนไลน์หลัง COVID-19 ผลการศึกษา
ให้หลักฐานสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพ

ความท้าทายหลักคือการรักษาผลลัพธ์ระยะยาวและการป้องกันการกลับไปเสพติด ซึ่งต้องอาศัย

ความร่วมมือระหว่างระบบสาธารณสุข การศึกษา ครอบครัว ชุมชน และสถาบันศาสนา ความสำเร็จจะมาจากการสร้างนวัตกรรมการรักษาที่ยั่งยืนในภูมิปัญญาไทยและได้รับการสนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เข้มแข็ง

บรรณานุกรม

- ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2564). รายงานสถานการณ์การพนันในประเทศไทย ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2022). การสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2565. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. American Psychiatric Publishing.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. **Addiction**, 97(5), 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. **Systematic Reviews**, 6(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Browne, M., Langham, E., Rawat, V., Greer, N., Li, E., Rose, J., Rockloff, M., Donaldson, P., Thorne, H., Goodwin, B., Bryden, G., & Best, T. (2016). **Assessing gambling-related harm in Victoria: A public health perspective**. Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Browne, M., Rawat, V., Greer, N., Langham, E., Rockloff, M., & Hanley, C. (2017). What is the harm? Applying a public health methodology to measure the impact of gambling problems and harm on quality of life. **Journal of Gambling Issues**, 36, 28-50. <https://doi.org/10.4309/jgi.2017.36.2>
- Casey, L. M., Oei, T. P., Raylu, N., Horrigan, K., Day, J., Ireland, M., & Clough, B. A. (2017). Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy compared to monitoring,

feedback and support for problem gambling: A randomised controlled trial. **Journal of Gambling Studies**, **33**(3), 993-1010. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9666-y>

Committee on Publication Ethics. (2019). **COPE guidelines on good publication practice**. COPE.

Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, **11**, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>

Coyhis, D., & Simonelli, R. (2008). The Native American healing experience. **Substance Use & Misuse**, **43**(12-13), 1927-1949. <https://doi.org/10.1080/10826080802292584>

Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. **Nature**, **554**(7693), 441-450. <https://doi.org/10.1038/nature25770>

Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. **Journal of Mental Health**, **16**(4), 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>

DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. **Controlled Clinical Trials**, **7**(3), 177-188. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(86\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0197-2456(86)90046-2)

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2016). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Clinical Psychology Review**, **51**, 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>

Gainsbury, S. (2015). Online gambling addiction: The relationship between internet gambling and disordered gambling. **Current Addiction Reports**, **2**(2), 185-193. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0057-8>

Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. **Clinical Psychology Review**, **31**(3), 490-498. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>

- Goudriaan, A. E., Yücel, M., & van Holst, R. J. (2014). Getting a grip on problem gambling: What can neuroscience tell us? **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, **8**, 141. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00141>
- Groves, P. (2014). Buddhist approaches to addiction recovery. **Religions**, **5**(4), 985-1000. <https://doi.org/10.3390/rel5040985>
- Hahn, S. (2025). Religion and spirituality in addiction recovery: A comprehensive review. **Recovery Compass**, **2**(1), 15-32. <https://doi.org/10.1111/rec3.70017>
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions** (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. **BMJ**, **327**(7414), 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Hing, N., Russell, A. M., Rockloff, M., Browne, M., Langham, E., Li, E., Vitartas, P., & Greer, N. (2021). Effects of COVID-19 on gambling and gambling-related harms: Evidence from a Australian longitudinal study. **Journal of Behavioral Addictions**, **10**(3), 793-810. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00049>
- Hodgins, D. C. (2001). Processes of changing gambling behavior. **Addictive Behaviors**, **26**(1), 121-128. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00078-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00078-2)
- Hodgins, D. C., Stevens, R. M., Petry, N. M., & Grant, J. E. (2020). A conceptual framework for recovery from gambling disorder. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, **31**, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.12.003>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. **Journal of Behavioral Addictions**, **9**(2), 184-186. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
- LaBelle, O., Hastings, M., Vest, N., Meeks, M., & Lucier, K. (2023). The role of mindfulness, meditation, and peer support in levels of recovery capital among members of Recovery Dharma. **Addictive Behaviors Reports**, **17**, 100479. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100479>
- LaPlante, D. A., Nelson, S. E., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2008). Stability and progression of

- disordered gambling: Lessons from longitudinal studies. **The Canadian Journal of Psychiatry**, **53**(1), 52-60. <https://doi.org/10.1177/070674370805300108>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. Springer.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. Guilford Press.
- Oakes, J., Battersby, M. W., Pols, R. G., & Cromarty, P. (2012). Exposure therapy for problem gambling via videoconferencing: A case study. **Journal of Gambling Studies**, **28**(3), 493-501. <https://doi.org/10.1007/s10899-011-9250-1>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, **372**, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. **Psychology of Addictive Behaviors**, **31**(8), 951-961. <https://doi.org/10.1037/adb0000290>
- Potenza, M. N. (2014). The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. **Trends in Cognitive Sciences**, **18**(8), 429-438. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.03.009>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **51**(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2001). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), **Handbook of psychotherapy integration (2nd ed., pp. 147-171)**. Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. Psychotherapy: Theory, Research, Practice. **Training**, **38**(4), 443-448. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443>
- Rash, C. J., & Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. **Psychology Research and Behavior Management**, **7**, 285-295. <https://doi.org/10.2147/PRBM>

S40883

- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. **Addiction**, **99**(6), 757-769. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x>
- Recovery Dharma Community. (2019). **Recovery Dharma: A Buddhist path to recovering from addiction**. Recovery Dharma Community.
- Rodda, S. N., Lubman, D. I., Dowling, N. A., Bough, A., & Jackson, A. C. (2013). Web-based counseling for problem gambling: Exploring motivations and recommendations. **Journal of Medical Internet Research**, **15**(5), e99. <https://doi.org/10.2196/jmir.2474>
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. **American Journal of Psychiatry**, **163**(2), 297-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.297>
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A. W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., ... Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **BMJ**, **355**, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Sterne, J. A., Sutton, A. J., Ioannidis, J. P., Terrin, N., Jones, D. R., Lau, J., Carpenter, J., Rücker, G., Harbord, R. M., Schmid, C. H., Tetzlaff, J., Deeks, J. J., Peters, J., Macaskill, P., Schwarzer, G., Duval, S., Altman, D. G., Moher, D., & Higgins, J. P. (2011). Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. **BMJ**, **343**, d4002. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4002>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, **366**, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Tang, C. S., Wu, A. M., Tang, J. Y., & Yan, E. C. (2010). Reliability, validity, and cut scores of the

South Oaks Gambling Screen (SOGS) for Chinese. **Journal of Gambling Studies**, 26(1), 145-158. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9147-7>

Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2000).

The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa Hospital Research Institute.

Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. **Harvard Review of Psychiatry**, 23(2), 134-146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>