



รายงานวิจัย

เรื่อง

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรง
ของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

โดย

อัจฉรา มุ่งพานิช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กิตติยา กุดกุง เรือนจำกลางขอนแก่น

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ร่วมกับ สถานพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น
ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ปีงบประมาณ 2561

1420
98ผ
61

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์	
เลขที่หนังสือ	004453
วันที่	
เลขที่เอกสาร	ว. พม 420
๐ 498๗	2561

JVKK Library



004453

ศาสตราจารย์ ดร. กฤษณ์

ศาสตราจารย์

ศาสตราจารย์ ดร. กฤษณ์ - ศาสตราจารย์ ดร. กฤษณ์

ศาสตราจารย์ ดร. กฤษณ์ - ศาสตราจารย์ ดร. กฤษณ์

ศาสตราจารย์



รายงานวิจัย

เรื่อง

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรง
ของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

โดย

อัจฉรา มุ่งพานิช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กิตติยา กุดกุง เรือนจำกลางขอนแก่น

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ร่วมกับ สถานพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น
ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ปีงบประมาณ 2561

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจากดร.สุวิริยาสุวรรณโคตร นักวิชาการอิสระ และนางกานดา ผาวงศ์ กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชชนรินทร์ ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอขอบคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ อาจารย์สมพร อินทร์แก้ว กรมสุขภาพจิต ที่ให้ความรู้ ฝึกฝน และเป็นที่ปรึกษาในด้านการบำบัดด้วยสติ (Mindfulness Based Therapy and Counselling) จนกระทั่งได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ และอนุญาตให้นำโปรแกรมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ พญ.อรรวรรณ ศิลปะกิจ ที่อนุญาตให้นำแบบประเมินสติมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์ผู้สอนทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ ตลอดจนแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย

ขอขอบคุณ เรือนจำกลางขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมเก็บวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ที่เปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้ศึกษา ร่วมกับสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ อาสาสมัครผู้ต้องขังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ท้ายสุดนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกคนที่เป็นกำลังสำคัญยิ่งในการศึกษาและการทำวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการวิจัยฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

อัจฉรา มุ่งพานิช

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

อัจฉรา มุ่งพานิช*, กิตติยา กุดกุง**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

วัสดุและวิธีการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครในเรือนจำ และตามเกณฑ์การคัดเลือก (n=26) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counselling) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที (ผู้บำบัดผ่านการรับรองผู้ให้การบำบัดโดยใช้สติในระดับผู้บำบัดอิสระ) และกลุ่มควบคุม 12 คน (dropout 2 คนในระหว่างทดลองและติดตามผล) เข้าร่วมกิจกรรมปกติของเรือนจำ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบประเมินสติ แบบประเมินเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ประเมินก่อน/หลัง และติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้การทดสอบแบบ nonparametric ได้แก่ Mann – Whitney – Test และ Wilcoxon Signed – Rank Test

ผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ก่อน หลังและระยะติดตามผล เท่ากับ 10.58 (SD=12.87) 5.25 (SD=14.89) และ 0.33 (SD=1.16) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.75 (SD=5.46) 4.42 (SD=8.55) และ 2.58 (SD=6.13) ตามลำดับ เมื่อทดสอบตามสมมติฐาน พบว่า 1) ผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีความรุนแรงต่อการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) ผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มฯ มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความเมตตาต่อตนเองสูงขึ้น ในระยะหลังทดลองกับติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 3) ไม่พบความแตกต่างของคะแนนทั้ง 6 ตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แต่พบคะแนนภาวะซึมเศร้า และเมตตาต่อผู้อื่น มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดและไม่ได้เข้าร่วม มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งในหลังการเข้ากลุ่มและระยะติดตามผล อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเกี่ยวกับผลของความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ต้องขัง

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: nuymu@yahoo.com

* นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

** นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ เรือนจำกลางขอนแก่น

Effect of Mindfulness-Based Therapy and Counseling Group on Suicidal Risk of Prisoners

Artchara Mungpanich*, Kitiya Kudkung**

Abstract

Objective: to study the effects of a mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risks of inmates.

Materials and methods: The study sample consisted of volunteer prisoners and inclusion criteria (n=26). They were conducted a matched case-control study with 12 prisoners who received mindfulness-based therapy and counselling (MBTC) group of 90 to 120 minute sessions per week for 8 weeks (cases). Participants, 12 prisoners, received only routine activities of prison (controls), which 2 prisoners dropped out between post-test and follow-up. The research instruments were the following: 1) a personal data questionnaire 2) stress test 3) 9-questionnaire for depression 4) 8-questionnaire for suicide 5) Mindfulness Assessment Scale 6) Self-Compassion Scale 7) the Compassionate Love Scale for Humanity. Participants were measured by pre-test, post-test and follow-up in 1 month. Data were analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney-Test and Wilcoxon Signed-Rank Test.

Results: The result showed the mean of suicide risk score from pre-test, post-test and follow-up of experiment group was 10.58 (SD=12.87) 5.25 (SD=14.89) and 0.33 (SD=1.16) respectively. The mean of suicide score from pre-test, post-test and follow-up of control group was 4.75 (SD=5.46) 4.42 (SD=8.55) and 2.58 (SD=6.13) respectively. According to the hypotheses, there were these following: 1) prisoners with MBTC group showed the mean scores of suicide risk lower than before the experiment which was statistically significant ($P<0.05$), 2) between post-test and follow-up, prisoners with MBTC group showed a decrease in the mean scores of depression and an increase in the mean scores of self-compassion which was statistically significant ($P<0.05$) and 3) there was no significant difference in 6 scores between the control group and the experimental group, between pre-test and post-test. However, in the follow-up period, prisoners with MBTC group showed a decrease in the mean of depression and an increase in the mean of other-compassion more than the control group which was statistically significant ($P<0.05$).

Conclusion: Both control and experiment groups showed a decrease in the mean score of suicidal risk as well. However, long term monitoring for the effectiveness stability should be done in the future.

Key words: Mindfulness-Based Therapy and Counselling Group, prisoner, suicide

* clinical psychologist, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

* clinical psychologist, Khon Kaen Central Prison

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	iii
บทคัดย่อภาษาไทย	iv
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	v
สารบัญ	vi
สารบัญตาราง	viii
สารบัญภาพ	ix
บทที่	
1 บทนำ	1
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	3
- สมมุติฐานการวิจัย	3
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
- ขอบเขตของการวิจัย	4
- นิยามศัพท์เฉพาะ	4
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
- แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง	5
- แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน	9
- การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
3 วิธีดำเนินการวิจัย	20
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
- เครื่องมือและการวัดผล	22
- การวิเคราะห์ข้อมูล	23
- การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	24
4 ผลการศึกษา	25
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	41
- สรุปผลการศึกษา	41
- อภิปรายผลการวิจัย	43
- ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรม	44
- ข้อจำกัดในการวิจัย	50
- ข้อเสนอแนะ	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	
ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัย	55
ข เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	56
ค เอกสารอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในเรือนจำ	61
ง เอกสารขออนุญาตใช้แบบประเมินสติ	62
จ โครงการวิจัย	63

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	25
4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ระดับความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล	27
4.3 ผลการทดสอบคะแนน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann Whitney Test	28
4.4 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	30
4.5 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	31
4.6 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney-Test	33
4.7 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	34
4.8 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	36
4.9 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ในระยะติดตามผลการทดลอง ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney-Test	37
4.10 แสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	39

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่	
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	19
2 ขั้นตอนการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	21

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศูนย์ศึกษาเรือนจำนานาชาติ (International Centre for Prison Studies: ICPS) รายงานว่า ในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ต้องขังที่พิการทางจิตใจและพฤติกรรม จำนวน 314 คน ขณะเดียวกัน มีผู้ต้องขังที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิต หรือเป็นโรคจิตเภท เฉลี่ยปีละ 3,000 คน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุกโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำผิดครั้งแรก มักมีอาการซึมเศร้าจากการถูกตัดขาดจากโลกภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง จากสถิติปีพ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตผิดธรรมชาติ ที่เป็นนักโทษเด็ดขาด 70 คน โดย 24 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ต่อมาในปีพ.ศ. 2558 กรมราชทัณฑ์และกระทรวงสาธารณสุขร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขัง มีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพกายและจิต (รวิวรรณ รักถิ่นกำเนิด, 2558) อย่างไรก็ตาม จากรายงานของการบริการสถานพยาบาลเรือนจำกลางขอนแก่น ระหว่างปีพ.ศ. 2557-2559 พบการพยายามฆ่าตัวตาย เฉลี่ย 2 รายต่อปี และในปีพ.ศ. 2559 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย โดยมีการสันนิษฐานถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายว่า น่าจะเกิดจากโรคทางกายที่รักษาไม่ได้ มีปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว และการถูกตัดสินโทษเป็นเวลานานซึ่งเป็นภาวะตึงเครียดสูง ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และตัดสินใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต ส่วนผู้ต้องขังที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการศึกษาลักษณะของผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Rivlin, Hawton, Marzano, & Fazel, 2013) โดยการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังชายที่พยายามฆ่าตัวตายจนใกล้เสียชีวิต 60 คน เปรียบเทียบกับผู้ต้องขังชายที่ไม่ทำ 60 คน พบภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หุนหันพลันแล่น และความก้าวร้าวในระดับสูง และการเห็นคุณค่าแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (p ที่ 0.001) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์ที่เคยเข้าเรือนจำและเคยถูกกักขังในเรือนจำ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาในเวลาต่อมา มีการนำปัจจัยเหล่านี้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนาจิตใจและแนวทางการช่วยเหลือผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต ลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ร่วมกับใช้แนวคิดทางจิตวิทยาและการใช้สติเป็นพื้นฐานไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขัง

ในต่างประเทศ มีการนำสติและสมาธิไปใช้พัฒนาจิตใจแก่ผู้ต้องขังอย่างกว้างขวางและได้ผล (Foundation for a Mindful Society, 2014; Glowatz, 2016; Osborne, 2016; Auty, Cope &

Liebling, 2017) จากการศึกษาวิจัยพบว่า สติและสมาธิสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะอารมณ์เศร้า และปัญหาการนอนในผู้ต้องขังหญิงได้ดี (Ferszt, Miller, Hickey, Maull & Crisp, 2015) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของการบำบัดทางจิตวิทยาแก่ผู้ต้องขังที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต (Yoon, Slade & Fazel, 2017) ผลศึกษาพบงานวิจัยแบบ randomized control trial ทั้งหมด 37 เรื่อง โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้แนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) และการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน พบว่าการบำบัดทั้ง 2 แนวคิดนี้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ต้องขังในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยอีกหลายฉบับที่นำการฝึกสติไปใช้ในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษพบว่าสติเป็นปัจจัยในการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Luoma & Villatte, 2012; Zbizek-Nulph, Walton, Cunningham, Chermack & Ngo, 2017) ได้อย่างเห็นผล

ในประเทศไทย มีการนำแนวคิดทางพุทธมาใช้ในการบำบัดรักษา ตลอดจนการพัฒนาทางจิตใจเพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกัน มีการประยุกต์ใน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรกนำมาใช้ในการพัฒนาจิตแก่ผู้บำบัดรักษา เพื่อให้ผู้บำบัดนำไปใช้ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดทางจิตวิทยา รูปแบบที่สอง เป็นการนำหลักการทางพุทธเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ใช้ในการสร้างความเข้าใจและตระหนักในตนเอง 2) ใช้สมาธิเป็นวิธีการในการสร้างความสงบ ลดความวิตกกังวล สร้างความเข้าใจในตนเองและแก้ปัญหาให้ดีขึ้น โดยฝึกในช่วงบำบัด อาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม 3) ฝึกสติเพื่อปล่อยวางอารมณ์และความคิดลบ เป็นการบำบัดที่เน้นการใช้สติเป็นพื้นฐานในการบำบัด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ซึ่งเรือนจำกลางขอนแก่น ได้นำสมาธิหลักสูตรการอบรมสัปดาห์สมาธิผู้ต้องขังต้องผ่านการอบรม 40 วัน เริ่มดำเนินการอบรมมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 เป็นหลักสูตรที่สอนการปฏิบัติธรรม และทำสมาธิเพื่อพัฒนาชีวิตผู้ต้องขัง (กระทรวงยุติธรรม, 2560)

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรูปแบบป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำที่ใช้การบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้เป็นหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง เรือนจำกลางขอนแก่น 1) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง 2) ศึกษาความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดฯ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล 3) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 4)

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง เรือนจำกลางขอนแก่น
2. ศึกษาความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดฯ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน
4. เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 4 กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ภายหลังการทดลองกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยที่ 5 กลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 6 กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพและการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ สามารถลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และสามารถมีสติรู้ตัว สามารถเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นได้มากขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ต้องขังเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นจิตอาสาเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมจนเสร็จสิ้นโครงการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน หมายถึง รูปแบบการดูแลด้านจิตใจ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มที่สร้างความสัมพันธ์และการเรียนรู้ภายในกลุ่มผ่านการถามประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเข้าใจแนวคิดและทักษะการฝึกสมาธิและสติ ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งกับการฝึกจิตที่บ้าน และชีวิตประจำวันได้ กระบวนการกลุ่มที่สำคัญคือ การฝึกจิต การทบทวนการบ้าน การเรียนรู้เรื่องใหม่ และการให้การบ้าน

ความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย หมายถึง ระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่ถูกต้องโทษในเรือนจำกลางขอนแก่น ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ความเครียด หมายถึง สภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งที่กระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการและอาการที่แปรปรวนในด้าน อารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและด้านร่างกาย (Beck et al., 1997)

ระดับสติ หมายถึง การใส่ใจปัจจุบันขณะด้วยใจเป็นกลาง มีลักษณะคือ เปิดกว้าง มีเมตตา ความรักและเป็นมิตร (Kabat-Zinn, 2009 อ้างใน อรรพรรณ ศิลปกิจ, 2558)

เมตตาต่อตนเอง หมายถึง การตระหนักรู้ถึงประสบการณ์ในแง่ลบที่ตนเองมีโดยไม่หลีกเลี่ยง บิดเบือน ปฏิเสธ หรือตัดสินตีความ หากแต่เข้าใจว่าประสบการณ์เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ อันส่งผลให้บุคคลปฏิบัติต่อตนเองเพื่อบรรเทาความทุกข์ด้วยความเมตตา

เมตตาต่อคนอื่น หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นจากการใส่ใจในความรู้สึกของผู้อื่น ความทุกข์ยากลำบากที่ผู้อื่นต้องประสบ รวมถึงการเปิดใจกว้าง ยอมรับ ไม่ตัดสิน ไม่ทับถมในความผิดพลาดที่ผู้อื่นได้กระทำลงไป (Neff, 2004 อ้างใน สุทธิดา จันทรกัลป์, 2557)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานที่มีต่อความรุนแรงการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังพบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง
 - ความหมายของการฆ่าตัวตาย
 - ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน
3. การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

คำที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในภาษาอังกฤษมีหลายคำ เช่น suicide attempt parasuicide และ deliberate self-harm ที่นิยมทั่วไปมักใช้คำว่า suicide attempt ซึ่งหมายถึง บุคคลได้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ต่างจากคำว่า completed suicide ซึ่งแสดงถึงการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายแล้ว

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นความพยายามที่บุคคลจะฆ่าตัวตายแต่ยังมีชีวิตอยู่ อาจเรียกว่าเป็นความพยายามที่ล้มเหลวในการฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึง parasuicide ได้แก่ การทำร้ายตนเอง (self-harm) มีความตั้งใจจริงของการฆ่าตัวเอง มาโนช หล่อตระกูล (2553) สรุปความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย หรือ suicide attempt คือการกระทำที่มีแนวโน้มจะเกิดอันตรายต่อตนเองโดยไม่ถึงแก่ชีวิต มีหลักฐานว่าบุคคลนั้นๆ ได้ตั้งใจระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถูกขัดขวาง มีคนช่วยทัน หรือเปลี่ยนใจ ผลของการพยายามฆ่าตัวตายนี้อาจมีหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้

ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

มีการประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ที่อยู่ในเรือนจำกว่า 10 ล้านคน (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici & Trestman, 2016) พบความชุกของความผิดปกติทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แม้ว่าขอบเขตของการเพิ่มขึ้นของผู้ต้องขังที่ป่วยทางด้านจิตใจยังไม่แน่นอน แต่มีหลักฐานจำนวนมากของอัตราขั้นต่ำที่ระบุและรักษาโรคทางจิตเวช ผู้ต้องขังยังคงมีความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง การก่อความรุนแรง และการถูกให้เป็นเหยื่อ และมีงานวิจัยที่ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่สามารถแก้ไขได้ การรักษาโรคทางจิตเวชที่มีคุณภาพสูงในผู้ต้องขังค่อนข้างมีจำกัด แม้มีการนำโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ แต่ไม่ครอบคลุมต่อความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกันเมื่อพิจารณาในแง่เพศและอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

การฆ่าตัวตายมักเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตในราชทัณฑ์ เป็นสาเหตุอันดับที่ 3 ของการตายในเรือนจำของสหรัฐอเมริกา และอันดับที่ 2 ในคุก อัตราอยู่ระหว่าง 18 ถึง 40 ต่อ 100,000 ประชากร ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คุกและเรือนจำเป็นที่จัดไว้สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย พบปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง การถูกจำคุกเป็นสถานการณ์เครียดที่ส่งผลแม้แต่นักโทษที่สุขภาพดี เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่กีดกันบุคคลสำคัญออกไป (Gupta & Girdhar, 2012)

ในขณะเดียวกัน มีการทดสอบถึงอิทธิพลทางจิตสังคมในผู้ต้องขังหญิงที่ทำร้ายตนเองให้เป็นอันตรายใกล้เสียชีวิต (Marzano, Hawton, Rivlin, & Fazel, 2011) โดยการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังหญิง 60 คนซึ่งเพิ่งทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิต (กลุ่มทดลอง) และอีก 60 คนที่ไม่ได้ทำร้ายตนเองจนถึงใกล้ตาย (กลุ่มควบคุม) จากผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำปิด ประเทศอังกฤษและเวลส์ ใช้การผสมผสานระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทางสังคมและประชากรและอาชญาวิทยา สถานการณ์ในชีวิตและการบาดเจ็บทางใจในวัยเด็ก พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ทำร้ายตนเองจนถึงใกล้เสียชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและบุคลิกลักษณะทางจิตวิทยา ขณะที่ปัจจัยทางสังคมและประชากรมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิต การถูกคุมขังแบบขังเดี่ยว และการรายงานถึงประสบการณ์ทางลบในการจำคุกมีความสัมพันธ์สูง การบาดเจ็บทางใจในสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบันและอดีต รวมถึงรูปแบบที่แตกต่างกันของการถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองจนเกือบเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับประวัติการฆ่าตัวตายของครอบครัวและมีคะแนนสูงจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ความ

ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และความไม่เป็นมิตร (hostility) และการเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ นอกจากนี้ พบว่าการดูแลที่ให้ความสำคัญถึงปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งที่จำเป็นที่ต้องใช้ในเรือนจำ มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุนี้ การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังหญิง ต้องให้ความสำคัญกับความต้องการที่หลากหลายในผู้ต้องขังหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคมแบบผสมผสานแก่ผู้ต้องขังหญิงที่มามีทารุณกรรมและสูญเสียบุคคลที่รัก โดยเริ่มจากการปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง และลดการกลั่นแกล้งในเรือนจำ

เช่นเดียวกับที่ Rivlin et al (2013) เห็นสอดคล้องว่าผู้ต้องขังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงจากการตรวจสอบทั้งเหตุส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายและประชากรกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเช่นกัน เป็นการศึกษาแบบ a matched case-control interview study กับผู้ต้องขังชาย 60 คน ซึ่งพยายามฆ่าตัวตายจนใกล้เสียชีวิตในเรือนจำ (กลุ่มศึกษา) และผู้ต้องขังชายอีก 60 คนที่ไม่เคยกระทำความผิด (กลุ่มเปรียบเทียบ) โดยเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง self-esteem หุนหันพลันแล่น พฤติกรรมก้าวร้าว ความเป็นไม่มิตร (hostility) การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เหตุการณ์ในชีวิต (life events ประกอบด้วยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในเรือนจำ) การสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม ใช้การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (univariate and multivariate models) ปัจจัยทางจิตสังคมสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิตในผู้ต้องขัง เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (controls) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าในด้านภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หุนหันพลันแล่น และความก้าวร้าว และคะแนนต่ำในด้านการเห็นคุณค่าแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (p -values < 0.001) ส่วนปัจจัยเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์และประวัติอาชญากรรมมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิตเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะประสบการณ์การติดคุกก่อนหน้านี้และการถูกกลั่นแกล้งในเรือนจำ ทั้ง 2 ปัจจัยยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การค้นพบเหล่านี้สนับสนุนรูปแบบพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังนั้นรวมไปถึงปัจจัยเสี่ยง (vulnerability factors) ปัจจัยทางคลินิก และประสบการณ์การจำคุก และการได้คะแนนต่ำในด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Favril et al. (2017) พบว่า การเข้าใจถึงขั้นตอนที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และความคิดที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการส่งเสริมป้องกัน เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey design) หาความสัมพันธ์ของความคิดที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ขณะถูกจองจำ โดยทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องขังชาย 1,203 คน โดยสุ่มจากเรือนจำของเมือง Flemish ผลจากแบบสอบถาม พบว่าประวัติตลอดช่วงชีวิตที่มีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายมีถึง 43.1% และ 20.3% ตามลำดับ ประเมินการถึง 1 ใน 4

ของผู้ต้องขังทั้งหมด (23.7%) ที่บันทึกถึงความคิดฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา ระหว่างที่ถูกคุมขังในเรือนจำ ซึ่งสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเปราะบาง ได้แก่ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย) และประสบการณ์ในการติดคุกที่มีลักษณะเฉพาะ (ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสียต่อหน้าที่การทำงาน การมีประสบการณ์พบเห็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยเด็ก และได้คะแนนต่ำในด้านการรับรู้ตัวตนเป็นอิสระหรือการเป็นตัวของตัวเอง ความรู้สึกปลอดภัยและการได้รับการสนับสนุนจากสังคม) ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multivariate regression analysis) ช่วงระยะเวลาแรกจำคุกและถูกตัดสินจำคุก (≤ 12 เดือน) มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของโอกาสในการคิดที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยปัจจุบันเน้นความสำคัญถึงปัจจัยเสี่ยงและสิ่งที่กระตุ้นความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการติดคุกที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในนักโทษ และด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นถึงวิธีการที่หลากหลายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในบริบทของเรือนจำ นอกจากนี้ การเตรียมการดูแลสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งเป็นเป้าหมายที่จะปรับระบบการปกครองในเรือนจำ เพื่อให้เป็นการป้องกันที่เป็นรูปธรรมสำหรับการจัดการและการคงอยู่ของความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงนี้

จากการทบทวนผลศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง โดยสรุปแบ่งเป็น 4 ปัจจัยคือ

ปัจจัยเดิม (predisposing factors) ได้แก่ การป่วยโรคจิตเวช ได้แก่ ภาวะโรคซึมเศร้า มีอาการทางจิต เสี่ยงสั่งให้ฆ่าตัวตาย เป็นต้น มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง การถูกกระทำทารุณกรรมในวัยเด็ก ประวัติการฆ่าตัวตายของครอบครัว มีประสบการณ์พบเห็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด ครอบครัวแตกแยก การเห็นคุณค่าแห่งตนต่ำ การเคยถูกกลั่นแกล้งในเรือนจำมาก่อน

ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ได้แก่ การถูกตัดสินจำคุกและสูญเสียอิสรภาพในระยะ 12 เดือนแรก ความรู้สึกสูญเสียต่อหน้าที่การทำงาน ความรู้สึกตนไม่ปลอดภัย ความรู้สึกสิ้นหวัง หุนหันพลันแล่น ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostile) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (perpetuating factors) ได้แก่ การถูกตัดสินจำคุกที่ระยะเวลานาน ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความเครียดต่อสถานการณ์ที่ถูกกักขัง และการต้องห่างจากบุคคลที่ตนรักและผูกพัน

ปัจจัยคุ้มครอง (protective factors) ไม่พบปัจจัยคุ้มครองในผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ นำมาถ่วงน้ำหนักในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง โดยการประเมินถึง ความคิดฆ่าตัวตาย แผนการฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และประวัติสำคัญอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน

เดิมการพัฒนาจิตหรือการฝึกสติและสมาธิเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากต้องไปปฏิบัติธรรมในวัด หรือสถานปฏิบัติธรรม ต้องมีอาจารย์ มีกระบวนการเรียนรู้ที่ยาวนาน แต่กระบวนการเรียนรู้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการฝึกสติ (Mindfulness) มีการนำการฝึกตามวิถีพุทธ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบสมัยใหม่ โดยเฉพาะการใช้แนวคิดด้านจิตวิทยาและจิตบำบัดมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาจิตที่เป็นอิสระจากศาสนา เพื่อให้คนทั่วไปที่นับถือในทุกศาสนาสามารถเข้าฝึกได้ โปรแกรมที่นำสติไปใช้เป็นที่รู้จัก ดังนี้

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) พัฒนาโดยศาสตราจารย์ ดร.จอห์น คาเบต-ซินน์ ในปี ค.ศ.1979 โดยผสมผสานการฝึกสติ การตระหนักรู้ถึงร่างกาย และโยคะ เพื่อช่วยให้มีสติเพิ่มขึ้น ต่อมามีการพัฒนาแนวคิด Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดตามแนวคิด cognitive behavior therapy (CBT) ร่วมกับการกับฝึกสติเพื่อให้รับรู้หรือมองไวต่อการรับรู้ถึงความคิดอัตโนมัติและความรู้สึกต่างๆ ช่วยให้อยอมรับได้ดีขึ้น และไม่เข้าไปยึดติดจนเกิดปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้นๆ พบว่ามีการวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่า MBCT สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ถึง 50% (Ma & Teasdale, 2004) แนวคิด Acceptance and commitment therapy (ACT) ใช้วิธีผสมผสานการยอมรับและการมีสติ ร่วมกับการให้สัญญาและการปรับพฤติกรรมอื่นๆ และ Dialectical behavior therapy (DBT) เป็นแนวคิดที่นำการปฏิบัติตามหลักกรรมฐานของนิกายเซน มาใช้ในการบำบัดผู้ที่เป็น borderline personality disorder เป็นต้น

โปรแกรมสติบำบัด หรือ Mindfulness based therapy and counselling (MBTC) พัฒนาโดยนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และคณะ โดยนำหลักของพุทธธรรม แนวคิด Buddhist counseling ของกรมสุขภาพจิต แนวคิด MBCT และ Mindfulness Self-Compassion ร่วมกับกระบวนการทางจิตวิทยา มาใช้ในการพัฒนาเป็นคู่มือสติบำบัดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 สามารถนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยทั้งที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และสุขภาพกาย รวมถึงเป็นการพัฒนาจิตสำหรับผู้สนใจทั่วไป

วิธีการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน

กลุ่มความผิดปกติทางจิตเวช ที่ได้รับความสนใจ ในการใช้สติบำบัด ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทาง “จิต” ในลักษณะที่เป็นผลจากความทุกข์โดยตรง เช่น กลุ่ม Adjustment disorder

หรือ ความเครียด ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากงาน ครอบครัว ชีวิตสมรส การเจ็บป่วยทางกาย ฯลฯ ส่วนใหญ่จะเรียกกระบวนการในการช่วยเหลือกลุ่มนี้ว่า “การให้การปรึกษา” หรือ “การทำจิตบำบัด” ในโรควิตกกังวลด้วย ส่วนอีกกลุ่มหนึ่ง แม้จะเกิดจากปัจจัยทางกาย เช่น พันธุกรรม แต่ก็เรื่องของ การปรับตัวด้านสังคมจิตใจเข้าไปมีส่วนด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ในลักษณะของการป้องกัน การกลับมาเป็นซ้ำ เป็นต้น ในระยะหลังนี้ มีการวิจัยว่าสติบำบัดใช้ได้กับผู้ป่วย PTSD และผู้ป่วยติด สารเสพติด ด้วย

ลักษณะของผู้ป่วย จะเน้นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเป็นคนที่ใช้เหตุและผล และต้องการการ บำบัดรักษาด้วยการพัฒนาตนเองมากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว

เมื่อทราบถึงลักษณะของการวินิจฉัย และลักษณะของผู้ป่วยแล้ว ต่อไปจะเป็นการ ประยุกต์ใช้พุทธธรรมในสติบำบัด 2 ระดับ คือ

1. ใช้ในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย เนื่องจาก Therapeutic relationship เป็นเสาหลักของการบำบัด ดังนั้นการที่ผู้บำบัดพัฒนาจิตตามแนวพุทธ ดังที่กล่าว ข้างต้น ก็จะช่วยให้การบำบัดด้วยวิธีการต่าง ๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ใช้หลักและวิธีการของพุทธธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดด้วย ซึ่งปัจจุบันมีหลายวิธี ซึ่ง อาจจะแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1 ใช้หลักพุทธธรรมในการสร้างความเข้าใจและความตระหนักในตนเอง ซึ่งสามารถทำได้ในหลายลักษณะ เช่น การตั้งคำถามให้ผู้ป่วยคิดและ/หรืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยการใช้ Metaphor ในลักษณะของเรื่องเล่าหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้คิด ในการสร้างความเข้าใจเหล่านี้ บางเรื่องก็ใช้เพื่อเป็นหลักสำคัญของการบำบัด ในขณะที่บางเรื่องจะใช้เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติใน ลักษณะอื่น ๆ ต่อไป หรือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรมแล้วนำกลับมาเชื่อมโยงกับการทำจิต บำบัดต่อไป

2.2 ใช้สมาธิเป็นวิธีการในการสร้างความสงบ ลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าใจตนเอง และแก้ปัญหาให้ดีขึ้น ในลักษณะเช่นนี้ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกสมาธิในการบำบัดด้วย

2.3 ใช้การฝึกสติเพื่อปล่อยวางจากอารมณ์ และความคิดทางลบ เป็นจิตบำบัดแนวที่ใช้ สติเป็นฐาน หรือจิตบำบัดแนวพุทธ ที่มีการแพร่หลายมากในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะการฝึกสติ เป็น องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาจิตในพุทธธรรม ซึ่งเรามักจะรู้จักในชื่อ “วิปัสสนา” แต่ในการ ดัดแปลงมาใช้ในการทำจิตบำบัดได้มีการประยุกต์ไปในหลายรูปแบบ เช่น การเพ่งพินิจความรู้สึกบน ร่างกายขณะมีอารมณ์ หรือ มีความวุ่นทางความคิด และพัฒนาการสังเกตอย่างเป็นกลางและปล่อย

วางได้ การฝึกติดป้ายความคิดโดยสังเกตความคิดและความรู้สึก เมื่อพบว่ามีความคิดความรู้สึกก็เพียงแต่ให้ระบุความคิดความรู้สึกนั้นๆ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การฝึกมีสติในกิจกรรมที่ทำ เช่น การเดิน การกิน การอาบน้ำ เป็นต้น แนวคิดหลักของการบำบัดลักษณะนี้ ก็คือให้ผู้ป่วยยอมรับ และปล่อยวางอารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่มีสติ สงบและปล่อยวาง มากกว่าที่จะไปเปลี่ยนแปลงและทำทนายมัน ดังที่ใช้ใน Cognitive Therapy หรือเน้นการค้นหาและเข้าใจต้นตอของความขัดแย้งในจิตใจดังที่ใช้ใน Psychoanalytic Oriented Therapy

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ สรุปไว้ว่า พระพุทธเจ้าได้ทรงเผยแผ่พุทธธรรมในฐานะที่เป็นการพัฒนาจิตมากกว่าที่จะเป็นศาสนา หรือตั้งพระองค์เป็นศาสดา จึงไม่แปลกอะไรที่โดยหลักแล้วพุทธธรรมจะไม่มุ่งพิธีกรรม ไม่มีพระเจ้า ไม่มุ่งเน้นนรกสวรรค์ ชาตินี้ชาติหน้า แต่มุ่งเน้นที่การพัฒนาจิตเพื่อให้เป็นอิสระจากความทุกข์ การเจ็บป่วยทางจิตใจก็เป็นทุกข์อย่างหนึ่ง เป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้หันกลับมาเรียนรู้เข้าใจความเป็นจริงของชีวิตตามหลักพุทธธรรม ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยฝ่ายกายที่หันมาฝึกปฏิบัติธรรมเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานใจจากการเจ็บปวดทรมานจากโรคที่สร้างความเจ็บปวด หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนการพัฒนาการด้านวิชาการทางจิตเวชได้เริ่มแบ่งแยกได้ชัดเจนมากขึ้นว่า โรคจำนวนมากมีสาเหตุทาง “กาย” ร่วมด้วย เช่น ความไม่สมดุลของ Neurotransmitter และพันธุกรรม นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้วก็ยังสามารถใช้ประโยชน์จากพุทธธรรมหรือจากสติบำบัด มารักษาสสมดุลทางจิตใจ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนั้นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า การติดสารเสพติด เป็นต้น

ความเครียด การปรับตัวและโรคทางจิตเวช ส่วนที่เป็นผลจากความทุกข์ใจโดยตรงก็ย่อมได้รับประโยชน์จากพุทธธรรมที่ประยุกต์เป็นสติบำบัด รวมทั้งผู้ที่มีความทุกข์จากโรคทางกาย เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ (NCDs) ซึ่งก็ทำให้เกิดทุกข์ใจ และโรคในกลุ่ม psycho physiologic (psychosomatic) ด้วย

ความจริงแล้วคนปกติและผู้ป่วยทั้งหลายสามารถพัฒนาจิตตนเองและเป็นอิสระจากความทุกข์ได้ โดยการปฏิบัติธรรม โดยเฉพาะในประเทศไทย หรือประเทศที่มีพุทธธรรมประจำชาติ หรือมีศูนย์ปฏิบัติธรรม แต่เนื่องจากในปัจจุบัน โรงพยาบาลยังมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามโครงสร้างของสังคมปัจจุบัน ดังนั้น การมีทางเลือกของการทำจิตบำบัดด้วยสติบำบัด จึงเป็นทางเลือกใหม่ที่เกิดขึ้นและประสบความสำเร็จมากขึ้นเรื่อยๆ แท้จริงแล้วการปฏิบัติธรรมกับการรักษาด้วยสติ

บำบัดที่เป็นแนวพุทธ ก็น่าจะเป็นวิธีการที่เสริมซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดีทั้งในระดับผู้บำบัดและในส่วนของผู้ป่วยเช่นกัน

ระดับการนำพุทธธรรมมาใช้ในจิตบำบัดนี้ ระดับแรก เริ่มจากการพัฒนาจิตของผู้ให้การบำบัด การพัฒนาการสร้าง Therapeutic relationship ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย การใช้สมาธิในการสร้างความสงบลดความเครียด และความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ส่วนในอีกระดับหนึ่งจะเป็นการฝึกสติ เพื่อให้เกิดความสามารถในการปล่อยวางได้ พัฒนาการของสติบำบัดนี้ นับวันจะเป็นกระแสที่มีบทบาทมากขึ้นในงานสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช ตลอดจนนักวิชาการสุขภาพจิตสาขาต่างๆ จะได้ศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์กับวงการสุขภาพกายและจิตให้มากยิ่งขึ้น ต่อไป

ขงยุทธ วงศ์ภิรมศานต์ เสนอการนำคู่มือสติบำบัดไปใช้ได้ 3 รูปแบบ คือ

1. แบบกลุ่ม เหมาะสำหรับผู้ป่วยเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า มีพฤติกรรมเสพติด PTSD ที่อยู่ภายใต้การบำบัดของแพทย์ และสามารถร่วมการบำบัดแบบกลุ่มได้ตามกำหนด
2. แบบรายบุคคล เหมาะสำหรับผู้ป่วยแบบข้อ 1 แต่ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มได้
3. แบบการให้สุขภาพจิตศึกษา เหมาะสำหรับผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันอุดตันเส้นเลือด มะเร็งปอด/ถุงลมโป่งพอง หลอดเลือดหัวใจ ตับแข็ง หลอดเลือดสมองตีบ ไต อ้วน/น้ำหนักเกิน ผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

โดยทั้ง 3 แบบข้างต้น จะมีกระบวนการหลัก (core program) ร่วมกัน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 จัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)
- ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)
- ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึก Body Scan)
- ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกปล่อยวางความคิด)
- ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธภาพ)

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกการแผ่เมตตา)

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว)

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน โดยนำกระบวนการตามคู่มือสติบำบัด ดังกล่าว

ลักษณะของสติบำบัดแบบกลุ่มมีโครงสร้างพื้นฐานเช่นเดียวกับกลุ่มบำบัดทั่วไป แต่แต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่มประมาณ 8 – 10 คน และมากน้อยได้อีก 2 – 3 คน เพื่อให้กลุ่มได้มีคุณลักษณะของกลุ่มบำบัด โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเยียวยารักษา (Yalom's therapeutic factors) ซึ่ง Yalom นำเสนอไว้ทั้งหมด 12 ปัจจัย ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในกลุ่มสติบำบัด คือ ความรู้สึกร่วมทุกข์ร่วมสุข ความผูกพันในกลุ่ม และการเรียนรู้จากผู้อื่น

กิจกรรมพื้นฐานในสติบำบัด จะประกอบด้วย

1. การฝึกจิต โดยเริ่มจากสมาธิ การฝึกสติรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย สติรู้ความคิด ความสามารถในการปล่อยวาง การประยุกต์ใช้สติกับปัญหาความยุ่งยากต่างๆ และการแผ่เมตตาตามลำดับ
2. การทบทวนการบ้าน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ทบทวนสิ่งที่ได้ฝึกปฏิบัติในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ตามการบ้านที่มอบให้ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และตอบข้อซักถาม เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน
3. การเรียนรู้เรื่องใหม่ โดยแต่ละครั้งจะมีเนื้อหาเพิ่มขึ้นไปทีละขั้นตาม Core Program ที่กล่าวมาแล้ว
4. การให้การบ้านครั้งต่อไป ทุกครั้งจะมีการบ้าน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เรียนรู้มาแล้ว และกิจกรรมที่เรียนรู้ใหม่ในครั้งนั้นๆ

สาระสำคัญของสติบำบัด มีดังนี้

กระบวนการหลัก

ครั้งที่ 1 จัดการกับความวุ่นใจ

ประเด็นสำคัญ

- ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง

- อารมณ์และความเครียดรวมทั้งผลต่อร่างกายและจิตใจ

- สมาชิกสามารถลดความวุ่นใจ

ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ

ประเด็นสำคัญ

- สติจะช่วยให้ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ

- สติตามสภาวะการณ์ภายนอก (กาย) และภายใน (จิต)

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์

ประเด็นสำคัญ

- มีสติรู้และปล่อยวางความรู้สึกบนร่างกาย (Body Scan)

- การเพ่งพินิจและปล่อยวางความรู้สึกทางกาย และการติดป้ายความรู้สึกในใจ

- ทำให้เข้าใจและมีประสบการณ์ถึง “ฉันเห็นความโกรธ ≠ ฉันโกรธ”

ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง

ประเด็นสำคัญ

- มีสติรู้ความคิด ช่วยให้แยกความคิดทางลบจากความจริง

- ทบทวนตนเองด้วยการค้นหาความคิดลบและทบทวนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

- มีสติแยกความคิดที่มากับความเครียดจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และเรียนรู้ที่จะปล่อยวาง “ฉันมีความคิด ≠ ฉันเป็นอย่างที่คิด”

ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่

ประเด็นสำคัญ

- สัมพันธภาพมีผลโดยตรงจากความคิดที่มีต่ออีกฝ่าย หากคิดลบก็จะมีผลในการบั่นทอนสัมพันธภาพ

- การใคร่ครวญสัมพันธภาพอย่างมีสติ จะช่วยให้เข้าใจสัมพันธภาพตามความเป็นจริงในทางบวกยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น

ประเด็นสำคัญ

- ปัญหามากมายเกิดขึ้นจากการสื่อสารทางลบโดยไม่รู้ตัว
- การสื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง ช่วยให้จัดการชีวิตได้ดีขึ้น

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย

ประเด็นสำคัญ

- เมตตาตนเอง ช่วยให้รู้สึกมั่นคงที่จะยอมรับประสบการณ์ที่เจ็บปวดได้
- เมตตาผู้อื่น ช่วยลดความขุ่นเคืองใจ และทำให้จิตใจเปิดกว้าง

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า

ประเด็นสำคัญ

- รู้ทันถึงความเครียดและอาการของความเครียดที่จะกลับมาได้อีก
- การเจริญสติจะช่วยรักษาสมดุลของชีวิต ช่วยป้องกันความเครียด และช่วยให้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างสงบมากขึ้น

การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 เป็นต้นมา มีงานวิจัยที่แสดงหลักฐานสนับสนุนการบำบัดโดยใช้สติ สำหรับอาการโรคทางกายและทางจิตเวชที่น่าสนใจ รวมทั้งการเจ็บปวดเรื้อรัง (chronic pain) ความเครียด โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า การติดสารเสพติด และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่กลับเป็นซ้ำ (Willeams, Duggan, Crane & Fennell, 2006) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ เน้นทบทวนการวิจัยที่ศึกษาการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานในการบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะอารมณ์เครียด ซึมเศร้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำมาใช้ในการพัฒนาจิตแก่ผู้ต้องขัง

แม้จะมีความพร้อมในการรักษาสารเสพติด แต่ยังคงพบการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาในทางที่ผิดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นจำนวนมาก การฝึกสมาธิแบบวิปัสสนา (Vipassana meditation) (Bowen

et al., 2006) เป็นการฝึกสติที่มีพื้นฐานจากพุทธศาสนา ให้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่ประสบความสำเร็จกับการรักษาเสพติดแบบดั้งเดิม ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินประสิทธิผลของการฝึกสมาธิแบบวิปัสสนาต่อการใช้สารเสพติดและผลทางจิตสังคมในกลุ่มประชากรที่ถูกต้องซึ่ง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า หลังจากออกจากคุก ผู้ที่เข้าร่วมการฝึกสมาธิแบบวิปัสสนา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่รับการรักษาแบบปกติ แสดงให้เห็นถึงการลดการดื่มแอลกอฮอล์ กัญชา และโคเคนอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่เข้าการฝึกสมาธิแบบวิปัสสนาสามารถลดปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตเวช เช่นเดียวกับการเพิ่มผลลัพธ์ทางบวกด้านจิตสังคม ดังนั้น ควรพิจารณานำการรักษาแบบใช้สติเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติด

การวิจัยของ Himmelstein (2011) สนับสนุนหลักฐานว่าโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานในการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ต้องขัง บทความนี้ทบทวนการวิจัยเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานในกลุ่มราชทัณฑ์ การดูแลช่วยเหลือที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐาน 3 แนวทาง ซึ่งเป็นตัวแทนการวิจัยเชิงประจักษ์และนำมาทบทวนในการบทความนี้ คือ แสดงถึงให้เห็นว่า วิปัสสนาสมาธิ (Transcendental Meditation) การลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness-based stress reduction) และการบำบัดด้วยวิปัสสนาช้า 10 วัน โดยวิทยานิพนธ์ที่เลือกได้รับการพิจารณาอย่างดี โดยรวมแล้ว การวิจัยสนับสนุนว่าโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานทั้ง 3 รูปแบบ เพียงพอต่อการรักษาผู้กระทำความผิดทางอาชญากรรม ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางใจ ลดการใช้สารเสพติด และลดการเพิกเฉย (recidivism) การศึกษานี้เสนอแนะว่าโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานอาจเป็นโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสมและสนับสนุนการฟื้นฟูทางใจแก่ผู้ต้องขัง

ต่อมาปี 2012 Himmelstein, Hastings, Shapiro และ Heery (2012) ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ต้องขังวัยรุ่นชาย 23 คน ซึ่งเข้าร่วมการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 10 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างทันทีภายหลังสิ้นสุดการบำบัด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา 6 ขั้นตอนในการระบุหัวข้อหลักที่ได้จากในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พบว่าส่งผลใน 4 รูปแบบ คือ การเพิ่มการอยู่ดีมีสุขในตนเอง เพิ่มการควบคุมตนเอง การตระหนักรู้ และทัศนคติในการยอมรับการรักษา สรุปว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้การบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ในการรักษาและมีแนวโน้มในการเพิ่มศักยภาพแก่ผู้ต้องขังที่เป็นเยาวชนส่วนผลทางคลินิกควรมีการพิจารณาเพิ่มเติม

Perelman et al (2012) พบว่าความแออัด รวมไปถึงการเพิ่มจำนวนของผู้ต้องขังที่มีระยะเวลายาวนาน ทำให้ระบบราชทัณฑ์พยายามค้นหาวัฏกรรมและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ พบว่ามีศาล 2-3 แห่งที่ใช้การฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียด ความขัดแย้งในใจและการละเมิดกฎ มีการศึกษาประเมินผลทางจิตวิทยาและพฤติกรรมต่อการฝึกวิปัสสนาสมาธิอย่างเข้มข้น 10 วัน ในการบำบัดรักษาในคุกที่มีความปลอดภัยสูงสุด เป้าหมายและการฝึกวิปัสสนาสมาธิสอดคล้องกับวิธีการที่ใช้หลักฐานเป็นพื้นฐาน เช่น การรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และหลักการด้านการตอบสนอง ให้ความสำคัญกับจัดประเภทการบริการที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ ขั้นตอนการพัฒนาและศักยภาพของเขาวชนแต่ละราย (Risk-Need-Responsivity principles) ตลอดจนแนวคิดใหม่ๆ เช่น รูปแบบชีวิตที่ดี (the Good Lives Model) ผู้กระทำผิดที่ต้องโทษระยะยาวถูกติดตามผลมากกว่า 1 ปี ประกอบด้วย 3 กลุ่มที่ผ่านการบำบัดมาในช่วงเวลาเดียวกัน ($n=60$) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการรักษาแบบทางเลือก ($n=67$) เครื่องมือที่ใช้วัดก่อนการรักษาประเมินระดับสติ ความโกรธ ความฉลาดทางอารมณ์ และภาวะทางอารมณ์ (mood states) นอกจากนี้ ยังมีบันทึกพื้นฐานเกี่ยวกับการละเมิดกฎของเรือนจำ เวลาที่ถูกแยกขัง และการเข้ารับการตรวจสุขภาพ ผู้ที่เข้าร่วมการฝึกวิปัสสนาสมาธิได้รับการเพิ่มระดับของสติและความฉลาดทางอารมณ์ ลดความผิดปกติทางอารมณ์ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งอัตราการแสดงพฤติกรรมการละเมิดกฎลดลงเมื่อติดตามผล 1 ปี ส่วนผลทางคลินิก ผู้ที่เข้าร่วมวิปัสสนาสมาธิยึดมั่นต่อสัญญาที่จะควบคุมตนเองและการกระทำที่รุนแรงหันหลังกลับ และอุปสรรคอื่นที่ผู้ต้องขังจะต้องปรับตัวและกลับสู่ชุมชน

การศึกษาของ Ferszt et al. (2015) ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดในเรือนจำของผู้ต้องขังหญิง ซึ่งมีประวัติบาดแผลทางใจ ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด การได้รับความเครียดจากการถูกกักขังและแยกจากลูก ครอบครัวและบุคคลสำคัญ พบว่าผู้ต้องขังหญิงจำนวนมากมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาในการนอนเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลทางลบเหล่านี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการหาประสิทธิภาพของการบำบัดที่ไม่ใช้ยา เป็นการศึกษาสำรวจทดสอบถึงผลของโปรแกรมที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 12 สัปดาห์ต่อความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและการนอนของผู้หญิงที่เข้าร่วมได้ครบตามโปรแกรม 33 คน ในกลุ่มที่หนึ่ง ผู้หญิงมีการรับรู้ความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะติดตามผลการบำบัดเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัด

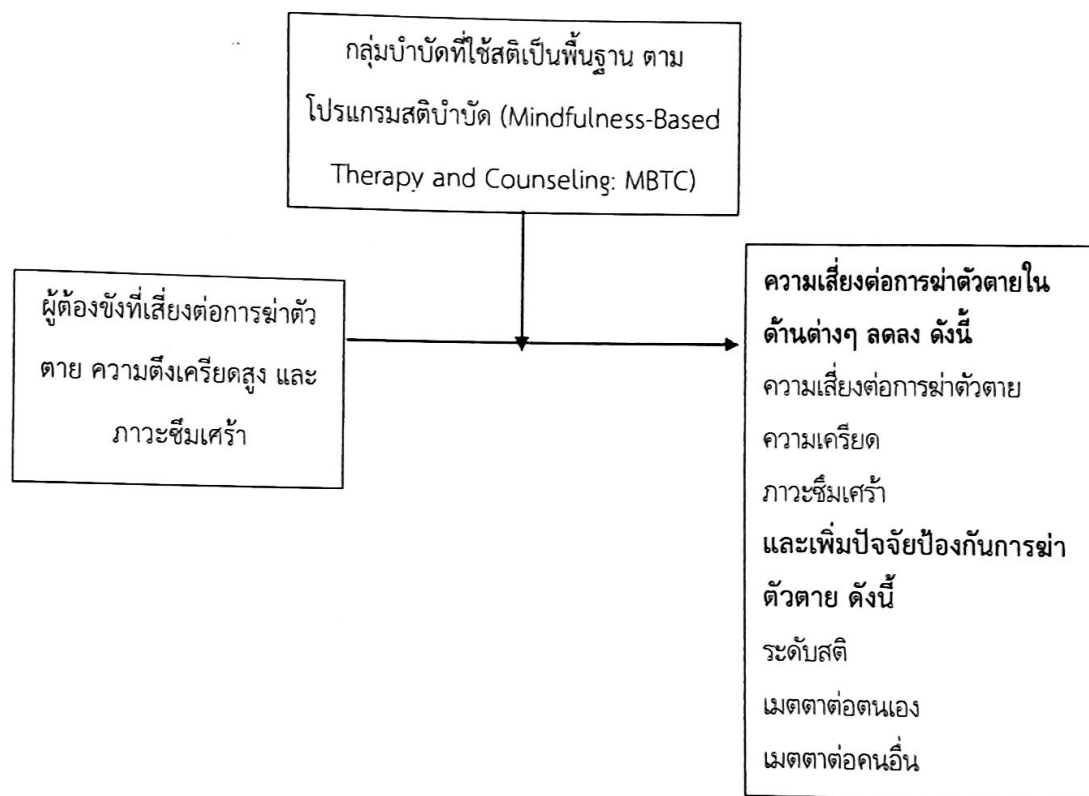
จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้มีการศึกษาการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังจำนวนมาก

Marzano et al., (2016) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายที่ใกล้เสียชีวิต โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษาถึงข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการฆ่าตัวตาย และจุดเริ่มต้นของการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสังเคราะห์การศึกษาถึงผู้ต้องขังที่พยายามฆ่าตัวตายจนใกล้เสียชีวิต พิจารณาถึงผลกระทบต่อนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแนวทางที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ในบริบทของการวิจัยอื่นๆ ในการดูแลและรูปแบบอื่นๆ วิธีการศึกษา สืบค้นบรรณานุกรม 2 ฐานข้อมูลที่ศึกษาผู้ต้องขังที่ทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงจนใกล้เสียชีวิต ในทุกภาษา ช่วงปี 2000-2014 ดึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเชิงพรรณนา ข้อมูลไม่สามารถวิเคราะห์แบบ meta-analysis เนื่องจากการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งกลุ่มตัวอย่างและวิธีการ ผลการศึกษา พบว่ามีเพียง 8 เรื่องที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังที่พยายามทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิตกับปัจจัยโดยเฉพาะรวมถึงประวัติก่อนหน้า ความเกี่ยวข้องกับเรือนจำ และปัจจัยทางคลินิก รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวช การกระทบกระเทือนทางจิตใจ การแยกตัวเองออกจากสังคม และการกลั่นแกล้ง ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในรายงานของผู้ต้องขังที่ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย (นำเสนอใน 4 การศึกษา) สรุป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงของผู้ต้องขัง รวมถึงปัจจัยทางคลินิก จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม ข้อเสนอแนะให้เน้นปัจจัยเหล่านี้เพื่อที่จะปรับปรุงการค้นหา การจัดการและการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

ต่อมาในปี 2017 Auty et al. (2017) นำเสนอผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบ meta-analyses เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกโยคะและนั่งสมาธิในเรือนจำที่สัมพันธ์ต่อสภาวะและการปรับปรุงการทำหน้าที่ของผู้ต้องขังเพิ่มขึ้น การสืบค้นครอบคลุมการวิจัยเชิงประจักษ์ที่ดำเนินถึงเดือนธันวาคม 2014 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกโยคะและสมาธิในเรือนจำครบถ้วนรับรู้ถึงสภาวะทางจิตใจดีขึ้นเล็กน้อย (Cohen's $d = 0.46$, 95% confidence interval [CI] = [0.39, 0.54]) และมีการปรับปรุงพฤติกรรมการทำหน้าที่ของพวกเขาเล็กน้อย (Cohen's $d = 0.30$, 95% CI = [0.20, 0.40]) ผู้ศึกษาชี้ให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างโปรแกรมที่ใช้เวลายาวนานและความเข้มข้นลดลง เมื่อเทียบกับโปรแกรมที่ระยะเวลาสั้นกว่า และมีความเข้มข้นมากกว่าสำหรับสภาวะทางใจ โปรแกรมที่มีระยะเวลานานและมีผลทางบวกมากขึ้นเพียงเล็กน้อยกับพฤติกรรมการทำหน้าที่ ($d = 0.424$) เมื่อเทียบกับโปรแกรมที่มีความเข้มข้นมากกว่า ($d = 0.418$) โดยรวมแล้ว หลักฐานแสดงให้เห็นว่าโยคะและสมาธิมีผลดีต่อผู้ต้องขัง

จากวรรณกรรมและการวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน รวมไปถึงการบำบัดรักษาผู้ต้องขัง โดยใช้แนวคิดการฝึกสมาธิและสติมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ต้องขัง ให้สามารถจัดการกับความเครียด ความเศร้าและอารมณ์ทางลบอื่นๆ ทั้งพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและตัดสินใจ ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังได้อย่างเห็นผล

ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest Design แบบปกปิดผู้ประเมิน (blinding of outcome assessment) โดยทีมผู้เก็บข้อมูล ไม่รู้ว่ากลุ่มอาสาสมัครอยู่กลุ่มไหนเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานกับกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของเรือนจำ ต่อคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและความเมตตาต่อผู้อื่น ในผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดรับอาสาสมัครผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น มีผู้ต้องขังชายสมัคร 80 คน ผู้ต้องขังหญิงสมัคร 9 คน จากนั้นพิจารณาโดยใช้มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) พบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (1 คะแนนขึ้นไป) และ/หรือภาวะซึมเศร้า (7 คะแนนขึ้นไป) และ/หรือความเครียด (18 คะแนนขึ้นไป)

2) เข้าโปรแกรมด้วยความสมัครใจและเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทั้ง 8 ครั้ง และติดตามผล 1 ครั้ง

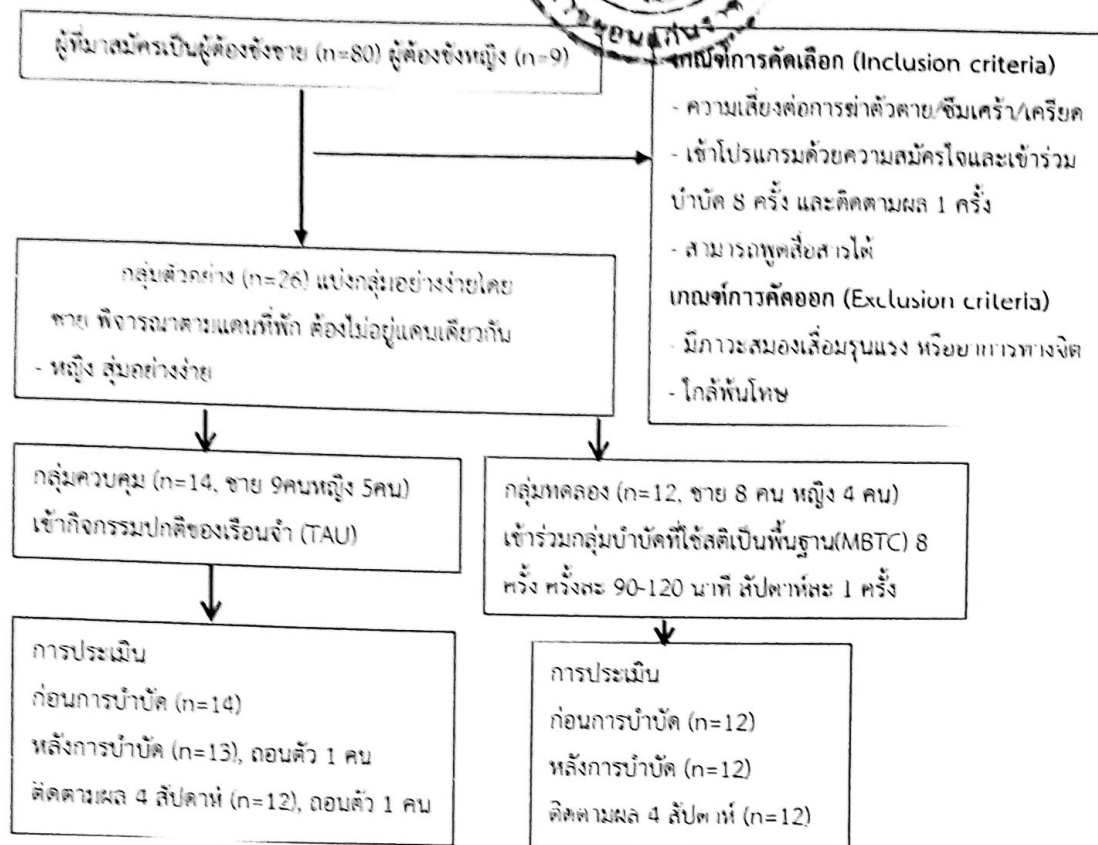
3) สามารถพูดสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรืออาการทางจิต

2) ใกล้เคียงโทษ

เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วม ทีมวิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเพศ และแดนที่พัก โดยอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม โดยเฉพาะอาสาสมัครชายต้องไม่อยู่แดนเดียวกันเพื่อไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างกัน ส่วนอาสาสมัครหญิงใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple randomization) โดยการจับสลาก เนื่องจากมีแดนหญิงแห่งเดียว ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมของเรือนจำตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน ตามคู่มือสติบำบัด (Mindfulness based therapy and counselling) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) แบ่งเป็น 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ได้รับ certificate นักบำบัดด้วยสติ หลักสูตรสติบำบัด และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เป็นนักจิตวิทยาคลินิกในเรือนจำ กิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

- ครั้งที่ 1 จัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)
- ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)
- ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึก Body Scan)
- ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกปล่อยวางความคิด)
- ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธภาพ)
- ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)
- ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกการแผ่เมตตา)
- ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว)

การพัฒนาคุณสมบัติของผู้วิจัยในการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน

การพัฒนาคุณสมบัติของผู้วิจัยในการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดทางจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะทางด้านการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (MBTC) ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาคุณสมบัติดังกล่าวเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ศึกษาได้รับการอบรมสติบำบัด ผ่านการรับรองเป็นผู้บำบัด (Certify) เป็นผู้บำบัดเบื้องต้นปีพ.ศ. 2559 และได้รับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ เมื่อปีพ.ศ. 2560

เครื่องมือและการวัดผล

การประเมินทำใน 3 ช่วง คือ ก่อนทำกลุ่ม หลังทำกลุ่ม และหลังทำกลุ่ม 4 สัปดาห์ วัดผลโดยเจ้าหน้าที่หน่วยพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น 2 คน ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอาสาสมัครอยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (blinding of outcome assessment) เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา คดีที่ต้องโทษ ระยะเวลาของการจำคุก ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ประวัติการใช้สารเสพติด การฝึกสมาธิ/วิปัสสนา

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ มีทั้งหมด 9 ข้อ แต่ละข้อมี 0-3 คะแนนมีคะแนนทั้งหมด 27 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนน < 7 คะแนนหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ใช้ประเมินผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายมีทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนทั้งหมด 52 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนน 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง > 17 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรงข้อจำกัดในการใช้คือข้อที่ 1-7 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเท่านั้นข้อที่ 8 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา

4) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2538) มีทั้งหมด 20 ข้อ 60 คะแนน แต่ละข้อมี 0-3 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง เครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก 6-17 คะแนน เครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18-25 คะแนน เครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย 26-29 คะแนน เครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง และ 30-60 คะแนน เครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก

5) แบบประเมินสติ พัฒนาโดย อรพรรณ ศิลปกิจ (อรพรรณ ศิลปกิจ, 2559) มีทั้งหมด 15 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้องผ่านเกณฑ์ มีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับและรายด้านมีค่าระหว่าง 0.67-0.82 แบ่งเป็น 4 หมวด

หมวดกาย	4 ข้อ	ข้อที่ 1 2 3 7	
หมวดเวทนา	2 ข้อ	ข้อที่ 11 12	
หมวดจิต	6 ข้อ	ข้อที่ 4 5 6 13 14 15	
หมวดธรรม	3 ข้อ	ข้อที่ 8 9 10	
แยกเป็น 3 มิติๆ ละ 5 ข้อ			
มิติตระหนักรู้	หมวดกาย	ข้อที่ 1 2 3 7	หมวดจิต ข้อที่ 4
มิติตั้งใจ	หมวดเวทนา	ข้อที่ 11 12	หมวดจิต ข้อที่ 13 14 15
มิติอัตโนมิติ	หมวดจิต	ข้อที่ 5 6	หมวดธรรม ข้อที่ 8 9 10

การแปลผลข้อคำถาม 9 - 15 เป็นข้อที่มีทิศทางลบ ต้องกลับทิศของคะแนนก่อน

6) แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง (K. Neff, 2003.) แปลเป็นไทยโดยทีมที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต (2558) มี 12 ข้อ ข้อที่เกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง ได้แก่ 2, 6 การตัดสินตัวเอง ได้แก่ ข้อ 11, 12 ความเป็นมนุษย์ร่วมกัน ได้แก่ ข้อ 5, 10 ความโดดเดี่ยว ได้แก่ ข้อ 4, 8 การเจริญสติ ได้แก่ ข้อ 3, 7 การสรุปเกินจริง ได้แก่ 1, 9

การคิดคะแนนแต่ละหมวดย่อยทำโดยคำนวณหาค่า mean จากคะแนนที่ตอบมาในแต่ละหมวดย่อย และคำนวณคะแนนรวมของความเมตตาต่อตนเอง โดยต้องกลับค่าคะแนนในข้อที่เป็นคำถามแนวลบ ได้แก่ การตัดสินตัวเอง ความโดดเดี่ยว และการสรุปเกินจริง (ได้แก่ 1-5, 2-4, 3-3, 4-2, 5-1) จากนั้นจึงคำนวณหาค่า mean ของทั้งหมด

7) แบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น (K. D. Neff & Pommier, 2013) แปลเป็นไทยโดยทีมที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต (2558) มีทั้งหมด 24 ข้อ โดยข้อที่เกี่ยวกับความกรุณา ได้แก่ 6, 8, 16, 24 ความไม่ใส่ใจ ได้แก่ ข้อ 2, 12, 14, 18 (คะแนนกลับ) ความเป็นมนุษย์ร่วมกัน ได้แก่ 11, 15, 17, 20 การแยกตัวจากคนอื่น ได้แก่ 3, 5, 10, 22 (คะแนนกลับ) การเจริญสติ ได้แก่ 4, 9, 13, 21 ความไม่เกี่ยวข้อง 1, 7, 19, 23 (คะแนนกลับ)

การคิดคะแนนรวมของความเมตตา ให้ใช้ mean ของแต่ละหมวดย่อย (หลังจากกลับคะแนนแล้ว) และคำนวณหา mean รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อน/หลัง และติดตามผล โดยใช้ค่าเฉลี่ยพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. ใช้สถิติ nonparametric เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทั้ง 6 ด้าน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้ Mann – Whitney – Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้ Wilcoxon Signed – Rank Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมวิจัยดำเนินการตามแนวปฏิบัติสากลของการทำวิจัยในผู้ต้องขัง OHRP Guidance on Approving Research Involving Prisoners (2003) ตามข้อกำหนดของ Department of Health and Humans Services (HHS) regulations at 45 CFR part 46, Subpart C และ Additional finding under 45 CFR 46.305 (a) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบสิทธิดังนี้

1. ได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งโปรแกรมการบำบัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการดูแลจิตใจด้วยวิธีอื่นซึ่งมีผลดีรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับ
6. ได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. มีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ สามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
10. มีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่อยู่ภายใต้อำนาจของผู้คุมหรือผู้ดูแลเรือนจำ และจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผู้ต้องขัง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ระหว่าง 24-66 ปี เฉลี่ยของ 38.17 ส่วนใหญ่เป็นโสด มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บ ต้องโทษด้วยคดียาเสพติด ระยะเวลาที่เหลือในการถูกขังเฉลี่ย 18 ปี 1 เดือน มีความเครียดระดับมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง 4 คน เล็กน้อย 2 คน กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ระหว่าง 24-44 ปี เฉลี่ย 33.91 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา เป็นโสด มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเก็บ คดียาเสพติด ระยะเวลาที่เหลือในการถูกขัง เฉลี่ย 12 ปี 5 เดือน มีความเครียดระดับมาก ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อย ความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 คน ปานกลาง 2 คน เล็กน้อย 4 คน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=12)	กลุ่มทดลอง (n=12)
อายุ	24-66 ปี	24-44 ปี
ค่าเฉลี่ย (SD)	38.17 (12.5)	33.91 (6.30)
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	6
มัธยมศึกษา	4	3
ปวช./ปวส.	4	2
ปริญญาโท	-	1
สถานภาพสมรส		
โสด	4	5
คู่	2	3
หม้าย	1	-
หย่าร้าง/แยกทาง	5	4
รายได้		
พอใช้และเหลือเก็บ	-	4
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	5	5
ไม่พอใช้	2	2
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	4	1
ไม่ระบุ	1	-

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=12)	กลุ่มทดลอง (n=12)
คดี		
ยาเสพติด	9	8
นัยโทษ	1	1
พยายามฆ่า	-	1
พรากผู้เยาว์	-	1
เสพยาเสพติดขณะขับรถ	-	1
ปลอมแปลง	1	-
ลักทรัพย์	1	-
ระดับความตึงเครียด		
มาก	6	6
ปานกลาง	5	3
เล็กน้อย	-	2
ปกติ	1	-
ต่ำกว่าปกติ	-	1
ภาวะซึมเศร้า (9Q)		
รุนแรง	1	-
ปานกลาง	5	5
เล็กน้อย	4	5
ไม่พบภาวะซึมเศร้า	2	2
ระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)		
-	-	2
รุนแรง	4	2
ปานกลาง	2	4
เล็กน้อย	6	4
ไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย		

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ระดับความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

ระดับคะแนน		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	27.25 (9.25)	23.08 (13.25)	19.67 (11.80)
	กลุ่มควบคุม	31.50 (10.48)	25.67 (9.60)	21.50 (11.64)
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	11 (4.67)	8.42 (6.29)	4.08 (5.81)
	กลุ่มควบคุม	12.42 (5.19)	7.08 (7.48)	8.75 (6.73)
การฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	10.58 (12.87)	5.25 (14.89)	0.33 (1.16)
	กลุ่มควบคุม	4.75 (5.46)	4.42 (8.55)	2.58 (6.13)
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	50.00 (2.70)	53.00 (7.70)	53.92 (6.16)
	กลุ่มควบคุม	50.42 (5.76)	50.08 (6.53)	51.08 (10.36)
เมตตาต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	37.42 (5.79)	38.42 (7.90)	43.58 (6.83)
	กลุ่มควบคุม	37.83 (5.61)	40 (7.31)	40.75 (6.96)
เมตตาต่อผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	89.17 (11.99)	93.58 (13.17)	94.75 (12.89)
	กลุ่มควบคุม	81.92 (11.62)	84.25 (14.46)	83.08 (11.42)

จากตารางที่ 4.2 พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดลดลงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ทั้งในระดับหลังทดลองและติดตามผล

ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเช่นเดียวกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง จากภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในระยะหลังการทดลอง เป็นไม่พบภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนลดลงในระยะหลังการทดลอง และเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล แต่ยังคงอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

ด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตายปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเล็กน้อย โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองลดลงเหลือ

ระดับความเสี่ยงเล็กน้อยเท่ากับกลุ่มควบคุม และลดลงเป็นไม่มีความเสี่ยงหรือเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยมาก โดยที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อย ในระยะติดตามผล

ส่วนระดับสติ พบคะแนนเฉลี่ยของระดับสติก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับสติค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับสติลดลงในระยะหลังทดลองและเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล

ความเมตตาต่อตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นในระยะหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล

ความเมตตาต่อผู้อื่น พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง แต่ลดลงในระยะติดตามผล

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.3 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann – Whitney – Test

กลุ่มตัวอย่าง		M	SD
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	27.25	9.25
	กลุ่มควบคุม	31.50	10.48
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	11	4.67
	กลุ่มควบคุม	12.42	5.19
การฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	10.58	12.87
	กลุ่มควบคุม	4.75	5.46
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	50.00	2.70
	กลุ่มควบคุม	50.42	5.76
เมตตาต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	37.42	5.79
	กลุ่มควบคุม	37.83	5.61
เมตตาต่อผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	89.17	11.99
	กลุ่มควบคุม	81.92	11.62

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (2-tailed)
คะแนนความเครียด			- .638	.524
กลุ่มควบคุม	12	13.42		
กลุ่มทดลอง	12	11.58		
คะแนนภาวะซึมเศร้า			- .725	.468
กลุ่มควบคุม	12	13.52		
กลุ่มทดลอง	12	11.46		
คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย			-1.230	.219
กลุ่มควบคุม	12	10.79		
กลุ่มทดลอง	12	14.21		
คะแนนระดับสติ			- .116	.908
กลุ่มควบคุม	12	12.67		
กลุ่มทดลอง	12	12.33		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง			- .116	.908
กลุ่มควบคุม	12	12.67		
กลุ่มทดลอง	12	12.33		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น			-1.502	.133
กลุ่มควบคุม	12	10.33		
กลุ่มทดลอง	12	14.67		

จากตาราง 4.3 ก่อนการทดลองพบว่าคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้ Nonparametric test ชนิด Mann – Whitney – Test ได้ค่า $Z = -.638, -.725, -1.230, -.116, -.116$ และ -1.502 ตามลำดับ ค่า $p (2-tailed) = .524, .468, .219, .908, .908$ และ $.133$ ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทุกด้าน ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 1

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาผู้อื่นสูงขึ้น หลังการทดลอง

ตาราง 4.4 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ
เมตดาต่อตนเองและเมตดาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests

ระยะการทดลอง		M	SD
ความเครียด	ก่อนการทดลอง	27.25	9.25
	หลังการทดลอง	23.08	13.25
ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	11	4.67
	หลังการทดลอง	8.42	6.29
การฆ่าตัวตาย	ก่อนการทดลอง	10.58	12.87
	หลังการทดลอง	5.25	14.89
ระดับสติ	ก่อนการทดลอง	50.00	2.70
	หลังการทดลอง	53.00	7.70
เมตดาต่อตนเอง	ก่อนการทดลอง	37.42	5.79
	หลังการทดลอง	38.42	7.90
เมตดาต่อผู้อื่น	ก่อนการทดลอง	89.17	11.99
	หลังการทดลอง	93.58	13.17

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2- tailed)
คะแนนความเครียด (หลัง-ก่อน)				-1.156	.248
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	7	46		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	4	20		
คะแนนภาวะซึมเศร้า (หลัง-ก่อน)				-1.469	.142
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	8	49.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	3	16.50		
คะแนนการฆ่าตัวตาย (หลัง-ก่อน)				-1.970	.049*
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	6	32		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	2	4		
คะแนนระดับสติ (หลัง-ก่อน)				-1.160	.246
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	3	20		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	8	40		

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2- tailed)
คะแนนเมตตาต่อตนเอง				-0.045	.964
(หลัง-ก่อน)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	32.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	33.50		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น				-0.981	.327
(หลัง-ก่อน)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	26.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	7	51.50		

จากตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการ ทดลองและ หลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed – Ranks Tests พบว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้ค่า $Z = -1.970$ ค่า $p (2\text{-tailed}) = .049$ น้อยกว่า .05 นั่นคือ หลัง การทดลอง ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่า ตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.5 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests

ระยะการทดลอง		M	SD
ความเครียด	หลังการทดลอง	23.08	13.25
	ติดตามผล	19.67	11.80
ภาวะซึมเศร้า	หลังการทดลอง	8.42	6.29
	ติดตามผล	4.08	5.81
การฆ่าตัวตาย	หลังการทดลอง	5.25	14.89
	ติดตามผล	0.33	1.16
ระดับสติ	หลังการทดลอง	53.00	7.70
	ติดตามผล	53.92	6.16

ระยะการทดลอง		M	SD
เมตตาต่อตนเอง	หลังการทดลอง	38.42	7.90
	ติดตามผล	43.58	6.83
เมตตาต่อผู้อื่น	หลังการทดลอง	93.58	13.17
	ติดตามผล	94.75	12.89

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2- tailed)
คะแนนความเครียด (ติดตาม-หลัง)				-1.420	.156
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	9	57		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	3	21		
คะแนนภาวะซึมเศร้า (ติดตาม-หลัง)				-2.408	.016*
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	9	60		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	2	6		
คะแนนการฆ่าตัวตาย (ติดตาม-หลัง)				-1.604	.109
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	3	6		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	0	0		
คะแนนระดับสติ (ติดตาม-หลัง)				-.411	.681
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	23.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	5	31.50		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง (ติดตาม-หลัง)				-2.081	.037*
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	2	12.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	10	65.50		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น (ติดตาม-หลัง)				-.267	.789
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	4	30		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	7	36		

จากตารางที่ 4.5 คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed – Ranks Tests พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้า และความเมตตาต่อตนเอง ได้ค่า $Z = -2.408$ และ -2.081 ค่า p (2-tailed) = .016 และ .037 น้อยกว่า .05 นั่นคือ ภายหลังการทดลองในระยะติดตามผล ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีความเมตตาต่อตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 เพียงบางส่วน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ภายหลังการทดลองกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 4.6 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann – Whitney – Test

กลุ่มตัวอย่าง		ค่าเฉลี่ย	SD
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	23.08	13.25
	กลุ่มควบคุม	25.67	9.60
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	8.42	6.29
	กลุ่มควบคุม	7.08	7.48
การฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	5.25	14.89
	กลุ่มควบคุม	4.42	8.55
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	53.00	7.70
	กลุ่มควบคุม	50.08	6.53
เมตตาต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	38.42	7.90
	กลุ่มควบคุม	40	7.31
เมตตาต่อผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	93.58	13.17
	กลุ่มควบคุม	84.25	14.46

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (2-tailed)
คะแนนความเครียด			-0.665	.506
กลุ่มควบคุม	12	13.46		
กลุ่มทดลอง	12	11.54		
คะแนนภาวะซึมเศร้า			-0.673	.501
กลุ่มควบคุม	12	11.54		
กลุ่มทดลอง	12	13.46		

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (2-tailed)
คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย			-.395	.693
กลุ่มควบคุม	12	12.96		
กลุ่มทดลอง	12	12.04		
คะแนนระดับสติ			-1.157	.247
กลุ่มควบคุม	12	10.83		
กลุ่มทดลอง	12	14.17		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง			-.203	.839
กลุ่มควบคุม	12	12.79		
กลุ่มทดลอง	12	12.21		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น			-1.503	.133
กลุ่มควบคุม	12	10.33		
กลุ่มทดลอง	12	14.67		

จากตารางที่ 4.6 พบว่า หลังการทดลองพบว่าคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้ Nonparametric test ชนิด Mann – Whitney – Test ได้ค่า $Z = -.665, -.673, -.395, -1.157, -.203$ และ -1.503 ตามลำดับ ค่า $p (2-tailed) = .506, .501, .693, .247, .839$ และ $.133$ ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทุกด้าน หลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่ 4

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.7 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests

ระดับคะแนน		M	SD
ความเครียด	ก่อนการทดลอง	31.50	10.48
	หลังการทดลอง	25.67	9.60
ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	12.42	5.19
	หลังการทดลอง	7.08	7.48
การฆ่าตัวตาย	ก่อนการทดลอง	4.75	5.46
	หลังการทดลอง	4.42	8.55
ระดับสติ	ก่อนการทดลอง	50.42	5.76
	หลังการทดลอง	50.08	6.53
เมตตาต่อตนเอง	ก่อนการทดลอง	37.83	5.61
	หลังการทดลอง	40	7.31
เมตตาต่อผู้อื่น	ก่อนการทดลอง	81.92	11.62
	หลังการทดลอง	84.25	14.46

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2- tailed)
คะแนนความเครียด (หลัง-ก่อน)				-2.476	.013*
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	11	70.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	1	7.50		
คะแนนภาวะซึมเศร้า (หลัง-ก่อน)				-2.298	.022*
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	8	50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	2	5		
คะแนนการฆ่าตัวตาย (หลัง-ก่อน)				-.507	.612
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	4	17		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	3	11		
คะแนนระดับสติ (หลัง-ก่อน)				-.236	.814
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	36		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	7	42		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง (หลัง-ก่อน)				-1.158	.247
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	20		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	46		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น (หลัง-ก่อน)				-.472	.637
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	6	33		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	45		

จากตารางที่ 4.7 คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed – Ranks Tests พบว่าความเครียด และภาวะซึมเศร้า ได้ค่า $Z = -2.476$ และ -2.298 ค่า p (2-tailed) = .013 และ .022 น้อยกว่า .05 นั่นคือ หลังการทดลอง ผู้ต้องขังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเครียด และภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 5 เพียงบางส่วน

ตาราง 4.8 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests

ระดับคะแนน		M	SD
ความเครียด	หลังการทดลอง	25.67	9.60
	ติดตามผล	21.50	11.84
ภาวะซึมเศร้า	หลังการทดลอง	7.08	7.48
	ติดตามผล	8.75	6.73
การฆ่าตัวตาย	หลังการทดลอง	4.42	8.55
	ติดตามผล	2.58	6.13
ระดับสติ	หลังการทดลอง	50.08	6.53
	ติดตามผล	51.08	10.36
เมตตาต่อตนเอง	หลังการทดลอง	40	7.31
	ติดตามผล	40.75	6.96
เมตตาต่อผู้อื่น	หลังการทดลอง	84.25	14.46
	ติดตามผล	83.08	11.42

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2-tailed)
คะแนนความเครียด				-1.297	.195
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	9	55.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	3	22.50		
คะแนนภาวะซึมเศร้า				-1.072	.284
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	4	21		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	7	45		
คะแนนการฆ่าตัวตาย				-1.355	.176
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	4	12.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	1	2.50		
คะแนนระดับสติ				-.118	.906
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	6	37.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	40.50		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง				.000	1.000
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	33		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	33		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น				-.663	.507
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	34		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	5	21		

จากตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed – Ranks Tests พบว่า คะแนนทั้ง 6 ด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 5

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล ตาราง 4.9 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann – Whitney – Test

กลุ่มตัวอย่าง		ค่าเฉลี่ย	SD
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	19.67	11.80
	กลุ่มควบคุม	21.50	11.84
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	4.08	5.81
	กลุ่มควบคุม	8.75	6.73
การฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	0.33	1.16
	กลุ่มควบคุม	2.58	6.13
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	53.92	6.16
	กลุ่มควบคุม	51.08	10.36
เมตตาต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	43.58	6.83
	กลุ่มควบคุม	40.75	6.96
เมตตาต่อผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	94.75	12.89
	กลุ่มควบคุม	83.08	11.42

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (2-tailed)
คะแนนความเครียด			-0.491	.623
กลุ่มควบคุม	12	13.21		
กลุ่มทดลอง	12	11.79		
คะแนนภาวะซึมเศร้า			-1.992	.046*
กลุ่มควบคุม	12	15.33		
กลุ่มทดลอง	12	9.67		
คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย			-1.156	.258
กลุ่มควบคุม	12	13.58		
กลุ่มทดลอง	12	11.42		
คะแนนระดับสติ			-0.493	.622
กลุ่มควบคุม	12	11.79		
กลุ่มทดลอง	12	13.21		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง			-0.724	.469
กลุ่มควบคุม	12	11.46		
กลุ่มทดลอง	12	13.54		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น			-2.080	.038*
กลุ่มควบคุม	12	9.50		
กลุ่มทดลอง	12	15.50		

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ระยะติดตามผล คะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้ Nonparametric test ชนิด Mann – Whitney – Test มีคะแนนภาวะซึมเศร้า และเมตตาต่อผู้อื่น ได้ค่า $Z = -1.992$ และ -2.080 ค่า p (2-tailed) = .046 และ .038 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และความเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 6 บางส่วน

ตารางที่ 4.10 แสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
สมมติฐานการวิจัยที่ 1	
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 2	
กลุ่มทดลองมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น หลังการทดลอง	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 3	
กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 บางส่วน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 4	
กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ภายหลังการทดลองกว่ากลุ่มควบคุม	ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่ 4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 4.10 แสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย (ต่อ)

สมมติฐานการวิจัย	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
สมมติฐานการวิจัยที่ 5	
กลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 5 บางส่วน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 6	
กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 6 บางส่วน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยออกแบบเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง โดยคาดว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง โดยส่งผลต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่นมากขึ้น ดำเนินการทดลองกับผู้ต้องขัง เรือนจำกลางขอนแก่น อายุระหว่าง 24-66 ปี ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมโปรแกรม จนสิ้นสุดโครงการ ผ่านการประเมินแบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินสติ แบบประเมินเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ได้คะแนนความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

แบ่งกลุ่มตามผู้ที่อาสาสมัคร และตามเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งหมด 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน โดยผู้ต้องขังชายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองต้องไม่อยู่นอนของเดียวกัน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counselling) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมปกติของเรือนจำ พบว่ากลุ่มทดลองอยู่ร่วมจนเสร็จสิ้นโครงการ 12 คน ส่วนกลุ่มควบคุมออกจากโครงการก่อนกำหนด 2 คนในระยะหลังทดลอง 1 คนและติดตามผล 1 คน เหลือ 12 คน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดผล 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน นำข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติ nonparametric ได้แก่ Mann – Whitney – Test และ Wilcoxon Signed – Rank Test เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลสรุปว่า เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ดังนี้

1. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 1 กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ความเสี่ยงฆ่าตัวตายปานกลางในกลุ่มทดลอง และเสี่ยงเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง

2. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 บางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความเมตตาต่อตนเองสูงขึ้น ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยไม่พบภาวะซึมเศร้า และมีความเมตตาต่อตนเองมากขึ้น ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่ 4 กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น หลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย

5. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 5 เพียงบางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเครียด และภาวะซึมเศร้าลดลง หลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

6. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 6 บางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง และความเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ในระยะติดตามผล กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยไม่พบภาวะซึมเศร้า และมีความเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่

ความเครียด ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีผู้อาสาศัมครเข้าร่วมกลุ่มเริ่มต้น 14 คน ออกระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย 2 คน เหลือ 12 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เท่ากับจำนวนกลุ่มทดลองตั้งแต่เริ่มต้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์เป็นผู้ต้องขัง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ระหว่าง 24-66 ปี เฉลี่ยของ 38.17 ส่วนใหญ่เป็นโสด มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บ จบการศึกษาระดับประถม มัธยม และปวช. ระดับละ 4 คน และหย่าร้าง ต้องโทษด้วยคดียาเสพติด ระยะเวลาที่เหลือในการถูกขังเฉลี่ย 18 ปี 1 เดือน ส่วนกลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ระหว่าง 24-44 ปี เฉลี่ย 33.91 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา เป็นโสด มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเก็บ คดียาเสพติด ระยะเวลาที่เหลือในการถูกขังเฉลี่ย 12 ปี 5 เดือน

ส่วนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มควบคุม มีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับ ปานกลาง 4 คน เล็กน้อย 2 คน ส่วนกลุ่มทดลอง มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 คน ปานกลาง 2 คน เล็กน้อย 4 คน ส่วนภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 5 คน เล็กน้อย 4 คน รุนแรง 1 คน และไม่มีภาวะซึมเศร้า 2 คน กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อยระดับละ 5 คน ไม่พบภาวะซึมเศร้า 2 คน ส่วนความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก เช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่จะให้อาการที่มารบกวนมากที่สุดทั้ง 2 กลุ่มคือ อาการนอนไม่หลับเนื่องจากคิดมาก หรือกังวลใจ รองลงมาคือ ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับ ทั้ง 2 ข้าง ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อ บริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่ และตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากกลุ่มควบคุมก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย 2 คน พบว่าเป็นผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ผู้ที่ออกจากการวิจัยในระยะหลังการทดลอง มี 1 คน เป็นเพศหญิง อายุ 35 ปี มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน 9Q มากกว่า 19 คะแนน) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง (8Q=40 คะแนน) ความเครียดสูงกว่าปกติมาก (46 คะแนน) มีระดับสติในภาพรวม 34 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนผู้ที่ออกในระยะติดตามผล 1 คน เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ทั้งระยะก่อนและหลังการบำบัด (9Q 13 และ 17 คะแนน ตามลำดับ) มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเล็กน้อย (8Q 7 และ 5 คะแนน ตามลำดับ) พบความเครียดสูงกว่าปกติมาก (39 และ 40 คะแนน ตามลำดับ) ส่วนระดับสติ 49 และ 54 คะแนน ตามลำดับ ในขณะที่ ผู้ต้องขังในกลุ่มทดลองที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนรุนแรง 2 คน และปานกลาง 2 คนในระยะก่อนการทดลอง หลังเข้ากลุ่มและระยะติดตามผล ไม่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน สามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความตึงเครียด และเพิ่มระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ของผู้ต้องขังได้ แม้จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยสนับสนุนแนวคิดสติบำบัด ที่เน้นการฝึกสมาธิเพื่อให้ห่างจากความคิด ซึ่งเป็นสภาวะที่ผ่อนคลายอย่างมากทั้งกายและจิต ซึ่งเป็นพื้นฐานทางจิตที่สามารถต่อยอดโดยการฝึกสติ การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน ทำให้สามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน โดยไม่วกแวกหรือถูกสอแทรกด้วยอารมณ์ มีสติรู้ภาวะภายนอก (กาย) และภาวะภายใน (จิต) นำไปสู่การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ เรียนรู้ที่จะมีสติรู้เท่าทันความคิด และสามารถปล่อยวางความคิดได้ในที่สุด โดยเฉพาะความคิดที่เป็นลบที่จะนำไปสู่ภาวะตึงเครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)

ผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังเข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Luoma et al. (2012) และ Zbizek-Nulph et al. (2017) ที่นำสติไปใช้ในการบำบัดและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่าสติเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าลดลง และระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและต่อผู้อื่นเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในระยะติดตามผล กลับพบภาวะซึมเศร้าลดลง และมีเมตตาต่อตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ferszt et al. (2015) ผู้ต้องขังหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน มีคะแนนความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของการบำบัดทางจิตวิทยาแก่ผู้ต้องขังที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต (Yoon et al., 2017) จากงานวิจัยแบบ randomized control trial 37 เรื่องส่วนใหญ่ใช้แนวคิด cognitive behavioural therapy และการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ต้องขังในระดับปานกลาง

แม้ว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดและไม่ได้เข้าร่วม มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตวลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งในหลังการเข้ากลุ่มและระยะติดตามผล อย่างไรก็ตาม พบข้อสังเกตว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มก่อนการทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง 10.58 กลุ่มควบคุม 4.75) แต่คะแนนเฉลี่ยค่อยๆ ลดลงในระยะหลังการทดลองขณะที่กลุ่มควบคุมลดเพียงเล็กน้อย (กลุ่มทดลอง 5.25 กลุ่มควบคุม 4.42) และลดลงในระยะติดตามผลมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อเสร็จสิ้นโครงการพบว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตวาระดับเล็กน้อย (0.33) ส่วนผู้ที่ไม่เข้าร่วมอยู่ในระดับเสี่ยงเล็กน้อย (2.58) เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดพบภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม ในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน เน้นการฝึกสติจัดการกับภาวะภายใน ได้แก่ อารมณ์ ความคิด กับตามสภาวะการณภายนอก ฝึกให้ตระหนักรู้ถึงการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสต่างๆ ตระหนักรู้ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองในขณะปัจจุบัน ให้รู้ว่ามีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้น แต่ไม่ต้องไปตอบสนองต่อความรู้สึกหรือความคิดนั้นๆ เพียงแค่เฝ้าดูถึงการผ่านมาการคงอยู่ และปล่อยมันให้ผ่านไป เพื่อลดภาวะตึงเครียด อารมณ์เศร้า ที่เกิดจากการคิดวนเวียน ถ้าหากสามารถรู้ทันความคิด ไม่ไปติดสินใจความคิดนั้น มีแนวโน้มความเครียดลดลง อารมณ์เศร้าที่สูง ซึ่งสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคุชกุ จิงศิริกุลวิทย์และคณะ (2015) ที่ใช้กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานในการป้องกันโรคซึมเศร้าวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกันกับแนวคิดของ ริก แชนสัน และริชาร์ด เมนดิอุส (Mendius & Handson, 2014) ว่า ทุกครั้งที่ใส่ความรู้สึกและมุมมองดีๆ เข้าไปในสภาวะจิตใจที่เจ็บปวด นั้นหมายถึงการสร้างโครงสร้างระบบประสาทใหม่ที่ละน้อย เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง ผลกระทบของข้อมูลในแง่บวกที่สะสมเรื่อยๆ จะค่อยๆ เปลี่ยนสมองได้ ส่งผลต่อความเป็นสุขและความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ จึงเป็นเหตุผลพื้นฐานว่าการมีเมตตาต่อตนเอง การเสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีงามและรับเอาความรู้สึกดีๆ เป็นสิ่งจำเป็น โดยการเจริญสติจะไปเพิ่มเนื้อเยื่อของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความตั้งใจ ความใส่ใจ ความมีเมตตา และความเข้าอกเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น นั้นแสดงว่า การฝึกสติและสมาธิสามารถส่งผลต่อสภาวะจิตใจได้ เมื่อต้องผ่านการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสมอง

สรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน มีแนวโน้มลดความตึงเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในขณะที่เพิ่มระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นได้

กระบวนการกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานนำสู่การเปลี่ยนแปลง มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 จัดการกับความวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)

เป็นการเริ่มต้นของกลุ่มบำบัด เน้นสร้างสัมพันธ์ภาพ ตกลงบริการการเข้ากลุ่ม จากนั้นเริ่มให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด มองได้ว่าอารมณ์และความเครียดจะบดบังสิ่งที่ดีงามของชีวิต เช่น ความรัก ความเมตตา ความเสียสละ ความอดทน การให้อภัย ฯลฯ ซึ่งเราได้รับจากการซึมซับจากบุคคลที่เรารัก โดยสมาชิกกลุ่มนึกถึงผู้รักและเคารพส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ดังคำพูดของสมาชิกที่ว่า

“พ่อแม่ท่านเป็นคนที่ผมได้อยู่ด้วยแล้วมีความสุข และเคารพผูกพันกับท่านมาก เพราะท่านทั้งสองไม่เคยทิ้งผมและให้ออกาสผมเสมอ ถึงผมจะทำชั่วแค่ไหนท่านก็ยังรักผม” หรือ

“กับคุณแม่ของดิฉัน ท่านดูแลและช่วยบอกช่วยสอนทุกอย่างที่เราไม่เคยรู้มาก่อนในชีวิต แต่เล็กจนโต”

สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปคุณลักษณะที่ตัวร่วมกันคือพ่อแม่และบุคคลที่รัก คือ “ไม่เคยทิ้งไปไหน” “เป็นคนดี สอน ให้คำแนะนำดี” “ให้กำลังใจ” “เป็นต้นแบบ” “ใจดี” “รักลูก”

จากนั้นเชื่อมโยงถึงการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ดีที่สุดคือ การฝึกสมาธิ โดยเริ่มจากการรับรู้ลมหายใจผ่านปลายจมูก

สิ่งที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถฝึกการทำสมาธิได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เข้าใจถึงประโยชน์ของสมาธิ ว่าสมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจากอารมณ์และความเครียด ช่วยลดอารมณ์และความคิดต่างๆ ที่ สะสมไว้ในจิตใจได้สำนึกทำให้ช่วยสามารถรับมือกับความเครียดใหม่ๆ ได้ดีขึ้น ภายหลังจากการฝึกสมาธิ สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกละลายจากคำพูดที่ว่า “รู้สึกผ่อนคลาย จิตสงบ” และต้องใช้ความอดทน” “รู้สึกสงบสบาย และไม่ได้คิดอะไรในช่วงเวลาหนึ่ง ทำให้รู้สึกสบาย สมองโล่ง” “มีความสงบ มีสมาธิมากขึ้น ไม่ค่อยคิดอะไรเรื่อยเปื่อยและวางแผนนำสมาธิไปใช้ในชีวิตประจำวันได้”

จากนั้น มอบหมายการบ้านให้ฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที ช่วงเช้าและก่อนนอน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้ ที่ต้องฝึกฝนและนำไปใช้เป็นวิถีชีวิตได้

ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)

ทบทวนและติดตามการบ้านโดยการฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที ช่วงเช้าและก่อนนอน พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ได้ฝึกสมาธิแต่ไม่ทุกวัน จึงให้ค้นหาอุปสรรคและช่วยกันหาวิธีที่จะได้ฝึกในกิจวัตรประจำวัน

จากนั้น ฝึกการพัฒนาสติให้ดีขึ้น โดยใช้วิธีการรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันไว้เล็กน้อย และรู้ในกิจต่างๆ ที่กำลังทำในปัจจุบัน ที่เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ การนั่ง ยืน เดิน กิน สัมผัส การฟัง พบว่าส่วนใหญ่รับรู้สติได้มากที่สุดในด้านสติในการสัมผัสและการกิน รองลงมาคือสติในการเดิน และสติในการยืน ตามลำดับ สมาชิกสังเกตได้ว่าขณะที่กิน การมีสติทำให้สามารถรับสัมผัสของอาหารและรสชาติได้มากขึ้น สติในการยืนและเดิน รู้สึกรับรู้ถึงสิ่งที่ทำโดยไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์และความเครียด ขั้นตอนนี้ จะเริ่มให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติ โดยสมาชิกเรียนรู้ได้ว่า “สมาธิทำให้จิตสงบ สติทำให้จิตไม่ออกแวก รู้ตัวในสิ่งที่ทำ” เป็นพื้นฐานของการพัฒนาไปสู่ปัญญาภายใน หรือความสามารถในการปล่อยวางได้ โดยให้นำไปฝึกอย่างต่อเนื่อง และวางแผนในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน การบ้านครั้งนี้คือ การฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที ช่วงเช้าและก่อนนอน และฝึกสติ โดยรับรู้ลมหายใจพร้อมกับสิ่งที่ทำ

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึก Body Scan)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าผู้ต้องขังชายทั้ง 8 คน ได้ฝึกสมาธิทุกวัน ช่วงเย็น ส่วนสมาชิกหญิง ได้ฝึกบ้าง แต่มีสมาชิกหญิง 1 คนที่ถูกลงโทษให้แยกเดี่ยวบ่อยครั้ง จึงนั่ง

สวดมนต์และฝึกสมาธิ 3 ชั่วโมง/วัน จากนั้นเรียนรู้สิ่งใหม่ในครั้งนี่คือ การรับรู้ความรู้สึกบนร่างกาย การรับรู้อารมณ์/ความรู้สึกทางใจและปล่อยวางได้ เน้นให้เกิดประสบการณ์เมื่อเกิดอารมณ์ที่รุนแรง จะมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ และปรากฏเป็นความรู้สึกบนร่างกาย ผู้บำบัด ใช้ความรู้สึกน้อยในการฝึกการรู้ตัว ฝึกให้มีสติในการสังเกต ให้เห็นถึงการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลง ไปโดยไม่ต้องไปเกาะติดกับความรู้สึกนั้น นั่นคือการปล่อยวาง เริ่มจากการฝึกการสังเกตความรู้สึกบนร่างกาย หรือ body scan หลังการฝึก พบว่าสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่เกิดประสบการณ์สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ฝึกกับสถานการณ์ที่เกิดอารมณ์ที่ไม่รุนแรง จากคำพูดที่ว่า “รู้สึกเหนื่อยล้าจากความรู้สึกไม่พอใจเพื่อนร่วมห้อง หัวใจเต้นแรง” เปลี่ยนเป็น “รู้สึกผ่อนคลายในอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ได้ดีขึ้น และปรับสภาวะทางความคิด” จากนั้น แต่ใช้สติดูความรู้สึกทางใจหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกาย และเฝ้าสังเกตการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปด้วยจิตที่ปล่อยวางได้ โดยพบสมาชิกกลุ่มที่รับรู้ความรู้สึกบนร่างกายจากศีรษะจรดปลายเท้าได้มาก 8 คน ได้บ้าง 4 คน สามารถสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลง หรือระบุความรู้สึกได้มากที่สุด 2 ได้มาก 5 คน และได้บ้าง 5 คน

การบ้าน การฝึกสมาธิวันละ 1 ครั้งๆ ละ 20 นาที โดยให้ฝึกสมาธิ 10 นาที ต่อด้วยการฝึก body scan 10 นาที ช่วงเช้าหรือก่อนนอน ร่วมกับการฝึกสติโดยรับรู้ลมหายใจพร้อมกับสิ่งที่ทำ

ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกปล่อยวางความคิด)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกชายยังคงฝึกสมาธิทุกวัน สมาชิกหญิงเพิ่มการฝึกมากขึ้นเป็น 4-5 วัน จากนั้น ฝึกการรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความคิดอัตโนมัติทางลบ พบว่ามีความคิดทางลบตั้งแต่ 0-20 ข้อ แต่ความคิดลบที่สมาชิกกลุ่มคิดตรงกันและส่วนใหญ่เกิดขึ้นบ่อยคือ “ฉันอยากไปให้พ้นทางที่นี่” (11 คน) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอึดอัด เบื่อ ไม่เป็นสุข น้อยใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และอยากออกจากคู่มาก จากนั้นฝึกแยกความคิดกับความจริง ให้สังเกตความคิดทางลบส่งผลต่อความรู้สึก และฝึกปล่อยวางความคิด โดยการให้เห็นการเกิดขึ้นของความคิด หรือใช้การตีตราความคิดร่วมด้วย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง และดับไปของความคิด ไม่ต้องเป็นทุกข์เพราะไปเกาะติดกับความคิดเหล่านั้น หลังจากฝึกให้ทบทวนชีวิตประจำวัน โดยให้รับรู้ลมหายใจ สมาชิกกลุ่มพบว่าทุกคนมีช่วงเวลาที่มีความสุขมากกว่าความทุกข์ในแต่ละวัน มีสมาชิกกลุ่มคนหนึ่งสรุปในตอนท้ายว่า “กระทำตามกฎระเบียบของเรือนจำ ไม่กระทำความผิดกฎระเบียบก็พอเราก็สามารถอยู่อย่างมีความสุขได้” จากนั้นให้วางแผนการฝึกต่อในกิจกรรมประจำวัน โดยให้การบ้าน การฝึกสมาธิวันละ 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที โดยเริ่มจากสมาธิ 10 นาที การมีสติรู้ทั่วร่างกาย อีก 10 นาที ต่อด้วยการมีสติรู้ ความคิดอีก 10 นาที (5 นาทีแรก ดูความคิดทั่วไป 5 นาทีหลังระลึกถึงเหตุการณ์ยุ่งยากใจของวันที่ผ่านมา 1 เหตุการณ์) ช่วงเช้าหรือก่อนนอน ร่วมกับการฝึกสติในชีวิตประจำวัน โดยรับรู้ลมหายใจพร้อมกับสิ่งที่ทำ

ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธภาพ)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน นอกนั้นฝึกสมาธิอยู่ระหว่าง 2-5 วัน ส่วนใหญ่จะฝึกสติโดยรู้ลมหายใจในกิจที่ทำได้ฝึกทุกวัน แต่เน้นฝึกสติในบางกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย ขณะเดินหรือนั่ง ทำงาน รับประทานอาหาร เป็นต้น จากนั้นเรียนรู้ที่จะเข้าใจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพ และผลต่อสัมพันธภาพ ใช้สติในการปล่อยวางความคิดลบ และมองเห็นสัมพันธภาพในแง่บวกใหม่ หลังจากที่นั่งสมาธิ 3 นาที พร้อมกับให้รับรู้ลมหายใจขณะทบทวนความสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่นึกถึง สิ่งดีๆ ของเขาที่เรามองข้ามและสิ่งแย่ๆ ที่เราทำกับเขา แม้ไม่ได้ตั้งใจ จากความรู้สึกที่ไม่ดีในความสัมพันธ์ เปลี่ยนเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น สามารถปรับมุมมองและเห็นส่วนที่ตนเองทำผิดพลาดไปในความสัมพันธ์ ดังที่สมาชิกกลุ่ม ทบทวนความสัมพันธ์กับเพื่อนว่า “บางทีเราก็คิดไปเอง คิดว่าเขารังเกียจเรา แล้วเราก็ไม่เคยคุยกับเขา ความจริงแล้วเขาไม่เคยรังเกียจเราเลย” หรือความสัมพันธ์กับภรรยาที่เลิกกันแล้วของสมาชิกคนหนึ่งว่า “ความรู้สึกและสามารถรับรู้ความรู้สึกดีๆ ของเขาที่ทำให้เราตลอดเวลาที่อยู่ด้วยกันมา ยังมีความรู้สึกรักและเป็นห่วงเธอและครอบครัวมากยิ่งขึ้น” จากนั้นให้วางแผนการฝึกจิตด้วยสมาธิและสติรู้ความรู้สึกทั่วร่างกายวันละ 1 ครั้ง 30 นาที โดยเริ่มจากสมาธิ 10 นาที การมีสติรู้ทั่วร่างกาย อีก 10 นาที ต่อด้วยการมีสติรู้ความคิดอีก 10 นาที (5 นาทีแรกดูความคิดทั่วไป และ 5 นาทีหลังระลึกถึงเหตุการณ์ยุ่งยากใจของวันที่ผ่านมา 1 เหตุการณ์ โดยเฉพาะกับคนใกล้ชิด) ร่วมกับฝึกการมีสติในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน นอกนั้นฝึกสมาธิอยู่ระหว่าง 2-6 วัน แต่ฝึกสติโดยรู้ลมหายใจในกิจที่ทำทุกวัน เริ่มมีสมาธิที่ฝึกสังเกตลมหายใจพร้อมกับกิจกรรมทั้งวัน จากนั้น ให้สังเกตถึงปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อย ว่าสื่อสารด้วยคำพูดและภาษาท่าทางที่เป็นลบ ทำให้เกิดปัญหากับบุคคลใกล้ชิด และฝึกการใช้สติในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง ทำให้ได้รับการยอมรับ เกิดความเข้าใจระหว่างกัน และช่วยแก้ปัญหาการสื่อสารระหว่างกันได้ดีขึ้น ดังคำพูดของสมาชิกชาย วัย 31 ปี เลือกที่จะทบทวนการสื่อสารกับพี่ชายที่ทะเลาะกันเกือบทุกครั้ง พี่ชายมาเยี่ยมที่เรือนจำ หลังกิจกรรมมีมุมมองต่อพี่ชายในทิศทางที่ดีขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “พี่ชายเป็นห่วงผม อยากให้ได้ดี สิ่งที่เขาผ่านมาแล้วก็จำไว้เป็นบทเรียน อย่าไปทำอีก เริ่มต้นใหม่ คิดใหม่ ทำใหม่ เหมือนเขาเห็นอะไรซักอย่างในตัวผมอยู่”

จากนั้น ให้การบ้าน ฝึกสมาธิ 30 นาที ฝึกสติในกิจวัตรประจำวัน พร้อมกับทบทวนความสัมพันธ์กับผู้อื่นในแต่ละวัน

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกการแผ่เมตตา)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน ส่วนใหญ่ฝึก 5 และ 4 วัน ตามลำดับ แต่ฝึกสติโดยรู้ลมหายใจในกิจที่ทำทุกวัน จากนั้นฝึกให้สมาชิก

กลุ่มสามารถเชื่อมโยงสติกับการให้อภัยและเมตตาตนเอง และสามารถเชื่อมโยงสติกับการอภัยและเมตตาผู้อื่นได้ ขณะที่สติเป็นการรู้อารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์ที่เป็นทุกข์ของตนเอง จนเห็นการเปลี่ยนแปลงและปล่อยวางได้ การให้อภัยและเมตตาตนเองเป็นสภาวะจิตที่ต้อยอดสติ ทำให้เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น จากนั้นจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาคนที่เจาะจงและสรรพสิ่งทั่วไป ช่วยขจัด ความขุ่นเคืองในใจและทำให้มีจิตใจที่เบิกกว้าง เป็นกระบวนการที่มีผลต่อจิตใจสมาชิกกลุ่มมากที่สุด ดังคำพูดต่อไปนี้

ผู้ต้องขังหญิง วัย 36 ปี พูดถึงสติเมตตาต่อตนเอง “รู้สึกว่าการที่เราไม่รักตัวเองแล้ว ก็เท่ากับเราฆ่าตนเองทางอ้อม และทำร้ายคนที่รักและปกป้องเราเช่นกัน” ส่วนสติเมตตาต่อคนอื่น “รู้สึกว่าการไม่โกรธเกลียด แค้นใคร ทำให้จิตใจเราสงบและไม่เป็นทุกข์”

ผู้ต้องขังชาย วัย 24 ปี มีมุมมองต่อสติเมตตาต่อตนเองว่า “รู้สึกดีที่ได้ขอบคุณร่างกายตัวเองส่วนต่างๆ และสบายใจ สงบมากขึ้น” และมองสติเมตตาต่อผู้อื่นว่า “รู้สึกดีมากเลยครับที่ผมได้ทำอย่างนี้ เพราะผมไม่เคยทำอย่างนี้มาก่อน ขอขอบคุณที่ทำให้ผมรู้สึกรักตัวเองและผู้อื่น และสรรพชีวิตทั้งหลาย ผมรู้สึกดีมากเลย ดีมากจนอธิบายไม่ถูกเลยครับ”

ผู้ต้องขังชาย วัย 31 ปี มองว่าการฝึกสติเมตตาต่อตนเอง ทำให้ “รู้สึกอบอุ่นเวลากอดตัวเอง เหมือนว่าพ่อแม่ออด และทำให้จิตใจสบายขึ้น” ส่วนการฝึกสติเมตตาต่อผู้อื่น พบว่า “ก่อนเข้ากิจกรรม ในใจผมจะมีความอาฆาตกับคนคนหนึ่งอย่างมาก แต่พอได้เข้ากิจกรรมมาแล้ว ความคิดที่อาฆาตเขาก็เริ่มหายไป และทำให้ใจสบายขึ้น”

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน ส่วนใหญ่ฝึกมากขึ้นเกือบทุกวัน ยังคงฝึกสติโดยรู้ลมหายใจรู้ในกิจที่ทำทุกวัน จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงโอกาสในการกลับมาเป็นทุกข์ได้อีก จึงเตรียมตัวให้สามารถรับมือกับความทุกข์เหล่านั้นได้ โดยเชื่อมโยงการพัฒนาจิตกับสมาธิ/สติ เข้ากับวิถีชีวิตได้ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับจิตใจได้ดีที่สุด โดยเกิดการเรียนรู้และประยุกต์จากประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัด ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

ผู้ต้องขังหญิง วัย 36 ปี วางแผนว่า “ต้องตั้งสติ อดทน มีเมตตาต่อตนเองและคนอื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา” “และใช้ชีวิตให้มีสติ ปัญญาที่จะเกิด ความผิดพลาดก็จะน้อยลง”

ผู้ต้องขังชาย วัย 24 ปี “เป้าหมายคืออยากจะอยู่ในเรือนจำ โดยไม่ต้องคิดมาก และสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในครั้งนี้ ทำให้ผมมีสมาธิ สติ ได้แบ่งปันประสบการณ์ให้เพื่อนๆ รู้” และมองว่าการเข้ากลุ่มทำให้ “มีความสุขและได้รับความรู้จากสิ่งต่างๆ คนมาแชร์ประสบการณ์ว่ามันเป็นไปอย่างไร”

ผู้ต้องขังชาย วัย 31 ปี เล่าว่า “นอนไม่หลับ และหลับยาก พอได้เข้ากลุ่มแล้ว มีสติกับลมหายใจ ทำให้การนอนหลับเร็วขึ้น การใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีสติ ได้กำลังใจในการเข้ากลุ่ม”

ผู้ต้องขังชาย วัย 31 ปี “ตั้งแต่เข้าอบรมนี้ ทำให้จิตใจสงบขึ้น และมีความสุข ไม่เครียดเหมือนแต่ก่อน นอนหลับสบายดี และจะฝึกฝนต่อไปเรื่อยๆ”

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เปราะบาง และการคงไว้ด้วยจริยธรรมการวิจัย จึงให้การเปิดรับสมัครอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่กว้าง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ พบว่าไม่อาจควบคุมผู้ต้องขังหญิงที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกออกจากกัน อาจเกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มเนื่องจากมีแดนที่พักเพียงแดนเดียว

2. ข้อจำกัดในเรื่องจำ ทั้งด้านเวลาที่มีกิจกรรมจำนวนมากที่จัดพร้อมกัน ทำให้บางครั้งต้องเลื่อนกลุ่มบำบัด นอกจากนี้ สถานที่ทำกลุ่ม ไม่เป็นสัดส่วนทำให้มีเสียงรบกวนบ่อยครั้ง รวมทั้ง จากกฎเกณฑ์ของเรือนจำ ที่ไม่อนุญาตให้ผู้ต้องขังนำสิ่งของอื่นนอกเหนือจากที่เรือนจำจัดไว้ให้ เข้าไปไหนนอน จึงต้องประยุกต์การให้ทำการบ้าน โดยใช้การให้คะแนนผลการฝึกตนเองในแต่ละสัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้วัดในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบ self-report ทั้งหมด ทำให้อาจเกิดการตอบตามความเข้าใจของตนเองด้านเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้และทักษะของการบำบัดด้วยสติ (MBTC) ส่วนที่สำคัญคือควรมี Supervisor ที่เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำแนวทางในการบำบัดกรณีที่เกิดปัญหาในระหว่างการทำบำบัด

2. ผู้นำกลุ่มต้องมีความสัมพันธ์ในเชิงการรักษาที่ดี มีความกระตือรือร้น และยืดหยุ่นได้ สามารถปรับการบำบัดให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของเรือนจำ

3. ผู้นำกลุ่มควรมีการติดตามการบ้านในแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโดยลดอคติด้าน allocation concealment (การปิดบังการจัดสรร) ในกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้วัด ควรใช้แบบทดสอบที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

บรรณานุกรม

- Auty, K. M., Cope, A., & Liebling, A. (2017). A systematic review and meta analysis of yoga and mindfulness meditation in prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 689–710.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D. Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(3), 343–347.
- Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C., & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19–28. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.005>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Ferszt, G. G., Miller, R. J., Hickey, J. E., Maull, F., & Crisp, K. (2015). The impact of a mindfulness based program on perceived stress, anxiety, depression and sleep of incarcerated women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11594–11607.
- Foundation for a Mindful Society. (2014, February 28). Can mindfulness help inmates? Retrieved February 3, 2017, from <http://www.mindful.org/can-mindfulness-help-inmates/>
- Glowatz, E. (2016). Mindfulness can make prisons better. Retrieved February 3, 2017, from <http://www.medicaldaily.com/mindfulness-can-make-prisons-better-when-corrections-officers-meditate-405138>
- Gupta, A., & Girdhar, N. K. (2012). Risk factors of suicide in prisoners. *Delhi Psychiatry Journal*, 15(1), 45–49.

- Himelstein, S. (2011). Meditation research: the state of the art in correctional settings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(4), 646–661.
- Himelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S., & Heery, M. (2012). A qualitative investigation of the experience of a mindfulness-based intervention with incarcerated adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(4), 231–237.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 265–276. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.003>
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., & Fazel, S. (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social Science & Medicine* (1982), 72(6), 874–883.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons: an overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 37(5), 323.
- Mendius, R., & Handson, R. (2014). *สมองแห่งพุทธะ : Buddha's Brain*. แปลจาก Buddha's Brain : The Practical Neuroscience of Happiness, Love and wisdom. แปลโดย ณิชรสยามวาลา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อมรินทร์ธรรมะ.
- Neff, K. (n.d.). Self-Compassion Scales. Retrieved June 24, 2018, from <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Osborne, A. (2016). Why we should teach meditation in prison. Retrieved January 6, 2018, from <https://www.headspace.com/blog/2016/03/31/why-we-should-teach-meditation-in-prison/>
- Perelman, A. M., Miller, S. L., Clements, C. B., Rodriguez, A., Allen, K., & Cavanaugh, R. (2012). Meditation in a Deep South prison: a longitudinal study of the effects of vipassana. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(3), 176–198.

- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS ONE*, 8(7). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726684/>
- Yoon, I. A., Slade, K., & Fazel, S. (2017). Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 783–802.
- Zbizek-Nulph, L., Walton, M., Cunningham, R., Chermack, S., & Ngo, Q. (2017). 148 Mindfulness as a protective factor against suicidal ideation in emerging adults. *Injury Prevention*, 23(Suppl 1), A55–A55. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042560.148>
- กระทรวงยุติธรรม. (ม.ป.ป.). ร่วมมือสถาบันพลังจิตตานุภาพ สอนหลักสูตรสมาธิให้กับผู้ที่ก้าวพลาด กระทำความผิด เพื่อยกระดับจิตใจให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ. สืบค้นจาก <https://www.moj.go.th/view/10989>
- คุชฎิ จิณฺธิกุลวิทย์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ประเวศ ต้นตัพพัฒน์สกุล, เกศนา อังธรรมรัตน์, & ปราณีต ชุ่มพุทรา. (2015). กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(3), 143–153.
- รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด. (2558). ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ผ่านตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่า 3 พันคน - ศูนย์ข้อมูลข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCU). สืบค้นจาก <https://www.tcijthai.com/news/2015/06/scoop/5623>
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2559). คู่มือสติบำบัด: *Mindfulness-Based therapy and Counseling (MBTC) Manual*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรณณ ศิลปกิจ. (2559). การสร้างแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(2), 72–90.

ภาคผนวก



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการ
ฆ่าตัวตายของผู้ต้องขัง

รหัสโครงการ : 001/2560

หัวหน้าโครงการ : นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช

หน่วยงานที่สังกัด : กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร

วันที่รับรอง : 20 กรกฎาคม 2560

วันที่หมดอายุ : 20 กรกฎาคม 2561

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

(นางชนิษฐา สนั่นเทห์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย
(Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

Effect of Mindfulness-Based Therapy and Counseling Group on Suicidal Risk on Prisoners

ผู้สนับสนุนการวิจัย: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63147 มือถือ 099-2505141

ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นางสาวกิตติยา กุดทุ่ง
สถานที่ทำงาน เรือนจำกลางขอนแก่น
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-241235 มือถือ 082-1209803

เรียนอาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ออย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากบุคคลที่ท่านไว้วางใจได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ การตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับอำนาจของผู้คุมหรือผู้ดูแลเรือนจำ และจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำของท่านถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ขอให้ท่านแสดงความตกลงโดยการแจ้งเป็นคำพูด โดยไม่ต้องลงนามในเอกสารใดๆ เพื่อเป็นการรักษาความลับของท่าน

เหตุผลความเป็นมา

กรมราชทัณฑ์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกันในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ระบุให้ผู้ต้องขังที่มีภาวะอันตราย ทั้งต่อตนเอง คนรอบข้าง หรือผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะผิดปกติดังกล่าวได้รับการรักษาทุกคนโดยมีระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 โดยมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนมีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตาม ในปี 2559 เรือนจำ

กลางขอนแก่น พบปฏิบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย และพยายามฆ่าตัวตายในหลายราย กลุ่มงานจิตวิทยาร่วมกับสถานพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น ปรึกษาร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยให้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน เพื่อช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถปรับตัว มีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์ที่เศร้า ความตึงเครียด และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งอาจมีจิตเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นำไปสู่ความรู้สึกสงบสุขทางใจ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย โดยสุ่ม 2 แดน จากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์ และให้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ แคนละ 10 คน รวม 20 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านประเมินตนเองด้วยแบบประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น. และติดตามผล 1 ครั้ง เพื่อเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน จำนวน 8 ครั้ง โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ พฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2560 และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 9 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง โดยไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงิน แต่ถ้ากิจกรรมนี้มีประโยชน์ต่อผู้ต้องขังได้จริง อาจเป็นต้นแบบที่จะนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ต้องขัง ในเรือนจำอื่นๆ ต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลาของท่าน 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง อาจทำให้ท่านไม่เป็นอิสระในเวลานั้น บางเรื่องอาจกระทบจิตใจ เนื่องจากมีช่วงที่นึกถึงเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจที่เคยเกิดขึ้น

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านอาจพบแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองให้ดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์เศร้า และตึงเครียด นอกจากนี้ ถ้าโปรแกรมการบำบัดนี้ได้ผล อาจนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ให้กับผู้ต้องขังคนอื่นๆ ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นอาการทางกาย หรือทางใจ
- ขอให้เข้าร่วมและพยายามทำกิจกรรมทุกครั้ง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวกิตติยา กุดกุง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำของท่าน

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งโปรแกรมการบำบัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการตัดสินใจของท่านด้วยวิธีอื่น ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่อยู่ภายใต้อำนาจของผู้คุมหรือผู้ดูแลเรือนจำ และจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำของท่าน

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร 043-209999 ต่อ 63217 หรือ 63218 ในเวลาราชการ หรือนางสาวกิตติยา กุดกุง

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 รก. 331+
 วันที่ 7. ๑๑. ๖๐
 เวลา 11.59

ที่ ยธ ๐๓๐๕.๑๖๐/รัฐธ

กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
 ๒๒๒ ถนนนันทบุรี ๑ ตำบลสวนใหญ่
 อำเภอเมืองนันทบุรี จังหวัดนันทบุรี ๑๑๐๐๐

๖ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ สธ ๐๘๑๓.๑๐/๒๒๖๒ ลงวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ขออนุญาตให้ นักวิจัย เข้าเก็บข้อมูลผู้ต้องขังโดยวิธีการใช้แบบสอบถาม แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบประเมินสติ แบบประเมิน ความรู้สึกต่อตนเอง/ผู้อื่น และกลุ่มทดลองเข้ากลุ่มบำบัดตามคู่มือสติบำบัด ที่เรือนจำกลางขอนแก่น เพื่อใช้ เป็นข้อมูลโครงการวิจัย เรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย ในผู้ต้องขัง ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ - วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐ ความละเอียดดังแจ้งแล้ว นั้น

กรมราชทัณฑ์พิจารณาแล้ว อนุญาต โดยให้นักวิจัยประสานงานรายละเอียดในการดำเนินงาน กับเรือนจำกลางขอนแก่นได้โดยตรง ซึ่งกรมราชทัณฑ์ได้แจ้งเรือนจำฯ ทราบแล้ว และขอความร่วมมือนักวิจัย ให้ถือปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ของทัณฑสถาน และคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัดด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผอ.รพ.ชก.

- ☒ เพื่อพิจารณา
☐ เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรแจ้ง

๘/๘/๖๐

๖๘๐/๖๐

(นายเรืองศักดิ์ สุวารี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
 อธิบดีกรมราชทัณฑ์

สำนักทันตวิทยา

ส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง

โทร. ๐ ๒๕๖๗ ๓๓๘๐

โทรสาร ๐ ๒๕๖๗ ๒๕๐๙

๖๘๐/๖๐

จำ/ขึ้น/ปรก

๗๗

๖๖

๐๗ ส.ค. ๒๕๖๐

- เจริญ เวียงนาค อัจฉรา มิ่งพานิช
 ก. จิตวิทยา ทราบ.
 / ผอ.นรรัตน์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มงานจิตวิทยา โทร.๐-๔๓๒๐-๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๑๔๗
ที่ สธ ๐๘๑๓.๑๐/๑๖๖๓ วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินสติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้วางแผนใช้แบบประเมินสติ ของแพทย์หญิงอรรณณ ศิลปกิจ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินผลของการบำบัดในผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรมสติบำบัดในโครงการวิจัย นอกจากนี้ ขออนุญาตนำไปใช้ในการประเมินผลการให้บริการสติบำบัดแก่ผู้ที่มีมารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อเป็นประโยชน์ในการบำบัดผู้ป่วยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้แบบประเมินสติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายประภาส อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้สติบำบัด

1. ชื่องานวิจัย โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้สติบำบัด
Effect of Mindfulness-Based Therapy and Counseling Group on Suicidal Risk on Prisoners
2. ชื่อที่ปรึกษา นายณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ดร.สุวิริยา สุวรรณโคตร นักวิชาการอิสระ
3. ผู้วิจัย นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางสาวกิตติยา กุดกุง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ เรือนจำกลางขอนแก่น
4. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

International Centre for Prison Studies (ICPS) หรือ ศูนย์ศึกษาเรือนจำนานาชาติเปิดเผย สัดส่วนคนติดคุกของประเทศไทยสูงที่สุดใน ASEAN และสูงเป็นอันดับ 6 ของโลก เมื่อคิดต่อแสนประชากร ในขณะที่ความสามารถในการรองรับผู้ต้องขังให้มีความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะมากที่สุดอยู่ที่ประมาณ 190,000 คน ซึ่งต่ำกว่าถึง 1.7 เท่าของจำนวนผู้ต้องขัง การอยู่อย่างแออัดทำให้เกิดปัญหามากมายและหนึ่งในนั้นคือปัญหาทางจิต จากการสำรวจของกรมราชทัณฑ์ ระบุว่า ปี 2557 ผู้ต้องขังที่พิการทางจิตใจและพฤติกรรม จำนวน 314 คน ขณะที่ผู้ต้องขังที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีการป่วยทางจิต หรือเป็นโรคจิตเภท เฉลี่ยปีละ 3,000 คน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุก โดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำความผิดครั้งแรก ซึ่งมีจำนวนถึง 211,361 หรือร้อยละ 84.20 จากจำนวนผู้ต้องขังทั้งสิ้น 312,585 คน พบว่านักโทษใหม่มีแนวโน้มป่วยทางจิตสูง โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าจากการถูกตัดขาดจากโลกภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ซึ่งปี 2556 มีผู้ต้องขังเสียชีวิตผิดธรรมชาติ ที่เป็นนักโทษเด็ดขาด 70 คน โดย 24 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

กรมราชทัณฑ์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกันในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ระบุให้ผู้ต้องขังที่มีภาวะอันตราย ทั้งต่อตนเอง คนรอบข้าง หรือผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำแล้วพบว่ามีแนวโน้มที่จะผิดปกติต้องได้รับการรักษาทุกคน โดยมีระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 โดยมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนมีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตาม ในปี 2559 เรือนจำกลางขอนแก่น พบอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย และพยายามฆ่าตัวตายในหลายราย กลุ่มงานจิตวิทยาร่วมกับสถานพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น ปรึกษาร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน เพื่อช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถปรับตัว มีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์ที่เศร้า ความตึงเครียด และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งอาจมีจิตเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นำไปสู่ความรู้สึกสงบสุขทางใจ

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 5.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน

5.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายของระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5.3 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

6. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest Design

7. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Therapy and Counseling Group) ตามคู่มือสติบำบัด (MBTC) ซึ่งพัฒนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) ต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง เรือนจำกลางขอนแก่น

8. วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 การพัฒนาคุณสมบัติของผู้วิจัยในการใช้การบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Therapy and Counseling)

1.2 ส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามแนวปฏิบัติสากลของการทำวิจัยในผู้ต้องขัง (อ้างอิง OHRP Guidance on Approving Research Involving Prisoners (2003) ตามข้อกำหนดของ Department of Health and Humans Services (HHS) regulations at 45 CFR part 46, Subpart C และ Additional finding under 45 CFR 46.305(a))

1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก สุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา คดีที่ต้องโทษ ระยะเวลาของการจำคุก ประวัติการเจ็บป่วย (กาย+จิต) ประวัติการใช้สารเสพติด การฝึกสมาธิ/วิปัสสนา

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยใช้ 2Q, 9Q และ 8Q โดยมีข้อคำถาม 2, 9 และ 8 ข้อ ตามลำดับ

3) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2538)

4) แบบประเมินสติ พัฒนาโดยอรพรรณ ศิลปกิจ (2558) มีทั้งหมด 15 ข้อ มีความตรงและความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วย บุคลากร ผู้มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติเบื้องต้น กลุ่มผู้ดูแลในระดับดีถึงดีมาก

5) แบบประเมินความรู้สึกต่อตนเอง/ผู้อื่น

6) คู่มือสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling) ซึ่งพัฒนาโดย
ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559)

2.2 กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มบำบัดตามคู่มือสติบำบัด โดยแบ่งเป็น 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินกิจกรรมตามปกติของเรือนจำ

3. ประเมินระดับความรุนแรงการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบประเมินสติ และแบบประเมินความรู้สึกต่อตนเอง/ผู้อื่น หลังการบำบัด และติดตามผล 4 สัปดาห์

4. ตามเกณฑ์จริยธรรมในการวิจัย ถ้ากลุ่มควบคุมสนใจ/สมัครใจเข้ากลุ่มบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ภายหลังการติดตามผลระยะ 4 สัปดาห์ ให้กลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มบำบัดตามโปรแกรมต่อ

9. แผนการดำเนินงาน

แผนงานวิจัย	เดือน														
	ต.ค. 59	พ.ย. 59	ธ.ค. 59	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค. 60	เม.ย. 60	พ.ค. 60	มิ.ย. 60	ก.ค. 60	ส.ค. 60	ก.ย. 60	ต.ค. 60	พ.ย. 60	ธ.ค. 60
ทบทวนวรรณกรรม การวิจัย															
ให้คณะกรรมการฯ พิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์															
ทำหนังสือขอเก็บ ข้อมูลวิจัย ต่อกรม ราชทัณฑ์/เรือนจำ กลางขอนแก่น															
การเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย															
การวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล															
การเขียนรายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์และการ เผยแพร่ผลงานวิจัย															

←-----> แผนการดำเนินการ

←-----> ผลงานที่ทำได้จริงในช่วงนี้

10. งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 15,000 บาท ดังรายการต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนที่ปรึกษา	1,500 บาท
- ค่าตอบแทนนักวิจัย (1 คน*1,500 บาท)	1,500 บาท
- ค่าตอบแทนผู้เก็บข้อมูลทางคลินิก (150 บาท * 20 ราย * 3 ครั้ง)	9,000 บาท
- ค่าถ่ายเอกสารในการเก็บข้อมูลวิจัย	300 บาท
- ค่าจ้างวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและประเมินข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์	1,000 บาท
- ค่าจ้างพิมพ์เอกสาร (50 หน้า x หน้าละ 20 บาท)	1,000 บาท
- ค่าจัดพิมพ์รูปเล่มงานวิจัย (เล่มละ 70 บาท x 10 เล่ม)	700 บาท
รวม (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)	15,000 บาท

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในแต่ละรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายแทนกันได้ กรณีขาดโดยขาดหนึ่งไม่พอจ่าย โดยไม่เกินวงเงินที่ได้รับ

11. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

11.1 ผู้ที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานอาจมีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์ที่เศร้า ความตึงเครียด และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งอาจมีจิตเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นำไปสู่ความรู้สึกสงบสุขทางใจ

11.2 เป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังคนอื่นๆ ต่อไป

(นางสาวอัจฉรา มุ่งพานิช)
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
ผู้เขียนและเสนอโครงการ

(นางกานดา ผาวงศ์)
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
ผู้เห็นชอบโครงการวิจัย

(นายณัฐกร จำปาทอง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผู้อนุมัติโครงการวิจัย