



รายงานวิจัย

เรื่อง

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรง
ของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

โดย

อัจฉรา มุ่งพานิช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กิตติยา กุดกุง เรือนจำกลางขอนแก่น

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ร่วมกับ เรือนจำกลางขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดีจาก ดร.สุวิริยา สุวรรณโคตร นักวิชาการอิสระ และนางกานดา ผาวงศ์ กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 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 คณาจารย์ผู้สอนทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ ตลอดจนแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภมรพรรณ ยุธยาตร์ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้คำแนะนำด้านการวิเคราะห์สถิติ ตรวจสอบเนื้อหา รายงานการวิจัย 2 ครั้ง เพื่อให้รายงานการวิจัยนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ เรือนจำกลางขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมเก็บวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้ศึกษา ร่วมกับสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ อาสาสมัครผู้ต้องขังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ท้ายสุดนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกคนที่เป็นกำลังสำคัญยิ่งในการศึกษาและการทำวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการวิจัยฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

อัจฉรา มุ่งพานิช และคณะ

พฤษภาคม 2563

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

อัจฉรา มุ่งพานิช*, กิตติยา กุดกง**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

วัสดุและวิธีการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครในเรือนจำ และตามเกณฑ์การคัดเลือก (n=26) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counselling) ทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที และกลุ่มควบคุม 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมปกติ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบประเมินสติ แบบประเมินเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ประเมินก่อน/หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Mann – Whitney – Test และ Wilcoxon Signed – Rank Test

ผล ผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะซึมเศร้าลดลงและเมตตาต่อตนเองสูงขึ้นหลังการทดลองในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยไม่พบความแตกต่างของคะแนนทั้ง 6 ตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แต่พบกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง และเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดและไม่ได้เข้าร่วม มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งในหลังการเข้ากลุ่มและระยะติดตามผล จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้โดยตรง แต่สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มเมตตาต่อผู้อื่นได้ โดยต้องใช้เวลาในการฝึกฝน

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ต้องขัง

ติดต่อผู้นิพนธ์ 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.

Methods: The study sample consisted of volunteer prisoners and inclusion criteria ($n = 24$). They were conducted a matched case-control study with 12 prisoners who received mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) group of 90 to 120-minute sessions per week for 8 weeks (cases). Participants, 12 prisoners, received only routine activities of prison (controls). Measurements evaluated pre-post intervention and follow-up at 1 month included: stress test, 9-questionnaire for depression, 8-questionnaire for suicide, mindfulness assessment scale, self-compassion scale, and compassion scale to others. Data were analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test.

Results: The result showed reduction of mean of suicide risk score from post-test of experiment group which was statistically significant, and showed a decrease in the mean scores of depression and an increase in the mean scores of self-compassion between post-test and follow-up, which was statistically significant ($P < 0.05$). 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. We cannot conclude that MBTC can reduce the risk of suicide directly, but MBTC can reduce depression and increase other compassion, which needs time to practice.

Keywords: mindfulness-based therapy and counseling group, prisoner, suicide

Corresponding author: Artchara Mungpanich; e-mail: nuymu@yahoo.com

* 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	2
– สมมุติฐานการวิจัย	2
– ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
– ขอบเขตของการวิจัย	3
– นิยามศัพท์เฉพาะ	3
2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
– แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง	5
– แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน	9
– การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
3 วิธีดำเนินการวิจัย	19
– ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
– เครื่องมือและการวัดผล	21
– การวิเคราะห์ข้อมูล	22
– การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	23
4 ผลการศึกษา	24
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	41
– สรุปผลการศึกษา	41
– อภิปรายผลการวิจัย	43
– ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรม	43
– ข้อจำกัดในการวิจัย	51
– ข้อเสนอแนะ	51

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	
ก เอกสารที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัยและการดำเนินโครงการวิจัย	
- เอกสารรับรองโครงการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัย	58
- เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	59
- เอกสารอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในเรือนจำ	63
- เอกสารขออนุญาตใช้แบบประเมินสติ	64
- โครงการวิจัย	65
ข แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ	
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	70
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	71
- แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	72
- แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด	73
- แบบประเมินสติ	74
- แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง	75
- แบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น	76

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	24
4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ระดับความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล	26
4.3 ผลการทดสอบคะแนน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann-Whitney-Test	27
4.4 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	29
4.5 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	31
4.6 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney-Test	32
4.7 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	34
4.8 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Tests	36
4.9 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ในระยะติดตามผลการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney-Test	37
4.10 แสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	39

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่	
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	18
2 ขั้นตอนการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศูนย์ศึกษาเรือนจำนานาชาติ (International Centre for Prison Studies: ICPS) รายงานว่า ในปี พ.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 ทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต ส่วนผู้ต้องขังที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

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

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) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของการบำบัดทางจิตวิทยาแก่ผู้ต้องขังที่มีต่อ

ปัญหาสุขภาพจิต (Yoon, Slade & Fazel, 2017) ผลศึกษาพบงานวิจัยแบบ randomized control trial ทั้งหมด 37 เรื่อง โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) และการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน พบว่าการบำบัดทั้ง 2 แนวคิดนี้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ต้องขังในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยอีกหลายฉบับที่นำการฝึกสติไปใช้ในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่าสติ (mindfulness) เป็นปัจจัยในการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย (Luoma & Villatte, 2012; Zbizek-Nulph, Walton, Cunningham, Chermack & Ngo, 2017) ได้อย่างเห็นผล

ในประเทศไทย เดิมกรมราชทัณฑ์นำศาสนามาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังในเรือนจำ แต่ไม่มีการกำหนดเป็นที่เป็แนวทางในการบำบัดฟื้นฟูที่เป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่เน้นเป็นการจัดพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญทางศาสนา ต่อมาในปี พ.ศ.2559 กรมราชทัณฑ์ เริ่มดำเนินการพื้นที่ต้นแบบโครงการพัฒนาจิตใจผู้ต้องขัง ด้วยหลักสูตรสัคคสมาธิ ใช้เวลาในการอบรม 40 วัน เนื้อหาเป็นการสอนการปฏิบัติธรรม และทำสมาธิเพื่อพัฒนาชีวิตผู้ต้องขัง (กระทรวงยุติธรรม, 2560) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการนำการฝึกสมาธิและสติมาใช้ในผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก่อน ทั้งไม่พบรูปแบบป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำที่ใช้การบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้เป็นหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ และความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นในผู้ต้องขัง เรือนจำกลางขอนแก่น

วัตถุประสงค์

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

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดลดลง และระดับสติ เมตดาต่อตนเองและเมตดาต่อผู้อื่นสูงขึ้น หลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตดาต่อตนเองและผู้อื่น หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 4 กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และระดับสติ เมตดาต่อตนเองและเมตดาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ภายหลังการทดลองกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมมติฐานการวิจัยที่ 5 กลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตดาต่อตนเองและเมตดาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 6 กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนระดับสติ เมตดาต่อตนเอง เมตดาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นทางเลือกในการดูแลช่วยเหลือและการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ สามารถลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และสามารถมีสติรู้ตัว สามารถเมตดาต่อตนเองและผู้อื่นได้มากขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ต้องขังเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นจิตอาสาเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมจนเสร็จสิ้นโครงการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน หมายถึง รูปแบบการดูแลด้านจิตใจ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มที่สร้างความสัมพันธ์และการเรียนรู้ภายในกลุ่มผ่านการถามประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเข้าใจแนวคิด และทักษะการฝึกสมาธิและสติ ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งกับการฝึกจิตที่บ้านและชีวิตประจำวันได้ กระบวนการกลุ่มที่สำคัญคือ การฝึกจิต การทบทวนการบ้าน การเรียนรู้เรื่องใหม่ และการให้การบ้าน

กิจกรรมปกติของเรือนจำ หมายถึง ระบบการดูแลรักษา พันฟู การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปของเรือนจำ โดยเริ่มจากการตรวจคัดกรองหาผู้ต้องขังที่มีปัญหาทั้งรายเก่ารายใหม่ คัดแยกประเด็นปัญหาและเข้าโปรแกรมต่างๆ ที่เรือนจำกำหนด เช่น โปรแกรมการแก้ไขพันฟูผู้ต้องขังคดียาเสพติด โปรแกรมการแก้ไขพันฟูผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย หมายถึง ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย วัดโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ซึ่งพัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) แบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4 ระดับ คือ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ระดับปานกลางและระดับรุนแรง

ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่ถูกต้องโทษในเรือนจำกลางขอนแก่น ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ความเครียด หมายถึง สภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งที่กระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ วัดโดยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2542)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการและอาการที่แปรปรวนในด้าน อารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและด้านร่างกาย (Beck et al., 1997) วัดโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรรณิทธิ์ กองสุข และคณะ (2561)

ระดับสติ หมายถึง การใส่ใจปัจจุบันขณะด้วยใจเป็นกลาง มีลักษณะคือ เปิดกว้าง มีเมตตา ความรัก และเป็นมิตร (Kabat-Zinn, 2009 อ้างอิงใน อรรพรรณ ศิลปะกิจ, 2558) วัดโดยแบบประเมินสติ พัฒนาโดยอรรพรรณ ศิลปะกิจ (2559)

เมตตาต่อตนเอง หมายถึง การตระหนักรู้ถึงประสบการณ์ในแง่ลบที่ตนเองมี โดยไม่หลีกเลี่ยง บิดเบือน ปฏิเสธ หรือตัดสินตีความ หากแต่เข้าใจว่าประสบการณ์เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ อันส่งผลให้บุคคลปฏิบัติต่อตนเองเพื่อบรรเทาความทุกข์ด้วยความเมตตา วัดโดยแบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต (2558)

เมตตาต่อคนอื่น หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นจากการใส่ใจในความรู้สึกของผู้อื่น ความทุกข์ยากลำบากที่ผู้อื่นต้องประสบ รวมถึงการเปิดใจกว้าง ยอมรับ ไม่ตัดสิน ไม่ทับถมในความผิดพลาดที่ผู้อื่นได้กระทำลงไป (Neff, 2004 อ้างอิงใน สุทธิดา จันทร์ก๊าด, 2557) วัดโดยแบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต (2558)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานที่มีต่อความรุนแรงการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขัง พบ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

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

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

คำที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในภาษาอังกฤษมีหลายคำ เช่น suicide attempt parasuicide และ deliberate self-harm ที่นิยมทั่วไปมักใช้คำว่า suicide attempt ซึ่งหมายถึงบุคคลได้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ 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 แต่มีหลักฐานจำนวนมากของอัตราขั้นต่ำที่ระบุและ

รักษาโรคทางจิตเวช ผู้ต้องขังยังคงมีความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง การก่อความรุนแรง และการถูกให้เป็นเหยื่อ และมีงานวิจัยที่ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่สามารถแก้ไขได้ การรักษาโรคทางจิตเวชที่มีคุณภาพสูงในผู้ต้องขังค่อนข้างมีจำกัด แม้มีการนำโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ แต่ไม่ครอบคลุมต่อความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพจิตใจที่แตกต่างกันเมื่อพิจารณาในแง่เพศและอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

การฆ่าตัวตายมักเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตในราชทัณฑ์ เป็นสาเหตุอันดับที่ 3 ของการตายในเรือนจำของสหรัฐอเมริกา และอันดับที่ 2 ในคุก อัตราอยู่ระหว่าง 18 ถึง 40 ต่อ 100,000 ประชากร ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คุกและเรือนจำถือเป็นที่จัดไว้ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย พบปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง การถูกจำคุกเป็นสถานการณ์เครียดที่ส่งผลแม้แต่กับโทษที่สุขภาพดี เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่กีดกันบุคคลสำคัญของชีวิตออกไป (Gupta & Girdhar, 2012) ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และความรู้สึกไม่มั่นคงเกิดขึ้นได้

ในขณะเดียวกัน มีการศึกษาอิทธิพลทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการทำร้ายรุนแรงจนใกล้เสียชีวิตในผู้ต้องขังหญิง (Marzano, Hawton, Rivlin, & Fazel, 2011) ในเรือนจำปิด ประเทศอังกฤษและเวลส์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังหญิง 60 คน ซึ่งเพิ่งทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิต (กลุ่มทดลอง) และ 60 คนที่ไม่ได้ทำร้ายตนเองจนถึงใกล้ตาย (กลุ่มควบคุม) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทางสังคมและประชากร อาชีววิทยา สถานการณ์ในชีวิตและการบาดเจ็บทางใจในวัยเด็ก การแสดงออกถึงพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ทำร้ายตนเองจนถึงใกล้เสียชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและบุคลิกลักษณะทางจิตวิทยา การศึกษาพบว่า ปัจจัยทางสังคมและประชากรมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิต ส่วนการถูกคุมขังแบบขังเดี่ยว และการรายงานถึงประสบการณ์ทางลบในการจำคุกมีความสัมพันธ์สูง ด้านการบาดเจ็บทางใจในสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบันและอดีต รวมถึงรูปแบบที่แตกต่างกันของการถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองจนเกือบเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับประวัติการฆ่าตัวตายของครอบครัวและมีคะแนนสูงจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และความไม่เป็นมิตร (hostility) และการเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าการดูแลที่ให้ความสำคัญถึงปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งที่จำเป็นที่ต้องใช้ในเรือนจำ มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเสนอความคิดเห็นเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังหญิง ว่าควรให้ความสำคัญกับความต้องการที่หลากหลายในผู้ต้องขังหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ทั้งควรมีการ

ดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคมแบบผสมผสานแก่ผู้ต้องขังหญิงที่ถูกทารุณกรรมและสูญเสียบุคคลที่รัก โดยเริ่มจากการปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง และลดการกลั่นแกล้งในเรือนจำ

เช่นเดียวกับผลการศึกษาศาเหตุส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังชาย ของ Rivlin et al (2013) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายและประชากรกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการศึกษาแบบ a matched case-control interview study กับผู้ต้องขังชาย 60 คน ซึ่งพยายามฆ่าตัวตายจนใกล้เสียชีวิตในเรือนจำ (กลุ่มศึกษา) และผู้ต้องขังชายอีก 60 คนที่ไม่เคยกระทำมาก่อน (กลุ่มเปรียบเทียบ) โดยเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง การเห็นคุณค่าแห่งตน (self-esteem) หุนหันพลันแล่น พฤติกรรมก้าวร้าว ความเป็นมิตร (hostility) การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เหตุการณ์ในชีวิตที่รวมถึงสถานการณ์ที่เกิดในเรือนจำ การสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม ใช้การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (univariate and multivariate models) พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิตในผู้ต้องขัง เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าในด้านภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หุนหันพลันแล่น และความก้าวร้าว และคะแนนต่ำในด้านการเห็นคุณค่าแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (p -values < 0.001) ส่วนปัจจัยเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์และประวัติอาชญากรรมมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิต เช่นเดียวกัน และปัจจัยด้านประสบการณ์การติดคุกก่อนหน้านี้และการถูกกลั่นแกล้งในเรือนจำมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรวมถึงปัจจัยเสี่ยง (vulnerability factors) ปัจจัยทางคลินิก และประสบการณ์การจำคุก และการได้คะแนนต่ำในด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ต่อมาในปี 2016 Marzano และคณะ (Marzano et al., 2016) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายที่ใกล้เสียชีวิตในผู้ต้องขัง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษาถึงข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการฆ่าตัวตาย และจุดเริ่มต้นของการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสังเคราะห์ถึงผู้ต้องขังที่พยายามฆ่าตัวตายจนใกล้เสียชีวิต พิจารณาถึงผลกระทบต่อนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแนวทางที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ในบริบทของการวิจัยอื่นๆ ในการดูแลและรูปแบบอื่นๆ วิธีการศึกษา สืบค้นบรรณานุกรม 2 ฐานข้อมูลที่ศึกษาผู้ต้องขังที่ทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงจนใกล้เสียชีวิต ในทุกภาษา ช่วงปี 2000-2014 ดึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเชิงพรรณนา ข้อมูลไม่สามารถวิเคราะห์แบบ meta-analysis เนื่องจากการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งกลุ่มตัวอย่างและวิธีการ ผลการศึกษา พบว่ามีเพียง 8 เรื่องที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังที่พยายามทำร้ายตนเองจนใกล้เสียชีวิตกับปัจจัยโดยเฉพาะ รวมถึงประวัติก่อนหน้านี้ ความเกี่ยวข้องกับเรือนจำ และปัจจัยทางคลินิก รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวช การกระทบกระเทือนทางจิตใจ การแยกตัวเองออกจากสังคม และการกลั่นแกล้ง ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญใน

รายงานของผู้ต้องขังที่ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย (นำเสนอใน 4 การศึกษา) สรุปได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงของผู้ต้องขัง รวมไปถึงปัจจัยทางคลินิก จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม ข้อเสนอแนะให้เน้นปัจจัยเหล่านี้เพื่อที่จะปรับปรุงการค้นหา การจัดการและการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

ในปีต่อมา มีการศึกษาถึงขั้นตอนที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และความคิดที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังของ Favril et al. (2017) เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey design) หาความสัมพันธ์ของความคิดที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ขณะถูกจองจำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังชาย 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 การมีประสบการณ์พบเห็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยเด็ก และได้คะแนนต่ำในด้านการรับรู้ว่าเป็นอิสระหรือการเป็นตัวของตัวเอง ความรู้สึกปลอดภัยและการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multivariate regression analysis) ช่วงระยะเวลาแรกของการจำคุกและถูกตัดสินจำคุก (≤ 12 เดือน) มีความเกี่ยวข้องกับโอกาสในการคิดที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยรวมแล้ว พบว่าการวิจัยเน้นความสำคัญถึงปัจจัยเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการติดคุกที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในนักโทษ และด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นถึงวิธีการที่หลากหลายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในบริบทของเรือนจำ นอกจากนี้ การเตรียมการดูแลสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งเป็นเป้าหมายที่จะปรับระบบการปกครองในเรือนจำ เพื่อให้เป็นการป้องกันที่เป็นรูปธรรมสำหรับการจัดการและการคงอยู่ของความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงนี้ ผู้ศึกษาสรุปตาม 4 ปัจจัย ดังนี้

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

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

ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (perpetuating factors) ได้แก่ การถูกตัดสินใจโทษที่ระยะเวลานาน ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความเครียดต่อสถานการณ์ที่ถูกกักขัง และความต้องการจากบุคคลที่ตนรักและผูกพัน

ปัจจัยคุ้มครอง (protective factors) ไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยคุ้มครองในผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เด่นชัด

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง โดยการประเมินถึงความคิดฆ่าตัวตาย แผนการฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และประวัติสำคัญอื่นๆ รวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน

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

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) พัฒนาโดยศาสตราจารย์ ดร.จอห์น คาเบต-ชินน (1979 อ้างอิงใน ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) โดยผสมผสานการฝึกสติ การตระหนักรู้ถึงร่างกาย และโยคะ เพื่อช่วยให้มีสติเพิ่มขึ้น ต่อมามีการพัฒนาแนวคิด Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดตามแนวคิด cognitive behavior therapy (CBT) ร่วมกับการฝึกสติเพื่อให้รับรู้หรืออวสานต่อการรับรู้ถึงความคิด อัตโนมิติและความรู้สึกต่างๆ ช่วยให้อยอมรับได้ดีขึ้น และไม่เข้าไปยึดติดจนเกิดปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้นๆ พบว่ามีการวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่า MBCT สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ถึง 50% (Ma & Teasdale, 2004 as cited in Kuyken et al., 2010) แนวคิด Acceptance and commitment therapy (ACT) ใช้วิธีผสมผสานการยอมรับและการมีสติ ร่วมกับการให้สัญญาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ และ Dialectical behavior therapy (DBT) เป็นแนวคิดที่นำการปฏิบัติตามหลักกรรมฐานของนิกายเซน มาใช้ในการบำบัดผู้ที่เป็น borderline personality disorder เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำโปรแกรมสติบำบัด หรือ Mindfulness based therapy and counselling (MBTC) ซึ่งพัฒนาโดยนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) โดยนำหลักของพุทธธรรม แนวคิด Buddhist counseling ของกรมสุขภาพจิต แนวคิด MBCT และ Mindfulness Self-Compassion ร่วมกับกระบวนการ

ทางจิตวิทยา มาใช้ในการพัฒนาเป็นคู่มือสติบำบัดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 สามารถนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยทั้งที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และสุขภาพกาย รวมถึงเป็นการพัฒนาจิตสำหรับผู้สนใจทั่วไป

วิธีการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน

กลุ่มความผิดปกติทางจิตเวชที่ได้รับความสนใจในการใช้สติบำบัด ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต ในลักษณะที่เป็นผลจากความทุกข์โดยตรง ได้แก่ กลุ่ม Adjustment disorder ภาวะ เครียด และวิตกกังวล ที่เกิดจากปัญหาการงาน ครอบครัว ชีวิตสมรส การเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะเรียกกระบวนการในการช่วยเหลือกลุ่มนี้ว่า “การให้การปรึกษา” หรือ “การทำจิตบำบัด” ส่วนอีกกลุ่มหนึ่ง เกิดจากปัจจัยทางกาย ได้แก่ พันธุกรรม ร่วมกับการปรับตัวด้านสังคมจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า มีการนำสติบำบัดไปใช้ในลักษณะของการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และโดนในระยะหลัง มีการวิจัยว่าสติบำบัดใช้ได้ดีกับผู้ป่วย PTSD และผู้ป่วยติดสารเสพติด เน้นในการบำบัดผู้ที่มีแนวโน้มเป็นคนที่ใช้เหตุและผล และต้องการการบำบัดรักษาด้วยการพัฒนาดตนเองมากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว

โปรแกรมสติบำบัด มีการประยุกต์ใช้พุทธธรรมใน 2 ระดับ คือ

1. ใช้ในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด เนื่องจาก Therapeutic relationship เป็นเสาหลักของการบำบัด ดังนั้นการที่ผู้บำบัดพัฒนาจิตตามแนวพุทธ ดังที่กล่าวข้างต้น ก็จะช่วยให้การบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ใช้หลักและวิธีการของพุทธธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดด้วย ซึ่งปัจจุบันมีหลายวิธี ซึ่งอาจจะแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 2.1 ใช้หลักพุทธธรรมในการสร้างความเข้าใจและความตระหนักในตนเอง ซึ่งสามารถทำได้ในหลายลักษณะ เช่น การตั้งคำถามให้คิดและ/หรืออธิบายให้เข้าใจ โดยการใช้ Metaphor ในลักษณะของเรื่องเล่าหรือกิจกรรมที่ทำให้ได้คิด ในการสร้างความเข้าใจเหล่านี้บางเรื่องก็ใช้เพื่อเป็นหลักสำคัญของการบำบัด ในขณะที่บางเรื่องจะใช้เพื่อจูงใจให้ปฏิบัติในลักษณะอื่นๆ หรือเพื่อส่งเสริมให้ปฏิบัติธรรมแล้วนำกลับมาเชื่อมโยงกับการทำจิตบำบัดต่อไป

- 2.2 ใช้สมาธิเป็นวิธีการในการสร้างความสงบ ลดความวิตกกังวล ทำให้สามารถเข้าใจตนเอง และแก้ปัญหาให้ดีขึ้น ในลักษณะเช่นนี้จะมีการฝึกสมาธิในการบำบัดด้วย

- 2.3 ใช้การฝึกสติเพื่อปล่อยวางจากอารมณ์ และความคิดทางลบ เป็นจิตบำบัดแนวที่ใช้สติเป็นฐาน หรือจิตบำบัดแนวพุทธ ที่มีการแพร่หลายมากในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะการฝึกสติ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาจิตในพุทธธรรม ซึ่งรู้จักในชื่อ “วิปัสสนา” มีการดัดแปลงมาใช้ในการทำจิตบำบัดในหลายรูปแบบ เช่น การเพ่งพินิจความรู้สึกบนร่างกายขณะมีอารมณ์ หรือมีความวุ่นทางความคิด และพัฒนาการสังเกตอย่างเป็นกลางและปล่อยวางได้ การฝึกติดป้ายความคิดโดยสังเกตความคิดและความรู้สึก เมื่อพบว่ามีความคิดความรู้สึกใดก็เพียงแต่ให้ระบுகความคิดความรู้สึกนั้นๆ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้น การฝึกมีสติในกิจกรรมที่ทำ เช่น เดิน กิน อาบน้ำ เป็นต้น แนวคิดหลักของการบำบัดลักษณะนี้ ก็คือ ให้เกิดการยอมรับ และปล่อยวางอารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่มีสติ สงบและปล่อยวาง มากกว่าที่จะไปเปลี่ยนแปลงและทำทนายมัน ดังที่ใช้ใน Cognitive Therapy หรือเน้นการค้นหาและเข้าใจต้นตอของความขัดแย้งในจิตใจดังที่ใช้ใน Psychoanalytic Oriented Therapy

การนำแนวทางทางพุทธศาตร์มาใช้ในการบำบัดรักษา ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ได้สรุปไว้ว่า พุทธธรรมที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้และเผยแผ่ เป็นแนวทางการพัฒนาจิตมากกว่าที่จะเป็นศาสนา โดยหลักทางพุทธธรรมมุ่งเน้นที่การพัฒนาจิตเพื่อให้เป็นอิสระจากความทุกข์ การเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นทุกข์อย่างหนึ่ง เป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตตามหลักพุทธธรรม ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยฝ่ายกายที่หันมาฝึกปฏิบัติธรรมเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานใจจากการเจ็บปวดทรมานจากโรคที่สร้างความเจ็บปวด หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนการพัฒนาการด้านวิชาการทางจิตเวชได้เริ่มแบ่งแยกได้ชัดเจนมากขึ้นว่า โรคจำนวนมากมีสาเหตุทางกายร่วมด้วย เช่น ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และพันธุกรรม นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้วยังสามารถใช้ประโยชน์จากพุทธธรรมหรือจากสติบำบัด มารักษาสมดุลทางจิตใจ ซึ่งมีสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนั้นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า การติดสารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ ความเครียด การปรับตัวและโรคทางจิตเวช เป็นผลจากความทุกข์ใจ โดยตรงย่อมได้รับประโยชน์จากพุทธธรรมที่ประยุกต์เป็นสติบำบัด รวมทั้งผู้ที่มีความทุกข์จากโรคทางกาย เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ (NCDs) ซึ่งก็ทำให้เกิดทุกข์ใจ และโรคในกลุ่ม psycho physiologic (psychosomatic)

โปรแกรมสติบำบัดนำไปใช้ได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. **แบบกลุ่ม** เหมาะสำหรับผู้ที่มีความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมเสพติด PTSD ที่อยู่ภายใต้การบำบัดของแพทย์ และสามารถร่วมการบำบัดแบบกลุ่มได้ตามกำหนด
2. **แบบรายบุคคล** เหมาะสำหรับข้อ 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 จัดการกับความวุ่นใจ (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 เป็นการศึกษากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน โดยนำกระบวนการตามคู่มือสติบำบัดดังกล่าว

ลักษณะของสติบำบัดแบบกลุ่มมีโครงสร้างพื้นฐานเช่นเดียวกับกลุ่มบำบัดทั่วไป แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 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

กิจกรรมพื้นฐานในสติบำบัดแต่ละครั้ง จะประกอบด้วย

1. การฝึกจิต โดยเริ่มจากการฝึกสมาธิ การฝึกสติรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย สติรู้ความคิด สติในการปล่อยวาง การประยุกต์ใช้สติกับปัญหาความยุ่งยากต่างๆ และการแผ่เมตตา ตามลำดับ
2. การทบทวนการบ้าน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ทบทวนสิ่งที่ได้ฝึกปฏิบัติในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ตามการบ้านที่มอบให้ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และตอบข้อซักถาม เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน
3. การเรียนรู้เรื่องใหม่ โดยแต่ละครั้งจะมีเนื้อหาเพิ่มขึ้นไปทีละขั้นตาม Core Program ที่กล่าวมาแล้ว
4. การให้การบ้านครั้งต่อไป ทุกครั้งจะมีการบ้าน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เรียนรู้มาแล้วและกิจกรรมที่เรียนรู้ใหม่ในครั้งนั้นๆ

สาระสำคัญของสติบำบัด มีดังนี้

กระบวนการหลัก (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)

ครั้งที่ 1 จัดการกับความว้าวุ่นใจ

ประเด็นสำคัญ

- ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง
- อารมณ์และความเครียดรวมทั้งผลต่อร่างกายและจิตใจ
- สามารถลดความว้าวุ่นใจ

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

- การใคร่ครวญสัมพันธ์ภาพอย่างมีสติ จะช่วยให้เข้าใจสัมพันธ์ภาพตามความเป็นจริงในทางบวก
ยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น

ประเด็นสำคัญ

- ปัญหามากมายเกิดขึ้นจากการสื่อสารทางลบโดยไม่รู้ตัว
- การสื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง ช่วยให้จัดการชีวิตได้ดีขึ้น

ครั้งที่ 7 สติเมตตาและให้อภัย

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 (การติดตามเสพติด และพฤติกรรม การฆ่าตัวตายที่กลับเป็นซ้ำ (Willeams, Duggan, Crane & Fennell, 2006) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ เน้นทบทวนการวิจัยที่ศึกษาการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานในการบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะอารมณ์เครียด ซึมเศร้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำมาใช้ในการพัฒนาจิตแก่ผู้ต้องขัง

การวิจัยของ Himelstein (2011) สนับสนุนหลักฐานว่าโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานในการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ต้องขัง เป็นทบทวนการวิจัยเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานในกลุ่ม

ราชทัณฑ์ โดยคัดเลือกจากการดูแลช่วยเหลือที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐาน 3 แนวทาง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ บทความนี้แสดงให้เห็นว่า วิปัสสนาสมาธิ (Transcendental Meditation) แนวทางการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness-based stress reduction) และการบำบัดด้วยวิปัสสนาเช้า 10 วัน โดยวิทยานิพนธ์ที่เลือกผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบ สรุปโดยภาพรวม การวิจัยสนับสนุนว่าโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานทั้ง 3 รูปแบบ เพียงพอต่อการบำบัดรักษาผู้กระทำผิดทางอาชญากรรม ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางใจ ลดการใช้สารเสพติด และลดการเพิกเฉย (recidivism) ทั้งมีการเสนอแนะว่าโปรแกรมที่ใช้สมาธิเป็นพื้นฐานอาจเป็นโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสมและสนับสนุนการฟื้นฟูทางใจแก่ผู้ต้องขัง

ต่อมาปี 2012 Himelstein, Hastings, Shapiro และ Heery (2012) ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ต้องขังวัยหนุ่มชาย 23 คน ซึ่งเข้าร่วมการบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 10 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างทันทีภายหลังสิ้นสุดการบำบัด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา 6 ขั้นตอนในการระบุหัวข้อหลักที่ได้จากในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พบว่าส่งผลใน 4 รูปแบบ คือ ความรู้สึกเป็นสุขภายใน การควบคุมตนเอง การตระหนักรู้ และทัศนคติในการยอมรับการรักษาเพิ่มขึ้น สรุปได้ว่า ผลการศึกษาสนับสนุนให้การบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ในการรักษาและมีแนวโน้มในการเพิ่มศักยภาพแก่ผู้ต้องขังที่เป็นเยาวชน ส่วนผลทางคลินิกควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ในช่วงปีเดียวกัน มีการศึกษาถึงแนวทางในการดูแลฟื้นฟูจิตใจแก่ผู้ต้องขัง โดย Perelman et al. (2012) พบว่าความแออัด รวมไปถึงการเพิ่มจำนวนของผู้ต้องขังมีผลต่อจิตใจในระยะเวลายาวนาน ทำให้ระบบราชทัณฑ์พยายามค้นหาวัฏกรรมและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ พบว่ามีศาล 2-3 แห่งที่ใช้การฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียด ความขัดแย้งในใจและการละเมิดกฎ โดยการประเมินผลทางจิตวิทยาและพฤติกรรมต่อการฝึกวิปัสสนาสมาธิ (Vipassana Meditation: VM) อย่างเข้มข้น 10 วัน ในการบำบัดรักษาในคุกที่มีความปลอดภัยสูงสุด เป้าหมายและการฝึกวิปัสสนาสมาธิ สอดคล้องกับวิธีการที่ใช้หลักฐานเป็นพื้นฐาน (evidence-based methods) เช่น การรักษาด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) และหลักการ Risk-Need-Responsivity (RNR) ซึ่งเป็นแนวทางการประเมินและการรักษาผู้กระทำผิดกฎหมาย ที่เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในงานด้านอาชญากรรม ให้ความสำคัญกับจัดประเภทการบริการที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ ขั้นตอนการพัฒนาและศักยภาพของเยาวชนแต่ละราย (RNR principles) ตลอดจนแนวคิดใหม่ๆ เช่น รูปแบบชีวิตที่ดี (the Good Lives Model) ผู้กระทำผิดที่ต้องโทษระยะยาวถูกติดตามผลมากกว่า 1 ปี ประกอบด้วย 3 กลุ่มที่ผ่านการบำบัดมาในช่วงเวลาเดียวกัน (n=60) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการรักษาแบบทางเลือก (n=67) เครื่องมือที่ใช้วัดก่อนการรักษาประเมินระดับสติ ความ

โกรธ ความฉลาดทางอารมณ์ และภาวะทางอารมณ์ (mood states) นอกจากนี้ ยังมีบันทึกพื้นฐานเกี่ยวกับการละเมิดกฏของเรือนจำ เวลาที่ถูกแยกขัง และการเข้ารับการตรวจสุขภาพ ผู้ที่เข้าร่วมการฝึกวิปัสสนาสมาธิได้รับการเพิ่มระดับของสติและความฉลาดทางอารมณ์ ลดความผิดปกติทางอารมณ์ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งอัตราการแสดงพฤติกรรมการละเมิดกฏลดลงเมื่อติดตามผล 1 ปี ส่วนผลทางคลินิก ผู้ที่เข้าร่วมวิปัสสนาสมาธิยึดมั่นต่อสัญญาที่จะควบคุมตนเองและการกระทำที่หุนหันพลันแล่น และอุปสรรคอื่นที่ผู้ต้องขังจะต้องปรับตัวและกลับสู่ชุมชน ซึ่งผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการศึกษาถึงผลของวิปัสสนาสมาธิ (VM) ในกลุ่มที่กระทำความผิดที่หลากหลายมากขึ้น

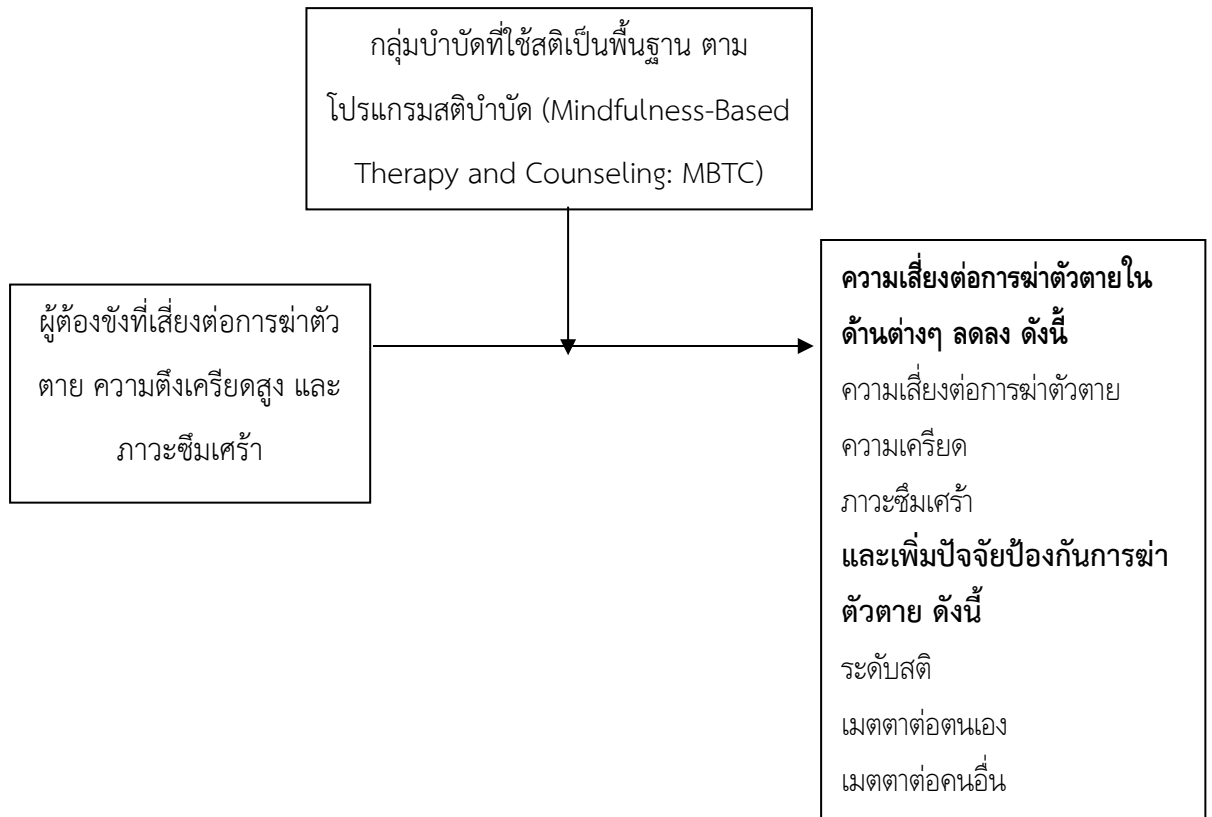
ในการศึกษาของ Ferszt et al. (2015) มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดในเรือนจำของผู้ต้องขังหญิง ซึ่งมีประวัติบาดแผลทางใจ ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด การได้รับความเครียดจากการถูกกักขัง และแยกจากลูก ครอบครัวและบุคคลสำคัญ พบว่าผู้ต้องขังหญิงจำนวนมากมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาในการนอนเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลทางลบเหล่านี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการหาประสิทธิภาพของการบำบัดที่ไม่ใช้ยา เป็นการศึกษาสำรวจทดสอบถึงผลของโปรแกรมที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 12 สัปดาห์ต่อความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและการนอนของผู้หญิงที่เข้าร่วมได้ครบตามโปรแกรม 33 คน ในกลุ่มที่หนึ่ง ผู้หญิงมีการรับรู้ความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะติดตามผลการบำบัดเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัด

ต่อมาในปี 2017 Auty et al. (2017) นำเสนอผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบ meta-analyses เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกโยคะและนั่งสมาธิในเรือนจำที่สัมพันธ์ต่อสุขภาพและการปรับปรุงการทำหน้าที่ของผู้ต้องขังเพิ่มขึ้น การสืบค้นครอบคลุมการวิจัยเชิงประจักษ์ที่ดำเนินถึงเดือนธันวาคม 2014 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกโยคะและสมาธิในเรือนจำครบถ้วนรับรู้ถึงสุขภาพทางใจดีขึ้นเล็กน้อย (Cohen's $d = 0.46$, 95% confidence interval [CI] = [0.39, 0.54]) และมีการปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานที่ของพวกเขาเล็กน้อย (Cohen's $d = 0.30$, 95% CI = [0.20, 0.40]) ผู้ศึกษาชี้ให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างโปรแกรมที่ใช้เวลายาวนานและความเข้มข้นลดลง เมื่อเทียบกับโปรแกรมที่ระยะเวลาสั้นกว่าและความเข้มข้นมากกว่าสำหรับสุขภาพทางใจ โปรแกรมที่มีระยะเวลานานและมีผลทางบวกมากขึ้นเพียงเล็กน้อยกับพฤติกรรมการทำงานที่ ($d = 0.424$) เมื่อเทียบกับโปรแกรมที่มีความเข้มข้นมากกว่า ($d = 0.418$) โดยรวมแล้ว หลักฐานแสดงให้เห็นว่าโยคะและสมาธิมีผลดีต่อผู้ต้องขัง

Derlic (2020) สรุปว่า กิจกรรมที่ใช้สติช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าใจตนเอง ค้นพบบทบาทหน้าที่ตามเพศสภาพของตน เรียนรู้ที่จะหลุดพ้นหรือปล่อยวางพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรม (Crichlow & Joseph, 2015) โดยพบการศึกษาเกี่ยวกับการมีสติว่า ทำให้ผู้ต้องขังมีความรุนแรง ความก้าวร้าวและความโกรธลดลง รวมถึงความตระหนักรู้ในตนเองและมีแรงบันดาลใจเพิ่มขึ้น (Parkum & Stultz, 2000) นอกจากนี้ การวิจัยแสดงให้เห็นว่า การฝึกสติสามารถลดทอนต่อการความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกัน มีเป้าหมายการรักษาที่ยืดหยุ่นกว่า และลดความรู้สึกผิดที่ต่ำกว่าโปรแกรมการรักษาแบบดั้งเดิม (Teasdale et al., 1995) Ruedy และ Schweitzer (2010) พบว่าคนที่มีความมีสติมีแนวโน้มที่จะประพฤติตนอย่างมีจริยธรรม รักษามาตรฐานด้านจริยธรรม และมีหลักการในการตัดสินใจ นอกจากนี้ Shapiro และคณะ (2012) ค้นคว้าถึงผลต่อการลดความเครียดโดยใช้สติ พบว่าผู้ต้องขังมีการทำงานทางจิตที่ดีขึ้น ทั้งพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ต้องขังใช้ในการทำสมาธิมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอย่างมีสติ (mindful attention) โดยสรุปแล้ว การค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า การลดความเครียดจากการฝึกสติเป็นการเอื้อต่อการใช้เหตุผลทางศีลธรรมและการตัดสินใจในผู้ที่เข้ารับการบำบัดได้ การมีสติยังมีผลทั้งด้านจิตใจและทางสรีรวิทยา โดยประโยชน์ทางจิตวิทยา คือ ประโยชน์ในการช่วยเพิ่มการทำงานของ การรับรู้และความคิดสร้างสรรค์ (cognitive functions and creativity) เช่น ความตั้งใจและสมาธิ ความภูมิใจในตนเอง การทบทวนตนเอง การเอาใจใส่ และการทำงานระหว่างบุคคล (Shapiro et al., 2012) ประโยชน์ทางสรีรวิทยา คือ ประโยชน์ในการปรับระบบภูมิคุ้มกัน การปรับเปลี่ยนคอร์ติซอล และเพิ่มการไหลเวียนเลือด และสรุปผลของการวิจัยนี้ว่าการลดความเครียดโดยใช้สติสามารถลดความเครียดและซึมเศร้า ขณะเดียวกัน ช่วยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ที่เข้ารับการฝึก ในปีต่อมา Milani และคณะ (2013) พบว่าการบำบัดด้วยสติมีประสิทธิผลในการลดความก้าวร้าวของวัยรุ่นที่กระทำความผิด ทั้งเพิ่มสมาธิจดจ่อ (concentration) การไม่ตัดสิน (nonjudgement) และการยอมรับ (acceptance)

จากวรรณกรรมและการวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษานำทางในการส่งเสริม 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

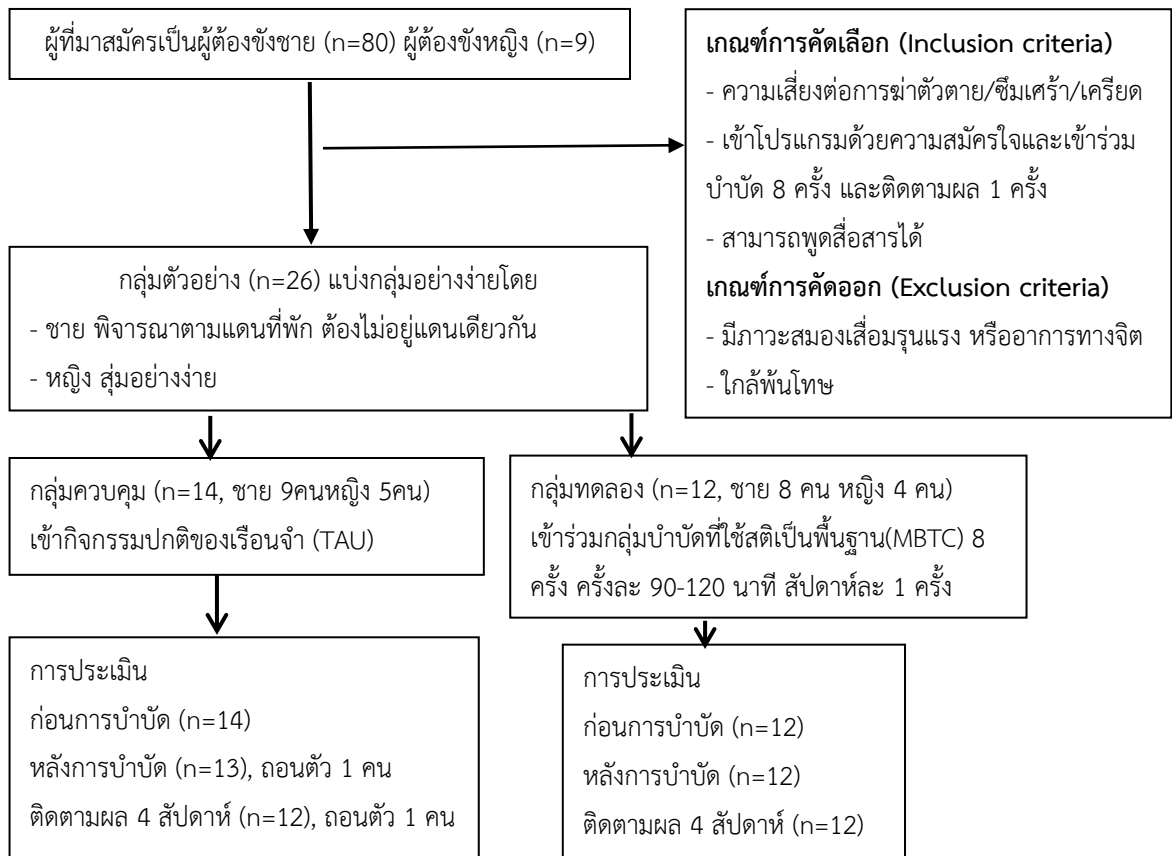
เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 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 และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกในเรือนจำ 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 ชีวิตต้องเดินหนา (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว)

การพัฒนาคุณสมบัติของผู้วิจัยในการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน

การพัฒนาคุณสมบัติของผู้วิจัยในการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดทางจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะทางด้านการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (MBTC) ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาคุณสมบัติดังกล่าวเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ศึกษาได้รับการอบรมสติบำบัด ผ่านการรับรองเป็นผู้บำบัด (Certify) เป็นผู้บำบัดเบื้องต้นปีพ.ศ. 2559 และได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ 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 ประกอบด้วยเพศ อายุสถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนาที่ต้องโทษ ระยะเวลาของการจำคุก ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ประวัติการใช้สารเสพติด การฝึกสมาธิ/ วิปัสสนา

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 75.68 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.37 ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ มีทั้งหมด 9 ข้อ 27 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนน < 7 คะแนนหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ประเมินผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายมีทั้งหมด 8 ข้อ 52 คะแนน โดยเกณฑ์ 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง >17 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ข้อจำกัดในการใช้คือข้อที่ 1-7 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเท่านั้น ข้อที่ 8 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา

4) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2538) มีค่าความไวร้อยละ 70.4 ความจำเพาะร้อยละ 64.6 ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 มีทั้งหมด 20 ข้อ 60 คะแนน แต่ละข้อมี 0-3 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึงเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก 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
มิติอัตโนมัติ	หมวดจิต	ข้อที่ 5 6	หมวดธรรม ข้อที่ 8 9 10

การแปลผลข้อคำถาม 9 - 15 เป็นข้อที่มีทิศทางลบ ต้องกลับทิศของคะแนนก่อน

6) แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง (Neff, 2003.) แปลเป็นไทยโดยทีมที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต (2558) มี 12 ข้อ ข้อที่เกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง ได้แก่ 2, 6 การตัดสินใจตัวเอง 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 การตัดสินใจตัวเอง ความโดดเดี่ยว และการสรุปเกินจริง (ได้แก่ 1-5, 2-4, 3-3, 4-2, 5-1) การแปลผลโดยการหาค่าเฉลี่ยของทั้งฉบับ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน หลังและติดตามผล

7) แบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น (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) การคิดคะแนนรวม ให้ใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละหมวดย่อย (หลังจากกลับคะแนนแล้ว) และคำนวณหาค่าเฉลี่ยรวม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน หลังและติดตามผล

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) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบสิทธิ ดังนี้

1. ได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งโปรแกรมการบำบัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการดูแลจิตใจด้วยวิธีอื่นซึ่งมีผลดีรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านจะได้รับ
6. ได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. มีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ สามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
10. มีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่อยู่ภายใต้อำนาจของผู้คุม หรือผู้ดูแลเรือนจำ และจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำ

และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่

001/2560 วันที่ 20 กรกฎาคม 2560

บทที่ 4

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มี 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 24-66 ปี (เฉลี่ย 38.2 ± 12.5 ปี) ส่วนใหญ่เป็นโสด มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บ ต้องโทษด้วยคดียาเสพติด ระยะเวลาที่เหลื่อในการถูกขังเฉลี่ย 18 ปี 1 เดือน มีความเครียดระดับมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง 4 คน เล็กน้อย 2 คน และกลุ่มทดลอง 12 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 24-44 ปี (เฉลี่ย 33.9 ± 6.3) ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา เป็นโสด มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเก็บ คดียาเสพติด ระยะเวลาที่เหลื่อในการถูกขัง เฉลี่ย 12 ปี 5 เดือน มีความเครียดระดับมาก ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อย ความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 คน ปานกลาง 2 คน เล็กน้อย 4 คนดังตารางที่ 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
ฉ้อโกง	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
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)		
รุนแรง	-	2
ปานกลาง	4	2
เล็กน้อย	2	4
ไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	6	4

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 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 (11.84)
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)
ความเสี่ยงต่อ	กลุ่มทดลอง	10.58 (12.87)	5.25 (14.89)	0.33 (1.16)
การฆ่าตัวตาย	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 พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากับกลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเช่นเดียวกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลง จากภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในระยะหลังการทดลอง เป็นไม่พบภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนลดลงในระยะหลังการทดลอง และเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล แต่ยังคงอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

ด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตายปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเล็กน้อย โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองลดลงเหลือระดับ

ความเสี่ยงเล็กน้อยเท่ากับกลุ่มควบคุม และลดลงเป็นไม่มีความเสี่ยงหรือเสี่ยงต่ำตายน้อยมาก โดยที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่ำตายนี้อยู่ในระดับเล็กน้อย ในระยะติดตามผล

ส่วนระดับสติ พบคะแนนเฉลี่ยของระดับสติก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับสติค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับสติลดลงในระยะหลังทดลองและเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล

ความเมตตาต่อตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นในระยะหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล

ความเมตตาต่อผู้อื่น พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง แต่ลดลงในระยะติดตามผล

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.3 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 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
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	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

ตาราง 4.3 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann – Whitney – Test (ต่อ)

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (2-tailed)
คะแนนความเครียด			-0.638	.524
กลุ่มควบคุม	12	13.42		
กลุ่มทดลอง	12	11.58		
คะแนนภาวะซึมเศร้า			-0.725	.468
กลุ่มควบคุม	12	13.52		
กลุ่มทดลอง	12	11.46		
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย			-1.230	.219
กลุ่มควบคุม	12	10.79		
กลุ่มทดลอง	12	14.21		
คะแนนระดับสติ			-0.116	.908
กลุ่มควบคุม	12	12.67		
กลุ่มทดลอง	12	12.33		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง			-0.116	.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 ความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้ Nonparametric test ชนิด Mann – Whitney – Test ได้ค่า Z = -0.638, -0.725, -1.230, -0.116, -0.116 และ -1.502 ตามลำดับ ค่า p (2-tailed) = .524, .468, .219, .908, .908 และ .133 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทุกด้าน ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 1

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาผู้อื่นสูงขึ้น หลังการทดลอง

ตาราง 4.4 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาผู้อื่น 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	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ก่อนการทดลอง	10.58	12.87	
	หลังการทดลอง	5.25	14.89	
ระดับสติ	ก่อนการทดลอง	50.00	2.70	
	หลังการทดลอง	53.00	7.70	
เมตตาต่อตนเอง	ก่อนการทดลอง	37.42	5.79	
	หลังการทดลอง	38.42	7.90	
เมตตาต่อผู้อื่น	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		

ตาราง 4.4 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests (ต่อ)

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2- tailed)
คะแนนความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย (หลัง-ก่อน)				-1.970	.049*
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	6	32		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	2	4		
คะแนนระดับสติ (หลัง-ก่อน)				-1.160	.246
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	3	20		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	8	40		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง (หลัง-ก่อน)				-.045	.964
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	32.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	33.50		
คะแนนเมตตาต่อผู้อื่น (หลัง-ก่อน)				-.981	.327
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	26.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	7	51.50		

จากตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed – Ranks Tests พบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ค่า $Z = -1.970$ ค่า $p (2\text{-tailed}) = .049$ น้อยกว่า .05 นั่นคือ หลังการทดลอง ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.5 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น 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
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	หลังการทดลอง	5.25	14.89
	ติดตามผล	0.33	1.16
ระดับสติ	หลังการทดลอง	53.00	7.70
	ติดตามผล	53.92	6.16
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		
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ติดตาม-หลัง)				-1.604	.109
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	3	6		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	0	0		
คะแนนระดับสติ (ติดตาม-หลัง)				-.411	.681
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	5	23.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	5	31.50		

ตาราง 4.5 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests (ต่อ)

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2- tailed)
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 ภายหลังจากทดลองในระยะติดตามผล ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ลดลง และมีความเมตตาต่อตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 เพียงบางส่วน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และระดับสติ เมตตาต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ภายหลังจากทดลองกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 4.6 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น 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

ตาราง 4.6 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann – Whitney – Test (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง		ค่าเฉลี่ย	SD
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	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		
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย			-0.395	.693
กลุ่มควบคุม	12	12.96		
กลุ่มทดลอง	12	12.04		
คะแนนระดับสติ			-1.157	.247
กลุ่มควบคุม	12	10.83		
กลุ่มทดลอง	12	14.17		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง			-0.203	.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 หลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	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

ตาราง 4.7 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests (ต่อ)

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

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

ตาราง 4.8 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น 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
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	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		
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ติดตาม-หลัง)				-1.355	.176
	ตำแหน่งที่เป็นลบ	4	12.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	1	2.50		
คะแนนระดับสติ				-.118	.906
(ติดตาม-หลัง)	ตำแหน่งที่เป็นลบ	6	37.50		
	ตำแหน่งที่เป็นบวก	6	40.50		

ตาราง 4.8 ผลการทดลองคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Tests (ต่อ)

		จำนวน (คน)	Sum of Ranks	Z	ค่า p (2-tailed)
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 พบว่าคะแนนทั้ง 6 ด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 5

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6

สมมติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนระดับสติ เมตตาต่อตนเอง เมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล

ตาราง 4.9 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น 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
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	0.33	1.16
	กลุ่มควบคุม	2.58	6.13
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	53.92	6.16
	กลุ่มควบคุม	51.08	10.36

ตาราง 4.9 ผลการทดสอบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตา ต่อตนเองและเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann – Whitney – Test (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง		ค่าเฉลี่ย	SD
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			-.491	.623
กลุ่มควบคุม	12	13.21		
กลุ่มทดลอง	12	11.79		
คะแนนภาวะซึมเศร้า			-1.992	.046*
กลุ่มควบคุม	12	15.33		
กลุ่มทดลอง	12	9.67		
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย			-1.156	.258
กลุ่มควบคุม	12	13.58		
กลุ่มทดลอง	12	11.42		
คะแนนระดับสติ			-.493	.622
กลุ่มควบคุม	12	11.79		
กลุ่มทดลอง	12	13.21		
คะแนนเมตตาต่อตนเอง			-.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 เมตตาท่ตนเอง และเมตตาท่ผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann – Whitney – Test มีคะแนนภาวะซึมเศร้า และเมตตาท่ผู้อื่น ได้ค่า $Z = -1.992$ และ -2.080 ค่า p (2-tailed) = .046 และ .038 ซึ่งมากกว่า 0.05 นั่นคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง และความเมตตาท่ผู้อื่นสูงขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาท่ตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 6 บางส่วน

ตารางที่ 4.10 แสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
สมมติฐานการวิจัยที่ 1	
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ เมตตาท่ตนเอง เมตตาท่ผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 2	
กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดลดลง และระดับสติ เมตตาท่ตนเองและเมตตาท่ผู้อื่นสูงขึ้น หลังการทดลอง	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 3	
กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาท่ตนเองและผู้อื่น หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน	ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 บางส่วน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
สมมติฐานการวิจัยที่ 4	
กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และระดับสติ เมตตาท่ตนเองและเมตตาท่ผู้อื่นสูงขึ้น 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 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง 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 โดยผู้ต้องขังชายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองต้องไม่อยู่หอนอนของเดียวกัน 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 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบระดับความเครียดสูงกว่าปกติ

ปานกลาง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางในกลุ่มทดลองและเสี่ยงเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง

2. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย 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 ภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย

5. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 5 เพียงบางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความเครียด และภาวะซึมเศร้าลดลง ภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 6 บางส่วน กล่าวคือ ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง และความเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ในระยะติดตามผล กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยไม่พบภาวะซึมเศร้า และมีความเมตตาต่อผู้อื่นสูงขึ้น ส่วนคะแนนด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีผู้อาสาสมัครเข้าร่วมกลุ่มเริ่มต้น 14 คน ออกระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย 2 คน เหลือ 12 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เท่ากับจำนวนกลุ่มทดลองตั้งแต่เริ่มต้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ เป็น

ผู้ต้องขัง 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 ระยะเวลาที่เหลือในการถูกขัง เฉลี่ย 12 ปี 5 เดือน

ส่วนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มควบคุม มีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง 4 คน เล็กน้อย 2 คน ส่วนกลุ่มทดลอง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 คน ปานกลาง 2 คน เล็กน้อย 4 คน ส่วนภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 5 คน เล็กน้อย 4 คน รุนแรง 1 คน และไม่มีภาวะซึมเศร้า 2 คน กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและเล็กน้อย ระดับละ 5 คน ไม่พบภาวะซึมเศร้า 2 คน ส่วนความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก เช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่จะให้อาการที่มารบกวนมากที่สุดทั้ง 2 กลุ่มคือ อาการนอนไม่หลับเนื่องจากคิดมาก หรือกังวลใจ รองลงมาคือ ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย 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

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน เน้นการฝึกสมาธิเพื่อให้ห่างจากความคิด ซึ่งเป็นสภาวะผ่อนคลายอย่างมากทั้งกายและจิต เป็นพื้นฐานทางจิตที่สามารถต่อยอดโดยการฝึกสติ การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน ทำให้สามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน โดยไม่วอกแวกหรือถูกสอแทรกด้วยอารมณ์ จัดการกับชีวิตประจำวัน โดยไม่วอกแวกหรือถูกสอแทรกด้วยอารมณ์ มีสติรู้ภาวะภายนอก (กาย) และภาวะภายใน (จิต) นำไปสู่การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ เรียนรู้ที่จะมีสติรู้เท่าทันความคิด และสามารถปล่อยวางความคิดได้ในที่สุด โดยเฉพาะความคิดที่เป็นลบที่จะนำไปสู่ภาวะตึงเครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)

แม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังเข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (Yoon, Slade and Fazel, 2017; Luoma & Villatte, 2012; Zbizek-Nulph et al., 2017) ที่มีการนำสติไปใช้ในการบำบัดและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย และพบว่าสติเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการทดลองลดลงเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัยที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการฆ่าตัวตายค่อนข้างต่ำตั้งแต่ก่อนการทดลอง เมื่อคะแนนลดลงหลังการทดลองจึงไม่มีความแตกต่างกัน (4.75, 2.58 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าในบางรายในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมาก แต่หากได้รับการช่วยเหลือจะลดลงต่ำได้ อาจมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยรวมของกลุ่มทดลอง ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถอธิบายผลได้ดี นอกจากนี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ไม่ได้เกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว มีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้คนๆ หนึ่งกระทำหรือไม่กระทำการฆ่าตัวตาย แม้ว่าการติดคุกถือว่าเป็นวิกฤติหนึ่งที่รุนแรง แต่ผลกระทบต่อแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง และทักษะในการปรับตัว ถ้าสามารถปรับตัวได้ดี มีความยืดหยุ่นสูง สามารถเรียนรู้จากความผิดหวังได้ จะเป็นปัจจัยปกป้อง ช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ดี รวมไปถึงปัจจัยแวดล้อม การถูกตัดขาดจากแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ความรู้สึกไม่เป็นอิสระ การอยู่ระหว่างการพิจารณาตัดสินโทษ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดที่มากขึ้นและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณาจากรายงานจากกรมราชทัณฑ์พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุกโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำผิดครั้งแรก (รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด, 2561) ดังนั้น ปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือจำนวนครั้งที่ถูกจับและเข้าเรือนจำ ระยะก่อนและหลังศาลพิพากษาช่วงเวลาของการรอการตัดสิน รวมไปถึงระยะเวลาในการถูกตัดสินจำคุก อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัยที่ไม่ได้ควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ การศึกษาครั้งนี้ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานในผู้ต้องขังสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้โดยตรง

เมื่อติดตามนาน 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังได้ แต่อาจต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งในการฝึกฝน ผลการฝึกสติทำให้รู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และเป็นทุกข์ โดยการตีปายและปล่อยวางความคิดลบได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าลดลง ดังคำพูดของผู้ต้องขังชาย วัย 31 ปี ว่า “ตั้งแต่เข้าอบรมนี้ ทำให้จิตใจสงบขึ้น และมีความสุข ไม่เครียดเหมือนแต่ก่อน นอนหลับสบายดี และจะฝึกฝนต่อไปเรื่อย ๆ” ซึ่งพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2558) สรุปไว้ว่าการฝึกสติมีผลทางจิตวิทยาใน

การลดภาวะครุ่นคิดและมีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferszt และคณะ (2015) พบว่าผู้ต้องขังหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติมีคะแนนความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นได้ (ดุขุฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2558) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าการฝึกสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผล ทั้งผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (รินทร์ เชื้อบ้านเกาะ, 2559) และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (กันต์ฤทัย ปานทอง และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, 2561)

เช่นเดียวกับการที่กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความเมตตาต่อผู้อื่น โดยกลุ่มทดลองมีความเมตตาต่อผู้อื่นมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ ในระหว่างกระบวนการบำบัด ผู้ต้องขังที่ฝึกสติอย่างต่อเนื่องสามารถตระหนักถึงอารมณ์ ความคิด สามารถปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบกับคนรอบข้างโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิด ตามแนวคิดของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559) กล่าวไว้ว่าการฝึกสติเมตตา ทำให้สามารถให้อภัยและเมตตาตนเองได้ เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น จากนั้นจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาต่อบุคคลอื่น ช่วยลดความขุ่นเคืองใจกับคนรอบข้าง และทำให้มีจิตใจเปิดกว้าง ซึ่งเป็นขั้นตอนการฝึกสติเมตตา ขั้นตอนนี้มีผลต่อจิตใจสมาชิกกลุ่มมากที่สุด ดังตัวอย่างบันทึกของผู้ต้องขังชายที่บอกเล่าในช่วงการบำบัดว่า "ก่อนเข้ากิจกรรม ในใจผมจะมีความอาฆาตกับคนคนหนึ่งอย่างมาก แต่พอได้เข้ากิจกรรมมาแล้ว ความคิดที่อาฆาตเขาก็เริ่มหายไป ทำให้ใจสบายขึ้น" และผู้ต้องขังหญิงที่บอกความรู้สึกว่า "การไม่โกรธเกลียดแค้นใคร ทำให้จิตใจสงบและไม่เป็นทุกข์ได้" สอดคล้องกับการศึกษาของ Shapiro และคณะ (1998) พบว่านักศึกษาแพทย์ที่เข้าโปรแกรมการฝึกสติสามารถลดความวิตกกังวลและความรู้สึกเป็นทุกข์ และมีความเมตตาต่อผู้อื่นเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกสติ

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นหลังการทดลองทันที ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Perelman และคณะ (2012) ได้ติดตามผู้ต้องขังที่ออกจากเรือนจำที่มีการฝึกสมาธิวิปัสสนาเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามีระดับของสติและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น มีความผิดปกติทางอารมณ์ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากกระบวนการวิจัย พบปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะการพัฒนาจิตตามโปรแกรมที่นำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นการควบคุมจิตใจให้เกิดความสงบและตั้งมั่น ทำให้จิตพักและพร้อมที่จะพัฒนาสมาธิ และสติให้อยู่กับปัจจุบัน จำเป็นต้องทำด้วยความมุ่งมั่น ต้องอาศัยการฝึกฝนเป็นเวลานานพอสมควร ดังนั้น ระยะเวลาของการฝึกสติน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารี นุ้ยบ้านด่าน และคณะ (2552) พบว่าระดับสติของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบการเจริญสติโดยเคลื่อนไหวมือไม่แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วม และให้ข้อสรุปว่าการฝึกเจริญสติเป็นการฝึกปฏิบัติที่ต้องใช้เวลาที่นานและมีความพร้อมทางร่างกายจึงจะมีผลต่อการลดความเครียด

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผลของการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน ส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนระดับสติ ความเมตตาต่อตนเอง

และต่อผู้อื่นสูงขึ้นหลังได้รับการบำบัด แต่ยังไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่อาจมีผลดังกล่าว เช่น คุณภาพของการบำบัด ระยะเวลาในการประเมินผล หรือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น นอกจากนี้มีอีกเหตุผลที่การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มควบคุมได้ผลลัพธ์การศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลองหลังจากการทดลองสิ้นสุดทันที อาจเนื่องจากมีผู้ที่มีอาการรุนแรงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 คนจากกลุ่มควบคุม ขอยุติการเข้าร่วมวิจัย รายแรกออกจากการวิจัยก่อนการประเมินหลังการทดลอง (การประเมินครั้งที่ 2) เป็นเพศหญิง อายุ 35 ปี จากการประเมินก่อนการทดลองพบว่ามีความเครียดระดับสูงกว่าปกติมาก ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และมีระดับสติในระดับต่ำ ซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนรายที่สองออกก่อนการประเมินในระยะติดตามผล เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี มีความเครียดระดับสูงกว่าปกติมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเล็กน้อย ทั้งระยะก่อนและหลังการบำบัด จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรได้ โดยทั้ง 2 คน ให้เหตุผลของการออกเนื่องจากสภาพอารมณ์ที่ตึงเครียด และไม่อยากประเมินแบบทดสอบที่มีจำนวนมาก นอกจากจะทำให้มีกลุ่มตัวอย่างน้อยลงแล้ว ทั้งมีผลต่อคะแนนของกลุ่มควบคุมในภาพรวม

ตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมวิจัยได้ติดตามดูแลผู้ที่ยุติและออกจากโครงการ โดยแจ้งข้อมูลต่อสถานพยาบาลของเรือนจำ เพื่อพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา นอกจากนี้ ให้นักจิตวิทยาในเรือนจำซึ่งเป็นหนึ่งในทีมวิจัย เป็นผู้ทำจิตบำบัดรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง จนอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นระบบปกติที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเรือนจำ ภายหลังจากทำวิจัยเสร็จสิ้น ได้ดำเนินการจัดทำกลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐานสำหรับกลุ่มควบคุม จนความเสี่ยงลดลง และไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายอีก

จากการวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถใช้ในกลุ่มผู้ต้องขังได้ แม้ไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้โดยตรง แต่พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้ โดยต้องใช้เวลาในการฝึกฝนระยะหนึ่ง อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เราควรนำมาพิจารณาเพิ่มเติมคือแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของเรือนจำ จะช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือได้มากขึ้น

กระบวนการกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 จัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)

เป็นการเริ่มต้นของกลุ่มบำบัด เน้นสร้างสัมพันธภาพ ตกลงบริการการเข้ากลุ่ม จากนั้นเริ่มให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด มองได้ว่าอารมณ์และความเครียดจะบดบังสิ่งที่ดีงามของชีวิต เช่น ความรัก ความเมตตา ความเสียสละ ความอดทน การให้อภัย ฯลฯ ซึ่งเราได้รับจากการสัมผัสจากบุคคลที่เรารัก โดยสมาชิกกลุ่มนึกถึงผู้รักและเคารพส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ดังคำพูดของสมาชิกที่ว่า

“พ่อแม่ท่านเป็นคนที่ผมได้อยู่ด้วยแล้วมีความสุข และเคารพผูกพันกับท่านมาก เพราะท่านทั้งสองไม่เคยทิ้งผมและให้โอกาสผมเสมอ ถึงผมจะทำชั่วแค่ไหนท่านก็ยังรักผม” หรือ

“กับคุณแม่ของดิฉัน ท่านดูแลและช่วยบอกช่วยสอนทุกอย่างที่เราไม่เคยรู้มาก่อนในชีวิต แต่เล็กจนโต”

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

จากนั้นเชื่อมโยงถึงการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ดีที่สุดคือ การฝึกสมาธิ โดยเริ่มจากการรับรู้ลมหายใจผ่านปลายจมูก

สิ่งที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถฝึกการทำสมาธิได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เข้าใจถึงประโยชน์ของสมาธิ ว่าสมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจากอารมณ์และความเครียด ช่วยลดอารมณ์และความคิดต่างๆ ที่ สะสมไว้ในจิตใต้สำนึกทำให้ช่วยสามารถรับมือกับความเครียดใหม่ๆ ได้ดีขึ้น ภายหลังจากการฝึกสมาธิ สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จากคำพูดที่ว่า “รู้สึกผ่อนคลาย จิตสงบ” และต้องใช้ความอดทน “รู้สึกสงบสบาย และไม่ได้คิดอะไรในช่วงเวลาหนึ่ง ทำให้รู้สึกสบาย สมอโล่ง” “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 สติในการยืน และเดิน รู้สึกรับรู้ถึงสิ่งที่ทำโดยไม่ถูกสอแทรกด้วยอารมณ์และความเครียด ขั้นตอนนี้ จะเริ่มให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติ โดยสมาชิกเรียนรู้ได้ว่า “สมาธิทำให้จิตสงบ สติทำให้จิตไม่วอกแวก รู้ตัวในสิ่งที่ทำ” เป็นพื้นฐานของการพัฒนาไปสู่ปัญญาภายใน หรือความสามารถในการปล่อยวางได้ โดยให้นำไปฝึกอย่างต่อเนื่อง และวางแผนในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน การบ้านครั้งนี้คือ การฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที ช่วงเช้าและก่อนนอน และฝึกสติ โดยรับรู้ลมหายใจพร้อมกับสิ่งที่ทำ

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึก Body Scan)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าผู้ต้องชังชายทั้ง 8 คน ได้ฝึกสมาธิทุกวันช่วงเย็น ส่วนสมาธิหญิง ได้ฝึกบ้าง แต่มีสมาธิหญิง 1 คนที่ถูกลงโทษให้แยกเดี่ยวบ่อยครั้ง จึงนั่งสวดมนต์และฝึกสมาธิ 3 ชั่วโมง/วัน จากนั้นเรียนรู้สิ่งใหม่ในครั้งนี่คือ การรับรู้ความรู้สึกบนร่างกาย การรับรู้อารมณ์/ความรู้สึกทางใจและปล่อยวางได้ เน้นให้เกิดประสบการณ์เมื่อเกิดอารมณ์ที่รุนแรง จะมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ และปรากฏเป็นความรู้สึกบนร่างกาย ผู้บำบัดใช้ความรู้สึกน้อยในการฝึกการรู้ตัวฝึกให้มีสติในการสังเกต ให้เห็นถึงการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปโดยไม่ต้องไปเกาะติดกับความรู้สึกนั้น นั่นคือการปล่อยวาง เริ่มจากการฝึกการสังเกตความรู้สึกบนร่างกาย หรือ body scan

หลังการฝึก พบว่าสมาธิกลุ่มส่วนใหญ่เกิดประสบการณ์สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ฝึกกับสถานการณ์ที่เกิดอารมณ์ที่ไม่รุนแรง จากคำพูดที่ว่า “รู้สึกเหนื่อยล้า จากความรู้สึกไม่พอใจเพื่อนร่วมห้อง หัวใจเต้นแรง” เปลี่ยนเป็น “รู้สึกผ่อนคลายในอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ได้ดีขึ้น และปรับสภาวะทางความคิด” จากนั้น แต่ใช้สติดูความรู้สึกทางใจหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นบนร่างกาย และเฝ้าสังเกตการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปด้วยจิตที่ปล่อยวางได้ โดยพบสมาธิกลุ่มที่รับรู้ความรู้สึกบนร่างกายจากศีรษะจรดปลายเท้าได้มาก 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 พบว่าสมาธิชายยังคงฝึกสมาธิทุกวัน สมาธิหญิงเพิ่มการฝึกมากขึ้นเป็น 4-5 วัน จากนั้น ฝึกการรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความคิดอัตโนมัติทางลบ พบว่ามีความคิดทางลบตั้งแต่ 0-20 ข้อ แต่ความคิดลบที่สมาธิกลุ่มคิดตรงกันและส่วนใหญ่เกิดขึ้นบ่อยคือ “ฉันอยากไปให้พ้นทางที่นี่” (11 คน) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอึดอัด เบื่อ ไม่เป็นสุข น้อยใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และอยากออกจากคุกมาก จากนั้นฝึกแยกความคิดกับความจริง ให้สังเกตความคิดทางลบส่งผลต่อความรู้สึก และฝึกปล่อยวางความคิด โดยการให้เห็นการเกิดขึ้นของความคิด หรือใช้การตีปายความคิดร่วมด้วย สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง และดับไปของความคิด ไม่ต้องเป็นทุกข์เพราะไปเกาะติดกับความคิดเหล่านั้น

หลังจากฝึกให้ทบทวนชีวิตประจำวัน โดยให้รับรู้ลมหายใจ สมาธิกลุ่มพบว่าทุกคนมีช่วงเวลาที่มีความสุขมากกว่าความทุกข์ในแต่ละวัน มีสมาธิกลุ่มคนหนึ่งสรุปในตอนท้ายว่า “กระทำตามกฎระเบียบของเรือนจำ ไม่กระทำสิ่งใดผิดกฎระเบียบก็พอ เราสามารถอยู่อย่างมีความสุขได้” จากนั้นให้วางแผนการฝึกต่อในกิจวัตรประจำวัน โดยให้การบ้าน การฝึกสมาธิวันละ 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที โดยเริ่มจากสมาธิ 10 นาที การมีสติรู้ทั่วร่างกาย อีก 10 นาที ต่อด้วยการมีสติรู้ ความคิดอีก 10 นาที (5 นาทีแรก ดูความคิดทั่วไป 5 นาที

หลังระลึกถึงเหตุการณ์ยุ่งยากใจของวันที่ผ่านมา 1 เหตุการณ์) ช่วงเช้าหรือก่อนนอน ร่วมกับการฝึกสติในชีวิตประจำวัน โดยรับรู้ลมหายใจพร้อมกับสิ่งที่ทำ

ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธภาพ)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน นอกนั้นฝึกสมาธิอยู่ระหว่าง 2-5 วัน ส่วนใหญ่จะฝึกสติโดยรับรู้ลมหายใจในกิจที่ทำได้ฝึกทุกวัน แต่เน้นฝึกสติในบางกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย ขณะเดินหรือนั่ง ทำงาน รับประทานอาหาร เป็นต้น จากนั้นเรียนรู้ที่จะเข้าใจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพ และผลต่อสัมพันธภาพ ใช้สติในการปล่อยวางความคิดลบ และมองเห็นสัมพันธภาพในแง่มุมใหม่ หลังจากที่นั่งสมาธิ 3 นาที พร้อมกับให้รับรู้ลมหายใจขณะทบทวนความสัมพันธ์พบว่า ส่วนใหญ่นึกถึง สิ่งดีๆ ของเขาที่เรามองข้ามและสิ่งแย่ๆ ที่เรากับเขาแม่ไม่ได้ตั้งใจ จากความรู้สึกที่ไม่ดีในความสัมพันธ์ เปลี่ยนเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น สามารถปรับมุมมอง และเห็นส่วนที่ตนเองทำผิดพลาดไปในความสัมพันธ์

ดังที่สมาชิกกลุ่มคนหนึ่งได้ทบทวนความสัมพันธ์กับเพื่อนว่า “บางทีเราก็คิดไปเอง คิดว่าเขารังเกียจเรา แล้วเราก็ไม่เคยคุยกับเขา ความจริงแล้วเขาไม่เคยรังเกียจเราเลย” หรือความสัมพันธ์กับภรรยาที่เลิกกันแล้วของสมาชิกคนหนึ่งว่า “ความรู้สึกและสามารถรับรู้ความรู้สึกดีๆ ของเขาที่ทำให้เราตลอดเวลาที่อยู่ด้วยกันมา ยังมีความรู้สึกรักและเป็นห่วงเธอและครอบครัวมากยิ่งขึ้น” จากนั้นให้วางแผนการฝึกจิตด้วยสมาธิและสติรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย วันละ 1 ครั้ง 30 นาที โดยเริ่มจากสมาธิ 10 นาที การมีสติรู้ทั่วร่างกายอีก 10 นาที ต่อด้วยการมีสติรู้ความคิดอีก 10 นาที (5 นาทีแรกดูความคิดทั่วไป และ 5 นาทีหลังระลึกถึงเหตุการณ์ยุ่งยากใจของวันที่ผ่านมา 1 เหตุการณ์ โดยเฉพาะกับคนใกล้ชิด) ร่วมกับการมีสติในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน นอกนั้นฝึกสมาธิอยู่ระหว่าง 2-6 วัน แต่ฝึกสติโดยรับรู้ลมหายใจในกิจที่ทำทุกวัน เริ่มมีสมาธิที่ฝึกสังเกตลมหายใจพร้อมกับกิจกรรมทั้งวัน จากนั้น ให้สังเกตถึงปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อย ว่าสื่อสารด้วยคำพูดและภาษาท่าทางที่เป็นลบ ทำให้เกิดปัญหากับบุคคลใกล้ชิด และฝึกการใช้สติในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง ทำให้ได้รับการยอมรับ เกิดความเข้าใจระหว่างกัน และช่วยแก้ปัญหการสื่อสารระหว่างกันได้ดีขึ้น ดังคำพูดของสมาชิกชาย วัย 31 ปี เลือกที่จะทบทวนการสื่อสารกับพี่ชายที่ทะเลาะกันเกือบทุกครั้งพี่ชายมาเยี่ยมที่เรือนจำ หลังกิจกรรมมีมุมมองต่อพี่ชายในทิศทางที่ดีขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “พี่ชายเป็นห่วงผม อยากให้ได้ดี สิ่งผิดพลาดมาแล้วก็จำไว้เป็นบทเรียน อย่าไปทำอีก เริ่มต้นใหม่ คิดใหม่ ทำใหม่ เหมือนเขาเห็นอะไรซักอย่างในตัวผมอยู่”

จากนั้น ให้การบ้าน ฝึกสมาธิ 30 นาที ฝึกสติในกิจวัตรประจำวัน พร้อมกับทบทวนความสัมพันธ์กับผู้อื่นในแต่ละวัน

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกการแผ่เมตตา)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน ส่วนใหญ่ ฝึก 5 และ 4 วัน ตามลำดับ แต่ฝึกสติโดยรู้ลมหายใจรู้ในกิจที่ทำทุกวัน จากนั้นฝึกให้สมาชิกกลุ่มสามารถ เชื่อมโยงสติกับการให้อภัยและเมตตาตนเอง และสามารถเชื่อมโยงสติกับการอภัยและเมตตาผู้อื่นได้ ขณะที่ สติเป็นการรู้อารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์ที่เป็นทุกข์ของตนเอง จนเห็นการเปลี่ยนแปลงและปล่อยวางได้ การให้อภัยและเมตตาตนเองเป็นสภาวะจิตที่ต่อยอดสติ ทำให้เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น จากนั้นจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาคนที่เจาะจง และสรรพสิ่งทั่วไป ช่วยขจัด ความขุ่นเคืองในใจและ ทำให้มีจิตใจที่เปิดกว้าง เป็นกระบวนการที่มีผลต่อจิตใจสมาชิกกลุ่มมากที่สุด ดังคำพูดต่อไปนี้

ผู้ต้องขังหญิง วัย 36 ปี พูดถึงสติเมตตาต่อตนเอง “รู้สึกว่าการที่เราไม่รักตัวเองแล้ว ก็เท่ากับเราฆ่า ตนเองทางอ้อม 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 เหมือนว่าพ่อแม่กอด และทำให้จิตใจสบายขึ้น” ส่วนการฝึกสติเมตตาต่อผู้อื่น พบว่า “ก่อนเข้ากิจกรรม ในใจผมจะมีความอาฆาตกับคนคนหนึ่งอย่างมาก แต่พอได้เข้ากิจกรรมมาแล้ว ความคิดที่อาฆาตเขาก็เริ่มหายไป และทำให้ใจสบายขึ้น”

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหนา (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว)

การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้เดิม ติดตามผลการบ้าน พบว่าสมาชิกที่ยังคงฝึกสมาธิทุกวัน 3 คน ส่วนใหญ่ ฝึกมากขึ้นเกือบทุกวัน ยังคงฝึกสติโดยรู้ลมหายใจรู้ในกิจที่ทำทุกวัน จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงโอกาส ในการกลับมาเป็นทุกข์ได้อีก จึงเตรียมตัวให้สามารถรับมือกับความทุกข์เหล่านั้นได้ โดยเชื่อมโยงการพัฒนา จิตกับสมาธิ/สติ เข้ากับวิถีชีวิตได้ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับจิตใจได้ดีที่สุด โดยเกิดการเรียนรู้และประยุกต์ จากประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัด ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

ผู้ต้องขังหญิง วัย 36 ปี วางแผนว่า “ต้องตั้งสติ อดทน มีเมตตาต่อตนเองและคนอื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา” และ “ใช้ชีวิตให้มีสติ ปัญญา ก็จะเกิด ความผิดพลาดก็จะน้อยลง”

ผู้ต้องขังชาย วัย 24 ปี “เป้าหมายคืออยากจะสามารถอยู่ในเรือนจำโดยไม่ต้องคิดมาก 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

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดมีจำนวนไม่มากและคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลองระหว่างสองกลุ่มค่อนข้างแตกต่างกันตั้งแต่ต้น แม้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมขอลออกจากการศึกษาเนื่องจากความเครียดที่สูงส่งผลต่อคะแนนในภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้และทักษะของการบำบัดด้วยสติ (MBTC) ส่วนที่สำคัญคือควรมี Supervisor ที่เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำแนวทางในการบำบัดกรณีที่อาจเกิดปัญหาในระหว่างการบำบัด
2. ผู้นำกลุ่มต้องมีความสัมพันธ์ในเชิงการรักษาที่ดี มีความกระตือรือร้น และยืดหยุ่นได้ สามารถปรับการบำบัดให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของเรือนจำ
3. ผู้นำกลุ่มควรมีการติดตามการบ้านในแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
2. การจำกัดเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องหลักเพื่อลดแบบประเมินที่มากเกินไป
3. ควรควบคุมคุณภาพของกลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน เนื่องจากยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ควรได้รับการควบคุม

4. คำนึงถึงสถิติที่เหมาะสม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เป็นสถิติแบบ nonparametric เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ทำให้มีความไวในการทดสอบน้อยกว่าที่ทดสอบโดยใช้สถิติพาราเมตริก

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษานำร่องในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเรือนจำ ตามบริบทและข้อจำกัดของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบางสามารถเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือให้มากขึ้นต่อไป

บรรณานุกรม

- กระทรวงยุติธรรม. (2560, 6 กันยายน). กระทรวงยุติธรรมร่วมมือสถาบันพลังจิตตานุภาพ สอนหลักสูตรสมาธิให้กับผู้ที่ก้าวพลาดกระทำความผิด เพื่อยกระดับจิตใจให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ. <https://www.moj.go.th/view/10989>
- กันต์ฤทัย ปานทอง, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25, 106-118. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/161090>
- คุชฎี จีงศิริกุลวิทย์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, ญาดา ธงธรรมรัตน์, & ปราณีต ชุ่มพุทรา. (2015). กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(3), 143-153. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/51126>
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2551). การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทรทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห, และจินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการ ซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63, 321-334. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/162939>
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2558). จิตบำบัดด้วยสติในผู้ป่วยซึมเศร้า. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 9, 47-56. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/187635>
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด. (2558). ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่า 3 พันคน - ศูนย์ข้อมูล & ข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCIJ). <https://www.tcijthai.com/news/2015/06/scoop/5623>
- รินทร์ เชื้อบ้านเกาะ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/55530>
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2559). คู่มือสติบำบัด: Mindfulness-Based therapy and Counseling (MBTC) Manual. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- สมชาย จักรพันธุ์ และคณะ. (2542). *การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์ : รายงานการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.
- อรรณพ ศิลปกิจ. (2559). การสร้างแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(2), 72–90.
- อารี นัยบ้านด่าน, ประนอม หนูเพชร, จินตนา คำเกลี้ยง, และเนตรนภา พรหมทพ. (2552). *ผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบการเจริญสติโดยการเคลื่อนไหวมือต่อความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
<http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/7263/1/321056.pof>
- 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. [http://doi: 10.1177/0306624X15602514](http://doi:10.1177/0306624X15602514)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale: Lawrence Erlbau.
- DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. (2019). Dialectical behavior therapy Is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *BehavTher*, 50, 60-72.
<http://doi:10.1016/j.beth.2018.03.009>.
- Derlic, D. (2020). A Systematic Review of Literature: Alternative Offender Rehabilitation — Prison Yoga, Mindfulness, and Meditation. *Journal of Correctional Health Care*, 26(4), 361-375. <http://sagepub.com/journals-permissions> DOI: 10.1177/1078345820953837
journals.sagepub.com/home/jcx
- 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. [http://doi: 10.1177/0306624X15602514](http://doi:10.1177/0306624X15602514)
- Foundation for a Mindful Society. (2014, February 28). *Can mindfulness help inmates?*
<http://www.mindful.org/can-mindfulness-help-inmates/>

- Glowatz, E. (2016). *Mindfulness can make prisons better*. <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. https://www.researchgate.net/publication/258081671_Gupta_et_al2012
- 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. <https://doi.org/10.1177/0306624X10364485>
- 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. <http://doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00647.x>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T., (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther*, 48(11), 1105-12. <http://doi:10.1016/j.brat.2010.08.003>. Epub 2010 Aug 13.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 265–276. <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. <http://doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.028>
- 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. <http://doi:10.1027/0227-5910/a000394>
- 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*. <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. <http://doi:10.1080/10509674.2011.632814>.
- 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), e68944. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726684/>
- Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*, 21, 581-99. <http://doi:10.1023/a:1018700829825>.
- 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. <https://doi.org/10.1037/ccp0000214>
- 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. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042560.148>

ภาคผนวก

- ก. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัยและการดำเนินโครงการวิจัย
- ข. แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ

ภาคผนวก ก

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัย
และการดำเนินโครงการวิจัย



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 สันทะห์)

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 099-2505144

ผู้วิจัยร่วม 1

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

เรียนอาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากบุคคลที่ท่านไว้วางใจได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ การตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่นั้น ไม่อยู่ภายใต้อำนาจของผู้คุมหรือผู้ดูแลเรือนจำ และจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำของท่านถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ขอให้ท่านแสดงความตกลงโดยการแจ้งเป็นคำพูด โดยไม่ต้องลงนามในเอกสารใดๆ เพื่อเป็นการรักษาความลับของท่าน

เหตุผลความเป็นมา

กรมราชทัณฑ์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกันในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ระบุให้ผู้ต้องขังที่มีภาวะอันตราย ทั้งต่อตนเอง คนรอบข้าง หรือผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะผิดกติกาต้องได้รับการรักษาทุกคนโดยมีระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 โดยมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนมีกิจกรรม

เสริมสร้างสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตาม ในปี 2559 เรือนจำกลางขอนแก่น พบอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย สำเร็จ 2 ราย และพยายามฆ่าตัวตายในหลายราย กลุ่มงานจิตวิทยาร่วมกับสถานพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น ประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน เพื่อช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถปรับตัว มีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์ที่เศร้า ความตึงเครียด และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งอาจมีจิตเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นำไปสู่ความรู้สึกสงบสุขทางใจ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย โดยสุ่ม 2 แดน จากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์ และให้เข้าร่วมโครงการ โดยสมัครใจ แดนละ 10 คน รวม 20 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านประเมินตนเอง ด้วยแบบประเมินความเครียด 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 เนื่องจากมีช่วงที่ให้นึกถึงเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจที่เคยเกิดขึ้น

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านอาจพบแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองให้ดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์เศร้า และตึงเครียด นอกจากนี้ ถ้าโปรแกรมการบำบัดนี้ได้ผล อาจนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ให้กับผู้ต้องขังคนอื่นๆ ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัยไม่ว่าจะเป็นอาการทางกาย หรือทางใจ
- ขอให้เข้าร่วมและพยายามทำกิจกรรมทุกครั้ง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวกิตติยา กุดกง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำของท่าน

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งโปรแกรมการบำบัด และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการดูแลจิตใจของท่านด้วยวิธีอื่น ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้ง ประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่อยู่ภายใต้อำนาจของผู้คุมหรือ ผู้ดูแลเรือนจำ และจะไม่มีผลต่อการรับโทษในเรือนจำของท่าน

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร 043-209999 ต่อ 63217 หรือ 63218 ในเวลาราชการ หรือ นางสาวกิตติยา กุดกง

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



ที่ ยธ ๐๗๐๕.๑/๒๐๕๖๕

กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
๒๒๒ ถนนนนทบุรี ๑ ตำบลสวนใหญ่
อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ สธ ๐๘๑๓.๑๐/๒๒๖๒ ลงวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ขออนุญาตให้นักวิจัย
เข้าเก็บข้อมูลผู้ต้องขังโดยวิธีการใช้แบบสอบถาม แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบประเมินสติ แบบประเมิน
ความรู้สึกละอายใจ/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
ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ของทัณฑสถาน และคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัดด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผอ.รพ.จ.ก.

☒ เพื่อพิจารณา

☐ เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรแจ้ง

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐

(นายเรืองศักดิ์ สุวารี)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมราชทัณฑ์

สำนักทันตวิทยา
ส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง
โทร. ๐ ๒๕๖๗ ๓๓๘๐
โทรสาร ๐ ๒๕๖๗ ๒๔๐๔

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐

จำ/ชินกร ๒๐/๖

๗๑ ๖๐

๐๗ ส.ค. ๒๕๖๐

- แจ้งเวียนคุณอรรดา มันทานิช
ก. จิตวิทยา ทวาม.
/ 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 เพื่อประเมินผลของการบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าโปรแกรมสติบำบัดในโครงการวิจัย นอกจากนี้ ขออนุญาตนำไปใช้ในการประเมินผลการให้บริการสติบำบัดแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อเป็นประโยชน์ในการบำบัดผู้ป่วยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้แบบประเมินสติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายประภาส อุครานนท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

E สารบรรณ

เอกสารบรรณกิจกรรณิกแล้ว
16 มิ.ย. ๕๙

โครงการวิจัยเรื่อง

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

1. **ชื่องานวิจัย** ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง
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 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ
นางสาวกิตติยา กุดกุง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ เรือนจำกลางขอนแก่น
4. **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

International Centre for Prison Studies (ICPS) หรือ ศูนย์ศึกษาเรือนจำนานาชาติ เปิดเผย สัดส่วนคนติดคุกของประเทศไทยสูงที่สุดใน ASEAN และสูงเป็นอันดับ 6 ของโลก เมื่อคิดต่อแสนประชากร ในขณะนี้ความสามารถในการรองรับผู้ต้องขังให้มีความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะมากที่สุดอยู่ที่ประมาณ 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 ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรม การทำร้ายตนเอง ซึ่งปี 2556 มีผู้ต้องขังเสียชีวิตผิดธรรมชาติ ที่เป็นนักโทษเด็ดขาด 70 คน โดย 24 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (ที่มา <http://www.tcijthai.com/news/2015/06/scoop/5623>)

กรมราชทัณฑ์ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกันในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง เพื่อให้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ระบุให้ผู้ต้องขังที่มีภาวะอันตราย ทั้งต่อตนเอง คนรอบข้าง หรือผู้ต้องขังที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดปฏิกิริยาต้องได้รับการรักษาทุกคน โดยมีระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 โดยมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนมีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตาม ในปี 2559 เรือนจำกลางขอนแก่น พบ อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย และพยายามฆ่าตัวตายในหลายราย กลุ่มงานจิตวิทยาร่วมกับสถานพยาบาล เรือนจำกลางขอนแก่น ปรึกษาร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน เพื่อช่วยเหลือและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถปรับตัว มีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์

ที่เศร้า 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 ส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวปฏิบัติสากลของการทำวิจัยในผู้ต้องขัง (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 อายุสถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนาที่ตนถือ โทษ ระยะเวลาของการจำคุก ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติด การฝึกสมาธิ/วิปัสสนา

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยใช้ 2Q, 9Q และ 8Q โดยมีข้อคำถาม 2, 9 และ 8 ข้อตามลำดับ

3) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2538)

4) แบบประเมินสติ พัฒนาโดยอรรณพ ศิลปกิจ (2558) มีทั้งหมด 15 ข้อ

5) แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง และแบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น

6) คู่มือสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling) ซึ่งพัฒนาโดยยงยุทธ 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- 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	ม.ค. 61	ก.พ. 61	มี.ค. 61	เม.ย. 61	พ.ค. 61
ทบทวนวรรณกรรมการวิจัย ขออนุมัติโครงการ	←→													
ให้คณะกรรมการฯ พิจารณา IRB		←→												
ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัย ต่อกรมราชทัณฑ์ และ ประสานงานเรือนจำกลาง ขอนแก่น				←→										
การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย					←→									
การวิเคราะห์ข้อมูลและ อภิปรายผล								←→						
การเขียนรายงานวิจัยฉบับ สมบูรณ์และการเผยแพร่ ผลงานวิจัย									←→					

10. งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 15,000 บาท ดังรายการต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนที่ปรึกษา	1,500 บาท
- ค่าตอบแทนนักวิจัย (1 คน*1,500 บาท)	1,500 บาท
- ค่าตอบแทนผู้เก็บข้อมูลทางคลินิก (150 บาท * 24 ราย * 3 ครั้ง)	9,000 บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร	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 กรณียอดใดยอดหนึ่ง ไม่พอจ่าย โดยไม่เกินวงเงินที่ได้รับ

11. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

11.1 ผู้ที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานอาจมีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองดีขึ้น ลดความกังวล อารมณ์ที่เศร้า ความตึงเครียด และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งอาจมีจิตเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นำไปสู่ความรู้สึกสงบสุขทางใจ

11.2 เป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังคนอื่นๆ ต่อไป

อัจฉรา ม่วงพานิช
(นางสาวอัจฉรา ม่วงพานิช)

กนกนดา ผาวงศ์
(นางกนกนดา ผาวงศ์)

นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ

ผู้เขียนและเสนอโครงการ

ผู้เห็นชอบโครงการวิจัย



(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้อนุมัติโครงการวิจัย

ภาคผนวก ข

แบบประเมินที่ใช้ในโครงการ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

โปรดกรอกข้อมูล และทำเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านให้ครบทุกช่อง เพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการบำบัดต่อไป

รหัส

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปวช./ปวส.
☐ปริญญาตรี ☐ปริญญาโท ☐ปริญญาเอก
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
4. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง, แยกทาง
5. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ.....
7. ภูมิลำเนา จังหวัด.....
8. รายได้ ☐ พอใช้และเหลือเก็บ ☐ พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ
☐ ไม่พอใช้ ☐ ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
9. ท่านเคยฝึกสมาธิ/วิปัสสนา/สติ มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
 ถ้าเคย ท่านฝึกครั้งละกี่นาที ☐ 10-20 นาที ☐ 21-30 นาที ☐ 31-45 นาที
☐ 46-60 นาที ☐ มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป
10. ท่านมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เครียด ☐ วิตกกังวล ☐ ซึมเศร้า
 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไขมันอุดตันเส้นเลือด
☐ โรคเมร็งปอด/ถุงลมโป่งพอง ☐ โรคหลอดเลือดหัวใจ ☐ โรคตับแข็ง
☐ โรคหลอดเลือดสมองตีบ ☐ โรคไต ☐ โรคอ้วน
 อื่นๆ โปรดระบุ ☐ ติดสารเสพติด ☐ ปวดเรื้อรัง ☐ อื่นๆ
11. ขณะนี้ท่านรับการรักษาด้วยยาหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่
 ถ้ารับการรักษาด้วยยา ท่านใช้ยารักษาโรคใด โปรดระบุ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ข้อแนะนำ ให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ลำดับ ที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับ ที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 – 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคย เป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

☐ < 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า
 ☐ 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
 ☐ 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
☐ ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับที่	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
	ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้		
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	6
		ได้ 0	ไม่ได้ 8
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่า จะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน			
รวม			

- ☐ 0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า
 ☐ 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย
 ☐ 9-16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
☐ ≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก		ระดับอาการ			
		0	1	2	3
		ไม่เคย เลย	เป็นครั้ง คราว	เป็น บ่อย	เป็น ประจำ
1.	นอนไม่หลับ เพราะคิดมาก หรือกังวล				
2.	รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3.	ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4.	มีความวุ่นวายใจ				
5.	ไม่อยากพบปะผู้คน				
6.	ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7.	รู้สึกไม่มีความสุข และเศร้าหมอง				
8.	รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9.	รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า				
10.	กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11.	รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12.	รู้สึกเพลีย ไม่มีแรงจะทำอะไร				
13.	รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร				
14.	มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15.	เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16.	รู้สึกกลัวผิดพลาดในการกระทำสิ่งต่างๆ				
17.	ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อ บริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18.	ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19.	มีเหงื่อ หรือเวียนศีรษะ				
20.	ความสุขทางเพศลดลง				

แบบประเมินสติ

โปรดอ่านข้อความในช่องด้านซ้าย และทำเครื่องหมาย X ในช่องคะแนน ที่คุณคิดว่ามี
ประสบการณ์ นั้นบ่อยแค่ไหน

ข้อที่	ข้อความถาม	แทบไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยมาก
		1	2	3	4	5
1	ฉันรู้สึกตัวในขณะที่หายใจเข้า-ออก					
2	ฉันรู้สึกตัวขณะเคลื่อนไหว เช่น เดิน/ยืน/นั่ง/นอน เหยียดขา งอเข่า เอี้ยวตัว					
3	เวลาอาบน้ำ ฉันรู้ว่าน้ำไหลผ่าน/สัมผัสผิว ภายอย่างไร					
4	เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลง ฉันรับรู้ได้					
5	ฉันสามารถหยุดทำตามความคิดหรือความอยากได้					
6	ก่อนพูดหรือก่อนทำ ฉันเตือนตัวเองได้ว่าสิ่งใดควรพูด/ทำ หรือไม่ควรพูด/ทำ					
7	ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปร่งฟัน นิ่งสุขา					
8	ฉันเห็นความพอใจ/ไม่พอใจ ผ่านเข้ามาในใจ เพียงครู่เดียวก็ผ่านไป					
9	ฉันพยายามให้ความรู้สึกดีๆ อยู่นาน					
10	ฉันห้ามตัวเองไม่ให้คิด					
11	ฉันหยุดเดินจงกรม/หรือเฝ้านั่งภาวนา ถ้ารู้สึกเมื่อยหรือเบื่อ					
12	ฉันได้ของที่ไม่ได้ตั้งใจซื้อ หรือ ไม่จำเป็น เวลาไปช้อปปิ้ง					
13	ฉันคิดเรื่องราวอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับงานหรือสิ่งที่ทำอยู่					
14	ขณะอาบน้ำ แปร่งฟัน เข้าห้องสุขา ฉันคิดวางแผนในเรื่องต่างๆ					
15	ฉันหมกมุ่นกับงาน/สิ่งที่ต้องทำ จนมักจะลืมเวลากินข้าว เข้าห้องสุขา					

แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง

ฉันมักจะปฏิบัติต่อตนเองอย่างไรในเวลาที่ปัญหายุ่งยาก

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างรอบคอบก่อนที่จะตอบคำถาม ในที่ว่างด้านซ้ายของแต่ละข้อ ให้ระบุว่าคุณมีพฤติกรรมตามข้อนั้น ๆ บ่อยเพียงใด โดยให้คะแนนตามระดับข้างล่างนี้

เกือบไม่เคยเลย

เกือบตลอดเวลา

1

2

3

4

5

- _____ 1. เมื่อฉันทำเรื่องสำคัญล้มเหลว ฉันจะจมอยู่ในห้วงความรู้สึกว่าตัวเองไม่ดีพอ
- _____ 2. ฉันพยายามเข้าใจและยอมรับบุคลิกลักษณะของตัวเองที่ฉันไม่ถูกใจ
- _____ 3. เมื่อมีเรื่องมาทำให้ฉันเจ็บปวดใจ ฉันจะพยายามมองเรื่องนั้นอย่างเป็นกลางจากหลายๆ แง่มุม
- _____ 4. เมื่อฉันรู้สึกหดหู่ ฉันมักรู้สึกว่าคุณอื่น ๆ อาจจะมีความสุขกว่าฉัน
- _____ 5. ฉันพยายามมองว่าความล้มเหลวต่างๆ ของฉันเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์
- _____ 6. เมื่อฉันพบเจอช่วงเวลาที่ยากลำบาก ฉันดูแลตนเองจิตใจตนเองอย่างที่เราควรเป็น
- _____ 7. เมื่อมีอะไรมาทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิด ไม่มีความสุข ฉันพยายามควบคุมอารมณ์ให้เป็นปกติ
- _____ 8. เมื่อฉันทำอะไรสำคัญๆ ล้มเหลว ฉันรู้สึกว่าคงมีแต่ฉันเท่านั้นที่ล้มเหลว
- _____ 9. เวลาารู้สึกหดหู่ท้อแท้ ฉันมักจะหมกมุ่นและคิดถึงแต่เรื่องต่างๆ ที่ฉันทำผิดพลาด
- _____ 10. เมื่อฉันรู้สึกบกพร่องในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ฉันพยายามเตือนตนเองว่าคนส่วนใหญ่ก็เป็นเช่นเดียวกัน
- _____ 11. ฉันรับไม่ได้ และตำหนิข้อบกพร่องของตนเอง
- _____ 12. ฉันทนไม่ได้และหงุดหงิดต่อบุคลิกลักษณะของคนที่ฉันไม่ถูกใจ

แบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น ฉันมักจะปฏิบัติต่อคนอื่นอย่างไร

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างรอบคอบก่อนที่จะตอบคำถาม ในที่ว่างด้านซ้ายของแต่ละข้อ ให้ระบุว่าคุณมีพฤติกรรมตามข้อนั้นๆ บ่อยเพียงใด โดยให้คะแนนตามระดับข้างล่างนี้

เกือบไม่เคยเลย

เกือบตลอดเวลา

1

2

3

4

5

- _____ 1. เมื่อมีคนร้องให้ต่อหน้าฉัน ฉันมักจะไม่มีความรู้สึกอะไรเลย
- _____ 2. บางครั้งเมื่อมีคนพูดถึงปัญหาของพวกเขา ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ใส่ใจ
- _____ 3. ฉันไม่มีความรู้สึกหรืออารมณ์ร่วมกับคนอื่นที่กำลังมีความทุกข์
- _____ 4. ฉันให้ความใส่ใจอย่างเต็มที่เมื่อคนอื่นพูดกับฉัน
- _____ 5. ฉันรู้สึกเห็นห่างจากคนอื่นเมื่อพวกเขาเล่าเรื่องความทุกข์ของพวกเขาให้ฉันฟัง
- _____ 6. ถ้าฉันเห็นใครสักคนกำลังเผชิญกับช่วงเวลาที่ยากลำบาก ฉันจะพยายามให้ความเอาใจใส่กับคนคนนั้น
- _____ 7. ฉันมักจะถอยห่างออกมาเมื่อคนอื่นเล่าปัญหาของพวกเขาให้ฉันฟัง
- _____ 8. ฉันชอบที่จะไปช่วยเหลือคนอื่นในเวลาที่พวกเขามีความยากลำบาก
- _____ 9. ฉันสังเกตได้ว่าคนอื่นกำลังไม่สบายใจ แม้พวกเขาจะไม่ได้พูดอะไรออกมาเลยก็ตาม
- _____ 10. เมื่อฉันเห็นใครบางคนกำลังรู้สึกท้อแท้ ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถจะเข้าถึงพวกเขาได้เลย
- _____ 11. คนเราทุกคนล้วนมีความรู้สึกท้อแท้ได้เป็นบางครั้ง มันเป็นส่วนหนึ่งของสภาวะการเป็นมนุษย์
- _____ 12. บางครั้งฉันก็เย็นชากับคนอื่นเมื่อพวกเขาารู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง
- _____ 13. ฉันมักจะตั้งใจฟังเมื่อคนอื่นเล่าปัญหาของพวกเขาให้ฉันฟัง
- _____ 14. ฉันไม่เอาธุระกับปัญหาของคนอื่น
- _____ 15. มันเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนักว่าคนเราทุกคนมีความอ่อนแอและไม่มีใครเลยที่สมบูรณ์แบบ
- _____ 16. หัวใจของฉันมักแผ่แผ่ให้กับคนที่กำลังมีความทุกข์
- _____ 17. แม้ว่าฉันจะแตกต่างจากคนอื่นแต่ฉันก็รู้ว่าคนเราทุกคนต่างก็มีความทุกข์เหมือนกันกับฉัน
- _____ 18. เมื่อคนอื่นกำลังรู้สึกยากลำบาก ฉันมักจะปล่อยให้ใครสักคนดูแลพวกเขาแทน
- _____ 19. ฉันไม่ค่อยคิดมากเกี่ยวกับเรื่องของคนอื่น
- _____ 20. ความทุกข์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่มนุษย์ทุกคนมีร่วมกัน
- _____ 21. เมื่อมีคนเล่าถึงปัญหาของพวกเขาให้ฉันฟัง ฉันจะพยายามรักษามุมมองให้สมดุลต่อสถานการณ์นั้น
- _____ 22. ฉันไม่สามารถจะเข้าถึงคนอื่น ๆ ได้ในเวลาที่พวกเขากำลังมีความทุกข์
- _____ 23. ฉันพยายามหลีกเลี่ยงจากคนที่กำลังมีประสบการณ์ที่เป็นทุกข์มากๆ
- _____ 24. เมื่อคนอื่นรู้สึกเศร้า ฉันจะพยายามปลอบโยนพวกเขา