

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

วันรับ : 26 กันยายน 2562

วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2563

วันตอบรับ : 29 กรกฎาคม 2563

อัจฉรา มุ่งพานิช, วท.ม.¹, กิตติยา กุดกุง, ศศ.ม.²

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์¹

เรือนจำกลางขอนแก่น²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง

วิธีการ: เลือกกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครในเรือนจำ และตามเกณฑ์การคัดเลือก ($n = 24$) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน 1 ครั้ง/สัปดาห์ 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที กลุ่มควบคุม 12 คน เข้ากิจกรรมปกติ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย สติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ประเมินก่อน/หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผล: ผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีภาวะซึมเศร้าลดลงและเมตตาต่อตนเองสูงขึ้นหลังการทดลองในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยไม่พบความแตกต่างของคะแนนทั้ง 6 ตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แต่พบกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง และเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป: การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้โดยตรง แต่สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้ โดยต้องใช้เวลาในการฝึกฝนระยะหนึ่ง

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ต้องขัง

ติดต่อผู้พิมพ์: อัจฉรา มุ่งพานิช; e-mail: nuymu@yahoo.com

Original article

Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners

Received : 26 September 2019

Revised : 27 July 2020

Accepted : 29 July 2020

Artchara Mungpanich, M.Sc.¹, Kitiya Kudkung, M.A.²

KhonKaen Rajanagarindra Hospital¹

KhonKaen Central Prison²

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: 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

บทนำ

ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์รายงานว่าในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ต้องขังที่พิการทางจิตและพฤติกรรม จำนวน 314 คน และในแต่ละปีพบผู้ต้องขังที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตหรือเป็นโรคจิตเภท เฉลี่ยปีละ 3,000 คน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุกโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำความผิดครั้งแรก อาการซึมเศร้าจากการถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตผิดธรรมชาติที่เป็นนักโทษเด็ดขาด 70 คน โดย 24 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย¹ ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ศึกษาความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำพิเศษธนบุรี พบผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 36.2 ได้แก่ มีภาวะความเครียด นอนไม่หลับ พบว่าป่วยเป็นโรคจิต ร้อยละ 7.7 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.4 โรควิตกกังวล ร้อยละ 7.8 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.2 นำมาซึ่งการร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์และกระทรวงสาธารณสุข เน้นการตรวจคัดกรองหาผู้ต้องขังที่มีปัญหาทั้งรายเก่ารายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา พัฒนา การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต²

อย่างไรก็ตาม จากรายงานการบริการสถานพยาบาลเรือนจำกลางขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2557-2559 พบการพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2 รายต่อปี และในปี พ.ศ.2559 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ข้อเสนอพื้นฐานถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายน่าจะเกิดจากภาวะตึงเครียดสูง มีโรคทางกายที่รักษาไม่ได้ ปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว และการถูกตัดสินโทษเป็นเวลานาน เกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงตัดสินใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต เช่นเดียวกับผลการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังพบปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีประวัติโรคทางจิตเวชและสารเสพติดก่อนจำคุก และความเครียดทางสังคมจิตใจ³⁻⁵

จากรายงานการวิจัยของต่างประเทศ พบโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังมีการนำการฝึกสติและสมาธิร่วมกับแนวคิดทางจิตวิทยาในการพัฒนาจิตใจแก่ผู้ต้องขัง สามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และปัญหาการนอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{6,7} นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าสติเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย^{8,9} จากการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) พบแนวคิดทางจิตวิทยาที่นำแนวคิดเรื่องการฝึกสติ (mindfulness) ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ cognitive behavioural therapy (CBT)⁷ และ dialectical behavior therapy (DBT)^{7,10} โดย CBT เน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในขณะที่ DBT สามารถลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ แต่ไม่สามารถสรุปผลได้ว่า DBT มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย¹⁰

ในประเทศไทย เดิมมีการใช้ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังในกรมราชทัณฑ์ แต่ไม่มีการกำหนดอย่างเป็นทางการ ส่วนใหญ่เน้นพิธีทางศาสนา ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 ได้นำสมาธิหลักสูตรการอบรมสัปดาห์สมาธิแก่ผู้ต้องขังโดยใช้เวลาในการอบรม 40 วัน เป็นหลักสูตรที่สอนการปฏิบัติธรรม และทำสมาธิเพื่อพัฒนาชีวิตผู้ต้องขัง¹¹ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการนำการฝึกสติมาใช้ในผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนามาก่อน การศึกษาครั้งนี้เป็นการหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำ โดยใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยสติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มของยุทท วงศ์ภิรมย์ศานต์¹² โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ และความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นในผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น

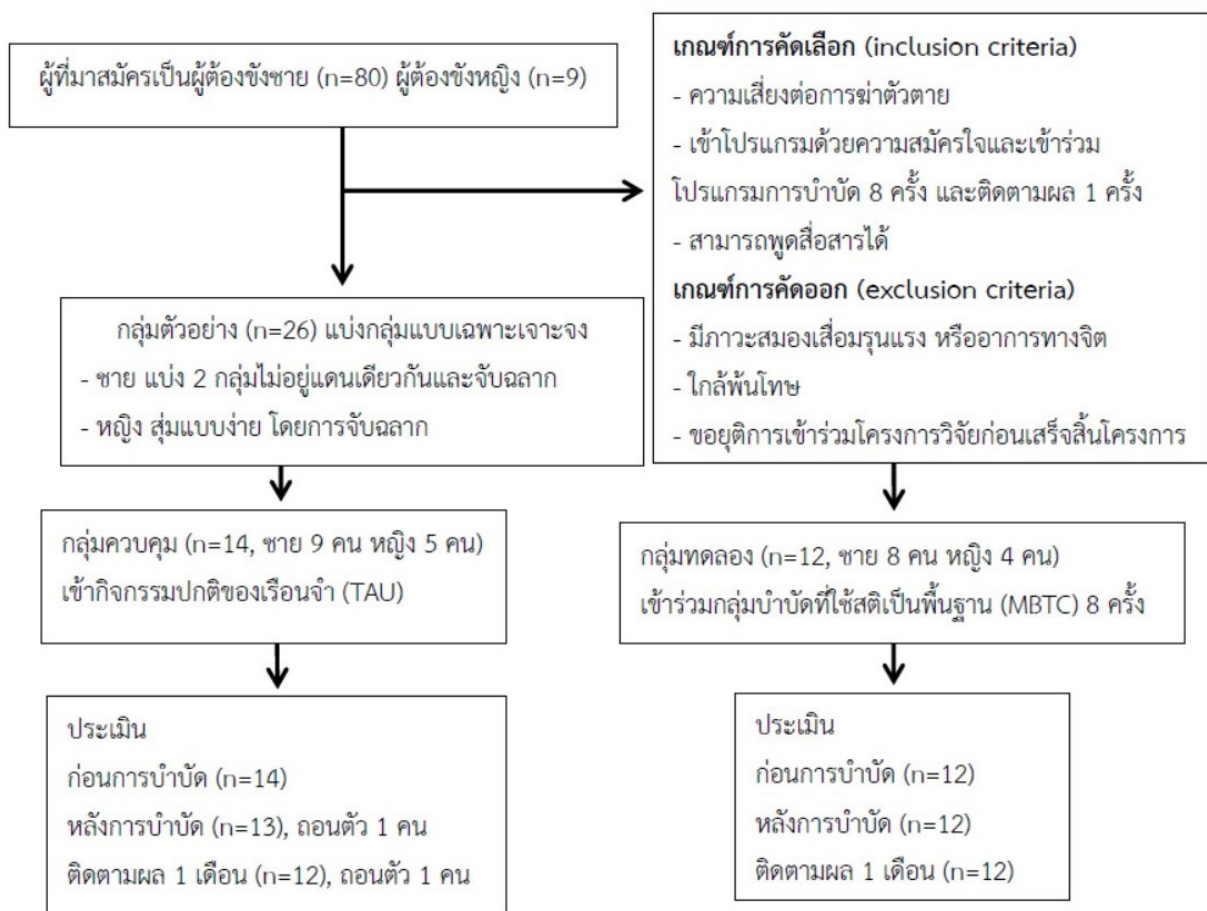
วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ non-randomized control-group pretest-posttest design ปกปิดผู้ประเมิน (blinding of outcome assessment) โดยทีมผู้ประเมินไม่รู้

ว่ากลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มใด

ประชากรเป็นอาสาสมัครผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น ชาย 80 คน หญิง 9 คน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Cohen¹³ ให้ power = .70, effect size = 1.00, alpha = .05 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 13 รายต่อกลุ่ม และคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันการ drop out คิดเป็น 14 รายต่อกลุ่ม แต่ผู้ที่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้มีเพียง 26 คน ทีมวิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบเฉพาะเจาะจง โดยคณะแพศ และแดนที่พักที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต้องไม่พักที่เดียวกันเพื่อไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนการฝึกสติระหว่างกัน (contamination variable) ซึ่งอาจมีผลต่อคะแนนหลังการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มแล้วจับฉลาก ส่วนอาสาสมัครหญิงเนื่องจากมีแดนหญิงแห่งเดียว จึงใช้การจับฉลาก ดังภาพที่ 1

กลุ่มควบคุม 12 คน เข้าร่วมกิจกรรมปกติของเรือนจำ โดย 9 คน เข้าโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังคดีอาเสพติด และ 3 คน เข้าโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานตามคู่มือสติบำบัด (mindfulness based therapy and counselling) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ¹² แบ่งเป็น 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ และผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นนักจิตวิทยาคลินิกในเรือนจำ ลักษณะโปรแกรมสติบำบัด มีทั้งหมด 8 กิจกรรมประกอบด้วย *กิจกรรมครั้งที่ 1* จัดการกับความว้าวุ่นใจ ผึกสมาธิ เพื่อฝึกการผ่อนคลายทั้งกายและจิต; *กิจกรรมครั้งที่ 2* ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ ผึกสติในชีวิตประจำวัน ฝึกการรับรู้ลมหายใจตามกิจที่ทำ; *กิจกรรมครั้งที่ 3* รู้จัก



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปล่อยวางอารมณ์ ผีอก body scan และสติกับการรับรู้ความรู้สึกทางกาย; *กิจกรรมครั้งที่ 4* รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง ผีอกสติกับการปล่อยวางความคิด; *กิจกรรมครั้งที่ 5* ทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ ผีอกสติกับการปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธ์ภาพ; *กิจกรรมครั้งที่ 6* ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น ผีอกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ; *กิจกรรมครั้งที่ 7* เมตตาและให้อภัย ผีอกการแผ่เมตตาต่อตนเอง ผู้อื่น และสรรพชีวิต; *กิจกรรมครั้งที่ 8* ชีวิตต้องเดินหน้า เป็นการวางแผนนำสติใช้ในการดำเนินชีวิตและการปรับตัวในระยะยาว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

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

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ¹⁴ มีค่าความไว (sensitivity) 75.68% และความจำเพาะ (specificity) 93.37% ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 9 ข้อ 27 คะแนน โดยเกณฑ์คะแนน < 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ¹⁵ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ประเมินผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายทั้งหมด 8 ข้อ 52 คะแนน โดยเกณฑ์ 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง > 17 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

4) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พัฒนาโดยสมชาย จักรพันธ์ และคณะ¹⁶ มีทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความไวร้อยละ 70.4 และความจำเพาะร้อยละ 64.6 โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

5) แบบประเมินสติ พัฒนาโดยอรรณณ ศิลปกิจ¹⁷ มีทั้งหมด 15 ข้อ 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) มิติดังใจ (หมวดเวทนา ข้อที่ 11, 12 หมวดจิต ข้อที่ 13, 14, 15) มิติอดโนมิตี (หมวดจิต ข้อที่ 5, 6 หมวดธรรม ข้อที่ 8, 9, 10) โดยข้อคำถาม 1-8 เป็นข้อทิศทางบวก ข้อ 9-15 เป็นข้อที่มีทิศทางลบ มีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) ของมิติตระหนักรู้ มิติดังใจ และมิติอดโนมิตีเท่ากับ 0.82, 0.70 และ 0.67 ตามลำดับ

6) แบบประเมินความเมตตาต่อตนเอง¹⁸ พัฒนาเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ. 2558 โดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต มี 12 ข้อ ข้อที่เกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง ข้อที่ 2, 6 การตัดสินใจ ข้อที่ 11, 12 ความเป็นมนุษย์ร่วมกัน ข้อที่ 5, 10 ความโดดเดี่ยว ข้อที่ 4, 8 การเจริญสติ ข้อที่ 3, 7 การสรุปเกินจริง ข้อที่ 1, 9 การคิดคะแนนแต่ละหมวดย่อยทำโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยจากคะแนนที่ตอบมาในแต่ละหมวดย่อย และคำนวณคะแนนรวมของความเมตตาต่อตนเอง โดยต้องกลับค่าคะแนนในข้อที่เป็นคำถามแนวลบ ได้แก่ การตัดสินใจ ความโดดเดี่ยว และการสรุปเกินจริง การแปลผลโดยการหาค่าเฉลี่ยของทั้งฉบับ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน หลัง และติดตามผล

7) แบบประเมินความเมตตาต่อผู้อื่น¹⁹ พัฒนาเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ. 2558 โดยทีมที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต มีทั้งหมด 24 ข้อ ข้อที่เกี่ยวกับความกรุณา ข้อที่ 6, 8, 16, 24 ความไม่ใส่ใจ ข้อที่ 2, 12, 14, 18 (คะแนนกลับ) ความเป็นมนุษย์ร่วมกัน ข้อที่ 11, 15, 17, 20 การแยกตัวจากคนอื่น ข้อที่ 3, 5, 10, 22 (คะแนนกลับ) การเจริญสติ ข้อที่ 4, 9, 13, 21 ความไม่เกี่ยวข้อง ข้อที่ 1, 7, 19, 23 (คะแนนกลับ) การคิดคะแนนรวม ให้ใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละหมวดย่อย (หลังจากกลับคะแนนแล้ว) และคำนวณหาค่าเฉลี่ยรวม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน หลังและติดตามผล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดและระยะติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติ nonparametric เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ทั้ง 6 ด้าน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้ Mann – Whitney U test และ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้ Wilcoxon signed-rank test

ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยดำเนินการด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ตามแนวปฏิบัติสากลของการทำวิจัยในผู้ต้องขัง Office for Human Research Protections (OHRP) guidance on approving research involving prisoners (2003) และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 001/2560 วันที่ 20 ก.ค. 2560

ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มี 24 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 12 คนและกลุ่มทดลอง 12 คน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มควบคุมมีอายุ อยู่ระหว่าง 24-66 ปี (เฉลี่ย 38.2 + 12.5 ปี) ระยะเวลาที่เหลือ ในการจำคุกเฉลี่ย 18 ปี 1 เดือน ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุ อยู่ระหว่าง 24-44 ปี (เฉลี่ย 33.9 + 6.3 ปี) ระยะเวลาที่เหลือ ในการจำคุกเฉลี่ย 12 ปี 5 เดือน ข้อมูลทั่วไปแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยก่อน การทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และ เมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.23, -0.64, -0.73, -0.12, -0.12, -1.50$ ตามลำดับ $p\text{-value} = 0.22, 0.52, 0.47, 0.91, 0.91, 0.13$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเอง และเมตตาต่อผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.40, -0.67, -0.67, -1.16, -0.20, -1.50$ ตามลำดับ $p\text{-value} = 0.69, 0.51, 0.50, 0.25, 0.84$ และ 0.13 ตามลำดับ)

ในระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วม กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และความเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่าผู้ต้องขังที่เข้าโปรแกรมปกติของเรือนจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.99$ $p\text{-value} = 0.046$ และ $Z = -2.08$ $p\text{-value} = .038$ ตามลำดับ) ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของคะแนนด้านความเครียด ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ และความเมตตาต่อตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่ม พบว่า ระยะหลัง การทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.97$ $p\text{-value} = 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.16, -1.47, -1.16, -0.05$ และ -0.98 ตามลำดับ $p\text{-value} = 0.25, 0.14, 0.25, 0.96$ และ 0.33 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.48$ $p\text{-value} = 0.01$ และ $Z = -2.30$ $p\text{-value} = .02$ ตามลำดับ) ส่วนความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ระดับสติ เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.51, -0.24, -1.16$ และ -0.47 ตามลำดับ $p\text{-value} = 0.61, 0.81, 0.25$ และ 0.64 ตามลำดับ)

วิจารณ์

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน เน้นการฝึกสมาธิเพื่อให้ห่างจากความคิด ซึ่งเป็นสภาวะที่ผ่อนคลายอย่างมากทั้งกายและจิต ซึ่งเป็นพื้นฐานทางจิตที่สามารถต่อยอดโดยการฝึกสติ การฝึกสติให้อยู่ในกับปัจจุบัน ทำให้สามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน โดยไม่วอกแวกหรือถูกสอแทรกด้วยอารมณ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		รวม (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	66.7	8	66.7	16	66.7
หญิง	4	33.3	4	33.3	8	33.3
การศึกษา						
ประถมศึกษา	4	33.3	6	50.0	10	41.7
มัธยมศึกษา	4	33.3	3	25.0	7	29.1
ปวช./ปวส.	4	33.3	2	16.7	6	25.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	1	8.3	1	4.2
สถานภาพสมรส						
โสด	4	33.3	5	41.7	9	37.5
คู่	2	16.7	3	25.0	5	20.8
หม้าย	1	8.3	-	-	1	4.2
หย่าร้าง/แยกทาง	5	41.7	4	33.3	9	37.5

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน

ประเด็น		ระดับคะแนน; ค่าเฉลี่ย (SD)		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
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)
การฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง	10.58 (12.87)	5.25 (14.89)	0.33 (1.16)
	กลุ่มควบคุม	4.75 (5.46)	4.42 (8.55)	2.58 (6.13)
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง	50.00 (2.70)	53.00 (7.70)	53.92 (6.16)
	กลุ่มควบคุม	50.42 (5.76)	50.08 (6.53)	51.08 (10.36)
เมตตาต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง	37.42 (5.79)	38.42 (7.90)	43.58 (6.83)
	กลุ่มควบคุม	37.83 (5.61)	40 (7.31)	40.75 (6.96)
เมตตาต่อผู้อื่น	กลุ่มทดลอง	89.17 (11.99)	93.58 (13.17)	94.75 (12.89)
	กลุ่มควบคุม	81.92 (11.62)	84.25 (14.46)	83.08 (11.42)

มีสติรู้ภาวะภายนอก (กาย) และภาวะภายใน (จิต) นำไปสู่การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ เรียนรู้ที่จะมีสติรู้เท่าทันความคิด และสามารถปล่อยวางความคิดได้ในที่สุด โดยเฉพาะความคิดที่เป็นลบที่จะนำไปสู่ภาวะตึงเครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹²

แม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงภายหลังเข้ากลุ่มบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้⁷⁻⁹ ที่มีการนำสติไปใช้ในการบำบัดและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นการจัดการกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย และพบว่าสติเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการทดลองลดลงเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัย ที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการฆ่าตัวตายค่อนข้างต่ำตั้งแต่ก่อนการทดลอง เมื่อคะแนนลดลงหลังการทดลองจึงไม่มีความแตกต่างกัน (4.75, 2.58 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ามีบางรายในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมาก แต่หากได้รับการช่วยเหลือจะลดลงต่ำได้ อาจมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยรวมของกลุ่มทดลอง ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลด้วยคำเฉลี่ยเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถอธิบายผลได้ดี นอกจากนี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ไม่ได้เกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว มีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้คนๆ หนึ่งกระทำหรือไม่กระทำการฆ่าตัวตาย แม้ว่าการติดคุกถือว่าเป็นวิกฤตชีวิตหนึ่งที่รุนแรง แต่ผลกระทบต่อแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง และทักษะในการปรับตัว ถ้าสามารถปรับตัวได้ดี มีความยืดหยุ่นสูงสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดได้ จะเป็นปัจจัยปกป้องช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ดี รวมไปถึงปัจจัยแวดล้อม การถูกตัดขาดจากแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

ทางสังคม ความรู้สึกไม่เป็นอิสระ การอยู่ระหว่างการพิจารณาตัดสินโทษ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดที่มากขึ้น และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณาจากรายงานจากกรมราชทัณฑ์พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังศาลพิพากษาจำคุกโดยเฉพาะผู้ต้องขังที่กระทำผิดครั้งแรก¹ ดังนั้น ปัจจัยหนึ่งที่อาจเกี่ยวข้องคือ จำนวนครั้งถูกจับและเข้าเรือนจำ ระยะเวลาและหลังศาลพิพากษา ระยะเวลาของการรอการตัดสิน รวมไปถึงระยะเวลาในการถูกตัดสินจำคุก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัยที่ไม่ได้ควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ การศึกษาครั้งนี้จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานในผู้ต้องขังสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้โดยตรง

เมื่อติดตามนาน 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังได้ แต่อาจต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งในการฝึกฝน ผลการฝึกสติทำให้รู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ทางลบที่เกิดอารมณ์เศร้าและเป็นทุกข์ โดยการตีปายและปล่อยวางความคิดลบได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ต้องขังชาย วัย 31 ปีว่า “ตั้งแต่เข้าอบรมนี้ ทำให้จิตใจสงบขึ้น และมีความสุข ไม่เครียดเหมือนแต่ก่อน นอนหลับสบายดี และจะฝึกฝนต่อไปเรื่อยๆ” ซึ่งพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ²⁰ สรุปไว้ว่าการฝึกสติมีผลทางจิตวิทยาในการลดภาวะครุ่นคิดและมีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferszt และคณะ⁶ พบว่าผู้ต้องขังหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติมีคะแนนความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลงในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นได้²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าการฝึกสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผล ทั้งผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว²² และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า²³

เช่นเดียวกับที่กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความเมตตาต่อผู้อื่น โดยกลุ่มทดลองมีความเมตตาต่อผู้อื่นมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ ในระหว่างกระบวนการบำบัด ผู้ต้องขังที่ฝึกสติอย่างต่อเนื่องสามารถตระหนักและปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบกับคนรอบข้างโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิด ตามแนวคิดของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ¹² กล่าวไว้ว่าการฝึกสติเมตตา ทำให้สามารถให้อภัยและเมตตาตนเองได้ เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น จากนั้นจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ให้อภัยและเมตตาต่อบุคคลอื่น ช่วยลดความขุ่นเคืองใจกับคนรอบข้าง และทำให้มีจิตใจเปิดกว้าง ซึ่งเป็นขั้นตอนการฝึกสติเมตตา ขั้นตอนนี้มีผลต่อจิตใตสมาธิกลุ่มมากที่สุด ดังตัวอย่างบันทึกของผู้ต้องขังชายที่บอกเล่าในชั่วโมงการบำบัดว่า “ก่อนเข้ากิจกรรม ในใจผมจะมีความอาฆาตกับคนคนหนึ่งอย่างมาก แต่พอได้เข้ากิจกรรมมาแล้ว ความคิดที่อาฆาตเขาก็เริ่มหายไป ทำให้ใจสบายขึ้น” และผู้ต้องขังหญิงที่บอกความรู้สึกว่า “การไม่โกรธเกลียดแค้นใคร ทำให้จิตใจสงบและไม่เป็นทุกข์ได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ Shapiro และคณะ²⁴ พบว่านักศึกษาแพทย์ที่เข้าโปรแกรมการฝึกสติสามารถลดความวิตกกังวลและความรู้สึกเป็นทุกข์ และมีความเมตตาต่อผู้อื่นเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกสติ

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของความเครียด ภาวะซึมเศร้า ระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่นหลังการทดลองทันที ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Perelman และคณะ²⁵ ได้ติดตามผู้ต้องขังที่ออกจากเรือนจำที่มีการฝึกสมาธิวิปัสสนาเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามีระดับของสติและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น มีความผิดปกติทางอารมณ์ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากกระบวนการวิจัย พบปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะการพัฒนาจิต¹² เป็นการควบคุมจิตใจให้เกิดความสงบและตั้งมั่น ทำให้จิตพักและพร้อมที่จะพัฒนาสมาธิ และสติให้อยู่กับปัจจุบัน จำเป็นต้องทำด้วยความมุ่งมั่นพยายาม ต้องอาศัยการฝึกฝนเป็น

เวลานานพอสมควร ดังนั้น ระยะเวลาของการฝึกสติน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของอารี นัยบ้านด่าน และคณะ²⁶ พบว่าระดับสติของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบการเจริญสติโดยการเคลื่อนไหวมือไม่แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วม และให้ข้อสรุปว่าการฝึกเจริญสติเป็นการฝึกปฏิบัติที่ต้องใช้เวลาที่นานและมีความพร้อมทางร่างกายจึงจะมีความต่อการลดความเครียด

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผลของการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐาน ส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนระดับสติ ความเมตตาต่อตนเองและต่อผู้อื่นสูงขึ้นหลังได้รับการบำบัด แต่ยังไม่พบความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่อาจมีผลดังกล่าว เช่น คุณภาพของการบำบัด ระยะเวลาในการประเมินผล หรือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น นอกจากนี้มีอีกเหตุผลที่การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มควบคุมได้ผลลัพธ์การศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง หลังจากการทดลองสิ้นสุดทันที เนื่องจากผู้ที่มีอาการรุนแรงสองรายจากกลุ่มควบคุม และขอยุติการเข้าร่วมวิจัย รายแรกออกจากการวิจัยในก่อนการประเมินหลังการทดลองเป็นเพศหญิง อายุ 35 ปี มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีระดับสติซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รายที่สองออกก่อนการประเมินในระยะติดตามผล เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเล็กน้อย ทั้งระยะก่อนและหลังการบำบัด ทำให้ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรได้ เหตุผลของการออกเนื่องจากสภาพอารมณ์ที่ตึงเครียด และไม่อยากประเมินแบบทดสอบที่มีจำนวนมากซึ่งทำให้มีกลุ่มตัวอย่างน้อยลง และทั้งมีผลต่อคะแนนของกลุ่มควบคุมในภาพรวม อย่างไรก็ตาม ตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมวิจัยได้ติดตามดูแลผู้ที่ออกจากโครงการ โดยแจ้งข้อมูลต่อสถานพยาบาลของเรือนจำ

เพื่อพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา นอกจากนี้ ให้นักจิตวิทยาในเรือนจำซึ่งเป็นทีมวิจัย เป็นผู้ทำจิตบำบัดรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง จนอาการดีขึ้น และภายหลังการทำวิจัยเสร็จสิ้น ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐานสำหรับกลุ่มควบคุม จนความเสี่ยงลดลง และไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายอีก

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดมีจำนวนไม่มากและคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลองระหว่างสองกลุ่มค่อนข้างแตกต่างกันตั้งแต่ต้น แม้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมขอยกจากการวิจัยเนื่องจากความเครียดที่สูง ส่งผลต่อคะแนนในภาพรวมได้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการวางแผนในการศึกษา 1) เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2) การจำกัดเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องหลักเพื่อลดแบบประเมินที่มากเกินไป 3) ควรควบคุมคุณภาพของกลุ่มบำบัดที่มีสติเป็นพื้นฐาน เนื่องจากยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ควรได้รับการควบคุม 4) คำนึงถึงสถิติที่เหมาะสม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เป็นสถิติแบบ nonparametric เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยทำให้มีความไวในการทดสอบน้อยกว่าที่ทดสอบ

โดยใช้สถิติพาราเมตริก อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษานำร่องในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเรือนจำ ตามบริบทและข้อจำกัดของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบางสามารถเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือให้มากขึ้นต่อไป

สรุป

กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถใช้ในกลุ่มผู้ต้องขังได้ แม้ไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้โดยตรง แต่พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้ โดยต้องใช้เวลาในการฝึกฝนระยะหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของเรือนจำจะช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าถึงระบบการดูแลช่วยเหลือได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนจากงบเงินบำรุงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2561 และขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่เรือนจำในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ความรู้เดิม: กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถส่งเสริมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ลดความเครียด และใช้พื้นที่ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

ความรู้ใหม่: กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถนำไปใช้กับผู้ต้องขังพบว่าลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคะแนนความเมตตาต่อผู้อื่นเปรียบเทียบกับผู้ต้องขังที่ไม่ได้รับการบำบัดเมื่อติดตามผล 1 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: กลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปใช้กับผู้ต้องขังในเรือนจำได้ และควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. รวิวรรณ รักถิ่นกำเนิด. ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่า 3 พันคน [Shining lights behind prison-the mental health of Thai inmates 20 suicide each year, over 3,000 mental illnesses] [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCIJ); 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พ.ค. 2561]. จาก: <https://www.tcijthai.com/news/2015/06/scoop/5623>
2. ผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 36 [36% of the inmates had mental health problems] [อินเทอร์เน็ต]. คมชัดลึกออนไลน์. 30 ก.ค. 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มี.ค. 2563]. จาก: <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/289893>

3. Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry*. 2017;55:19–28. doi:10.1016/j.ijlp.2017.10.005.
4. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:871–81. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
5. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS ONE*. 2013;8:e68944. doi:10.1371/journal.pone.0068944.
6. Ferszt GG, Miller RJ, Hickey JE, Maull F, Crisp K. The impact of a mindfulness based program on perceived stress, anxiety, depression and sleep of incarcerated women. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:11594–607. doi:10.3390/ijerph120911594.
7. Yoon IA, Slade K, Fazel S. Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85:783–802. doi:10.1037/ccp0000214.
8. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the treatment of suicidal Individuals. *CognBehavPract*. 2012;19: 265–76. doi:10.1016/j.cbpra.2010.12.003.
9. Zbizek-Nulph L, Walton M, Cunningham R, Chermack S, Ngo Q. 148 Mindfulness as a protective factor against suicidal ideation in emerging adults. *Inj Prev*. 2017;23:A55.
10. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *BehavTher*. 2019;50:60–72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009.
11. กระทรวงยุติธรรม ร่วมมือสถาบันพลังจิตตานุภาพ สอนหลักสูตรสมาธิให้กับผู้ที่ก้าวพลาดกระทำความผิด เพื่อยกระดับจิตใจให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ [Ministry of Justice collaboration of Willpower institute. Teach meditation courses to those who make mistakes, to raise the mind to be able to return to society with quality] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พ.ค. 2561]. จาก: <https://www.moj.go.th/view/10989>
12. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual]. นนทบุรี: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.
14. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขวาท, จินตนา ลีจางเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ซึมเศร้าของแบบประเมินอาการ ซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561;63:321–34. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/162939>
15. ทวี ตั้งเสรี. การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [Development for depression and suicidal risk screening test]. *ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์*; 2551.
16. สมชาย จักรพันธุ์. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์: รายงานการวิจัย [Development of Thai computerized self-analysis stress test]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2542.
17. อรรณณ ศิลปกิจ. การสร้างแบบประเมินสติ [The invention of the mindfulness assessment scale]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2559;23:72–90. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/40647>

18. Neff K. Self-compassion scales [Internet]. Self-compassion. Texas: Kristin Neff is co-founder of the center for mindful self-compassion; [cited 2018 Jun 24]. Available from: <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>.
19. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self Identity*. 2013;12: 160-76. doi:10.1080/15298868.2011.649546.
20. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. จิตบำบัดด้วยสติในผู้ป่วยซึมเศร้า [Mindfulness psychotherapy in depression]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2558;9:47-56. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journal/somdetchaopraya/article/view/187635>
21. ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปราณีต ชุ่มพุทรา. กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง [The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23: 143-53. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/51126>
22. รินทร์ เชื้อบ้านเกาะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว [The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression of bipolar disorder patients] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 เม.ย. 2563]. จาก: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/55530>
23. กันต์ฤทัย ปานทอง, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า [The effective of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder]. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25:106-18. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/161090>
24. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*. 1998;21:581-99. doi:10.1023/a:1018700829825.
25. Perelman AM, Miller SL, Clements CB, Rodriguez A, Allen K, Cavanaugh R. Meditation in a deep south prison: a longitudinal study of the effects of vipassana. *Journal of Offender Rehabilitation*. 2012;51:176-98. doi:10.1080/10509674.2011.632814.
26. อารี นุ้ยบ้านด่าน, ประนอม หนูเพชร, จินตนา คำเกลี้ยง, เนตรนภา พรหมเทพ. ผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบการเจริญสติโดยการเคลื่อนไหวมือต่อความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [Effect of mindfulness by hand movement on stress and sati level of nurse students of Prince of Songkla University]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พ.ค. 2561]. จาก: <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/7263/1/321056.pdf>