

**ผลการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย**
**Efficacy of Buddhist Counseling on Stress, Depression and Suicidal Risk
in Suicidal Attempter**

สุกัญญา คงเพชร *

Sukanya Kongpet

Corresponding author : Email : sukanyakongpet@gmail.com.

(Received: August 3, 2022; Revised: August 12, 2022; Accepted: August 29, 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: Two group pretest –posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการที่คลินิกสบายใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด 5 ข้อ (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic), Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.001$, 95%CI:-18.77, -7.09, $p=.001$, 95%CI:-11.68, -3.38 และ $p=.016$, 95%CI:-5.87, -0.65 ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจากการได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแนวพุทธธรรม; การเจริญสติ; พยายามฆ่าตัวตาย; ซึมเศร้า; ความเครียด

ABSTRACT

Purpose : To study the effect of Buddhist counseling on stress, Depression and suicide risk in people who attempt suicide.

Study design : Quasi - experimental research model and two group pretest – posttest design.

Materials and Methods : The sample consisted of people diagnosed with suicide attempt, patients receiving treatment at Roi Et hospital, inclusion criteria. Included 30 males and females, divided into experimental group and control group, 15 people each. The assessment instruments consisted of ST-5, 9Q and 8Q. Data were analyzed using statistics Pair T – test and Independent T-test. 95% confidence interval

Main findings : After the trial, the experimental group had a mean score on suicide risk, mean depression score and the mean stress score was lower than the control group. ($p=.001$, 95%CI;-18.77, -7.09, $p=.001$, 95%CI;-11.68, -3.38 and $p=.016$, 95%CI;-5.87, -0.65 respectively.)

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that the Buddhist Counseling program improved the nursing efficiency of those who attempted suicide after receiving regular medical care.

Keyword : Buddhist Counseling; Mindfulness; Suicidal Attempter; Depression; Stress.

* Registered Nurse Professional Level, Roi-Et Hospital.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรโลกก่อนวัยอันควร และเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในทุกๆ ปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 800,000 คน¹ สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายดังรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับดังนี้ 6.03, 6.32 และ 6.64 ต่อแสนประชากรเฉลี่ยปีละ 3,900 - 4,400 คน การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านบุคคลที่มีกระบวนการคิดที่ไม่ยืดหยุ่น รู้สึกถูกกดดัน มีภาวะหุนหันพลันแล่น ขาดทักษะในการแก้ปัญหา รู้สึกสิ้นหวัง มองไม่เห็นทางออกของปัญหาจึงทำการฆ่าตัวตายและในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงที่จะทำซ้ำและทำสำเร็จได้ค่อนข้างสูง ดังรายงานของศกรินทร์ แก้วเห่า และคณะ² ที่พบว่าภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การใช้สารเสพติด ความเจ็บปวด ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ นั่นชี้ให้เห็นว่าหากปัญหาผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการแก้ไขจะนำมาซึ่งความสูญเสียมีผลกระทบทางจิตใจต่อบุคคลใกล้ชิดมากกว่าการเสียชีวิตทั่วไป นอกจากนี้การพยายามฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบถึงภาวะเศรษฐกิจด้วยทำให้มีการสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้¹ และในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่สำเร็จประมาณ 38,000-76,000 คนต่อปีก็อาจมีความทุกข์พลภาพต้องเป็นภาระงบประมาณที่ใช้ในการบริการสาธารณสุข³

กล่าวได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เพราะปัญหาความกดดันในการดำเนินชีวิตมักเกิดขึ้นก่อนการฆ่าตัวตาย พบว่าในช่วงระยะ 6 สัปดาห์ก่อนการฆ่าตัวตาย มักจะมีปัญหาวิกฤติในชีวิตเกิดขึ้น เช่นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด การถูกทอดทิ้ง หรือปัญหาเศรษฐกิจ และยังพบว่าผู้ที่เคยมีประวัติในการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโอกาสที่จะทำซ้ำได้และทำสำเร็จได้ถึงร้อยละ 30⁴ บุคลากรด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาช่วยคลี่คลายปัญหาเหล่านี้จึงเป็นการช่วยเหลือและป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าได้มีการนำคำสอนทางพุทธธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ดังเช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า⁵ ผู้ป่วยซึมเศร้า⁶ ผู้ป่วยมะเร็งที่วิตกกังวลและซึมเศร้าที่รับรักษาด้วยรังสีรักษา⁷ ผู้ดูแลเด็กกำพร้าและถูกทอดทิ้ง⁸ รายงานผลการบำบัดทั้งหมดเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้าได้ยอมรับสภาพความเป็นจริง มีการปรับตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าการเจริญสติสามารถลดความเครียดได้ ดังรายงานศึกษาของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อความเครียดในผู้ต้องขัง⁹ และสติสามารถควบคุมตัวเองได้อย่างเหมาะสมดังรายงานโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharma M. และ Rush SE.¹¹ ซึ่งได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผลการให้ฝึกเจริญสติพบว่า ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการให้คำปรึกษาโดยยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนา เพื่อลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามสุขภาวะของตนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดตั้งแต่ตุลาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายาม

ฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ที่มารับบริการที่คลินิกสบายใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size (Compare two means ; Paired/Before-After)

$$n \geq \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\left(\frac{\delta \text{Difference}}{\sigma \text{Difference}} \right)^2} + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{2}$$

Alpha (α) = 0.05

Beta (β) = 0.20

Mean of difference = 0.60

Standard deviation of difference = 0.53

Minimum paired sample needed = 15

จากคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ (1) ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว วิธีการฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ปัญหาหรือเหตุการณ์คับข้องใจ การอยู่อาศัย การสนับสนุนจากคนรอบข้าง ประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว (2) แบบวัดความเครียด 5 ข้อ (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว (sensitivity) 0.83 ค่าความจำเพาะ (specificity) 0.93 ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 ข้อคำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 2 ระดับ ค่าคะแนนของแต่ละข้อไม่เท่ากัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวพุทธธรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดหลักธรรมคำสอนในพุทธศาสนาเรื่องอริยสัจ 4 กฎไตรลักษณ์ ร่วมกับสติบำบัด ประกอบด้วย 5 กิจกรรมในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงเชิงเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร แบบวัดความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรึกษาแนวพุทธธรรม มี 5 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 0 กัลยาณมิตร เรียนรู้ทุกข์ สาเหตุแห่งทุกข์และหนทางดับทุกข์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนของการปรึกษาประโยชน์ที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาที่ตนเองกำลังประสบและความทุกข์ใจจนทำให้ต้องพยายามฆ่าตัวตาย ช่วยให้อยอมรับสาเหตุของปัญหา การมีเป้าหมายและวางแผนในการแก้ปัญหาในส่วนที่สามารถทำได้ด้วยตนเองต่อไปได้ และมอบหนังสือคู่มือออกจากทุกข์ด้วยสติ

สัปดาห์ที่ 2 มีสติรู้เท่าทัน ในขั้นนี้กลุ่มทดลองมาพบผู้วิจัยที่คลินิกสบายใจ ทบทวนประเด็นปัญหาเมื่อครั้งที่แล้ว และประเมินผลการแก้ปัญหาที่วางแผนทำต่อไป สอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการเจริญสติ ผลของการปฏิบัติตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น แล้วอธิบายและสาธิตถึงวิธีการเจริญสติในรูปแบบ และเจริญสติในชีวิตประจำวัน และเลือกวิธีการเจริญสติที่เหมาะสมกับตนเอง มอบหมายให้ฝึกเจริญสติและนัดหมายวันเวลา ในการโทรศัพท์เพื่อติดตามให้กำลังใจ ข้อชี้แนะในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3, 5, 6 และ 7 โทรศัพท์ติดตามการเจริญสติในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา สภาพจิตใจว่ามีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา และติดตามความก้าวหน้าในการเจริญ

สติในชีวิตประจำวันกับกลุ่มทดลองตามวันเวลาที่นัดหมาย

สัปดาห์ที่ 4 เมตตาตนเอง กลุ่มทดลองมาพบผู้วิจัยที่คลินิกสบายใจ ร่วมเจริญสติด้วยกัน 3 นาที ทบทวนการบ้าน และประเมินความก้าวหน้า ระลึกถึงความดีงามในแต่ละวันและความผิดพลาดของตนเองที่ผ่านมา ร่วมกันสรุปถึงความดีงามและความผิดพลาดแล้วเชื่อมโยงให้เห็นถึงหลัก สัจธรรมของชีวิต รักภูมิใจตนเองให้อยู่ในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้มีกำลังใจในการใช้ชีวิตที่มีเป้าหมายต่อไป มอบหมายการบ้านคือการฝึกเจริญสติอย่างต่อเนื่องและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า กลุ่มทดลองมาพบผู้วิจัยที่คลินิกสบายใจ เจริญสติด้วยกัน 3 นาที สรุปการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวพุทธธรรมและปรับวิถีชีวิตใหม่อย่างไรให้ข้อคิดในการดำเนินชีวิตในอนาคตว่าสามารถนำหลักธรรมคำสอนของศาสนาพุทธมาใช้ในการชีวิตประจำวันอย่างไรเพื่อดำเนินชีวิตอย่างไม่ประมาท

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) Paired t-test และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตามหนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ RE 003/2565 และดำเนินการตามหลักจริยธรรมดังกล่าว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (93.3%) อายุระหว่าง 15-25 ปี (73.3%) สถานภาพโสด (66.6%) อายุเฉลี่ย 22.86 ปี (SD=6.51) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (60.0%) เป็นนักเรียน/นักศึกษา (46.7%) รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (66.7%) เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง (80.0%) ใช้วิธีทำร้ายตนเองโดยกินยาเกินขนาดและใช้ของมีคม (40.0%) ปัญหาที่พบ คือ ภาวะซึมเศร้า/เครียด (40.0%) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (93.3%) มีโรคทางจิตเวช (80.0%) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (93.3%)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (73.3%) อายุระหว่าง 15-25 ปี (53.3%) อายุเฉลี่ย 25.80 ปี (SD=8.20) สถานภาพสมรส (53.3%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (66.7%) เป็นนักเรียน/นักศึกษา (40.0%) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (80.0%) ไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเอง (53.3%) ทำร้ายตนเองด้วยวิธีกินยาเกินขนาด (66.6%) มีปัญหาด้านความรัก เศรษฐกิจ และภาวะซึมเศร้า (20.0%) ไม่มีโรคประจำตัว (86.7%) ไม่มีโรคทางจิตเวช (60.0%) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (93.3%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร (n=30)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)
	n(%)	n(%)
เพศ		
ชาย	1(6.70)	4(26.70)
หญิง	14(93.30)	11(73.30)
อายุ (ปี)		
15 - 25	11(73.30)	8(53.30)
26 - 35	3(20.00)	5(33.40)
36 - 45	1(6.70)	2(13.30)
Mean (SD.)	22.86 (6.51)	25.80 (8.20)
สถานภาพสมรส		
โสด	10(66.6)	7(46.7)
สมรส/คู่	3(20.0)	8(53.3)
หม้าย/หย่าร้าง	1(6.7)	0(0.0)
แยกกันอยู่	1(6.7)	0(0.0)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0(0.0)	3(20.0)
มัธยมศึกษา	9(60.0)	10(66.7)
ปริญญาตรี	5(33.3)	2(13.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	1(6.7)	0(0.0)
อาชีพ		
เกษตรกร	2(13.3)	4(26.7)
รับจ้างทั่วไป	1(6.7)	1(6.7)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1(6.7)	2(13.3)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2(13.3)	0(0.0)
นักเรียน/นักศึกษา	7(46.7)	6(40.0)
พนักงานบริษัท	0(0.0)	2(13.3)
แม่บ้าน	1(6.7)	0(0.0)
อื่นๆ	1(6.7)	0(0.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)
	n(%)	n(%)
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	10(66.7)	12(80.0)
10,000 – 30,000 บาท	5(33.3)	3(20.0)
ประวัติการทำร้ายตนเอง		
เคย	12(80.0)	7(46.7)
ไม่เคย	3(20.0)	8(53.3)
วิธีการทำร้ายตนเอง		
กินยาเกินขนาด	6(40.0)	10(66.6)
ผูกคอ	2(13.3)	1(6.7)
ใช้ของมีคม	6(40.0)	3(20.0)
กระโดดน้ำ	1(6.7)	1(6.7)
ปัญหาหรือเหตุการณ์คับข้องใจ		
น้อยใจ/ถูกตำหนิ	5(33.3)	2(13.3)
ด้านความรัก	0(0.0)	3(20.0)
ครอบครัวขัดแย้ง	3(20.0)	2(13.3)
ด้านการทำงาน	1(6.7)	2(13.3)
ด้านเศรษฐกิจ	0(0.0)	3(20.0)
ภาวะซึมเศร้า/เครียด	6(40.0)	3(20.0)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	14(93.3)	13(86.7)
มี	1(6.7)	2(13.3)
โรคทางจิตเวช		
ไม่มี	3(20.0)	9(60.0)
มี	12(80.0)	6(40.0)
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	1(6.7)	1(6.7)
อยู่กับครอบครัว/ญาติ	14(93.3)	14(93.3)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)
	n(%)	n(%)
ประวัติฆ่าตัวตายคนในครอบครัว		
มี	4(26.7)	3(20.0)
ไม่มี	11(73.3)	12(80.0)

ส่วนที่ 2 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับน้อย (100.0%) ส่วนผลการวิจัยพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมก่อนแนวพุทธธรรมกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีความเสี่ยงต่อการทดลองอยู่ในระดับมาก (66.7%) และหลังทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง (46.7%) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก (53.3%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=30)

ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
ระดับน้อย (1-8 คะแนน)	2(13.3)	15(100.0)	2(13.3)	4(26.7)
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	7(46.7)	0(0.0)	3(20.0)	3(20.0)
ระดับมาก (17 คะแนนขึ้นไป)	6(40.0)	0(0.0)	10(66.7)	8(53.3)

ก่อนการทดลองผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=.087$) หลังการทดลองผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.001$) โดยมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 12.93 คะแนน (95%CI; -18.77, -7.09) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	n	Mean(SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	16.00(8.32)	6.46(-13.96, 1.03)	.087
กลุ่มควบคุม	15	22.46(11.40)		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	4.33(0.61)	12.93(-18.77, -7.09)	.001
กลุ่มควบคุม	15	17.26(10.53)		

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=.121$) หลังการทดลอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

ซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.010$) โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 7.53 คะแนน (95%CI; -11.68, -3.38) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

ภาวะซึมเศร้า	n	Mean(SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	17.00(4.53)	2.67(-0.74, 6.08)	.121
กลุ่มควบคุม	15	14.33(4.59)		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	6.20(5.35)	7.53(-11.68, -3.38)	.010
กลุ่มควบคุม	15	13.73(5.75)		

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความเครียด ก่อนการทดลอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=.955$) หลังการทดลอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความเครียด

น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.016$) โดยมีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.26 คะแนน (95%CI; -5.87, -0.65) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

ความเครียด	n	Mean(SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	10.80(2.70)	0.06(-2.44, 2.31)	.955
กลุ่มควบคุม	15	10.86(3.58)		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	4.13(3.13)	3.26(-5.87, -0.65)	.016
กลุ่มควบคุม	15	7.40(3.79)		

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สวิตตา ธงยศ¹² ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแนวพุทธธรรมในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะ

ซึมเศร้า โรงพยาบาลเรณู จังหวัดนครพนม พบว่าหลังการทดลองไม่มีผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย การเจริญสติจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายลดความฟุ้งซ่าน สามารถคิดพิจารณาได้สมเหตุสมผลมากขึ้น ดังการศึกษาของ Luoma BJ and Villatte LJ¹³ ที่พบว่าการเจริญสติช่วยจัดการความเครียดและความเสี่ยงการทำร้ายตัวเองของผู้ที่

พยายามฆ่าตัวตายได้

ภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบผลเช่นเดียวกับ ฤทธิรงค์ ชาญรินทร์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ⁵ ซึ่งได้ศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคล แนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิต ทับทิมหิน และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ⁷ ซึ่งได้ศึกษาผลการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงเช่นกัน

หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.16$) โดยมีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.26 คะแนน ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการวิจัยของ สุรินทร์ ตั้งปณิธานติ และคณะ⁸ ที่ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแนวพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กกำพร้าและถูกทอดทิ้งพบว่าหลังการได้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลลดลงและยังสอดคล้องกับการใช้โปรแกรมการฝึกสติในผู้ต้องขังทำให้ความเครียดลดลง⁹ ด้วยเช่นกัน

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรม ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมคือ 1) ถวายนมัสการพระพุทธรูปและสาเหตุแห่งทุกข์และหนทางดับทุกข์ 2) มีสติรู้เท่าทัน 3) เมตตาตนเอง 4) ชีวิตต้องเดินหน้า และ 5) ไตรศัพทติดตามการเจริญสติในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้การปรึกษานี้โดยยึดหลักแนวคิดพุทธธรรม ซึ่งเป็นหลักคำสอนในพระพุทธศาสนาที่ทันสมัยและมีความสำคัญเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นไปตามแนวอริยสัจสี่ซึ่งเป็นหลักธรรมที่มุ่งผลในการแก้ปัญหาชีวิตของมนุษย์ได้¹⁴ ทำให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เข้าใจในทุกข์ สาเหตุแห่งความทุกข์ใจว่าเกิดจากการที่เราไม่ยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วมีการปรุงแต่งให้ได้เข้าใจเหตุปัจจัย มองสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริงว่าทุกสิ่งในโลกนี้ไม่เที่ยงตามกฎของไตรลักษณ์¹⁵⁻¹⁶ มีการเปลี่ยนแปลงตามเหตุปัจจัย เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์วิธีการลดความทุกข์ใจได้คือการทำใจ เป็นคำพูดที่ถูกสอนกันอย่างต่อเนื่องในกลุ่ม ผู้นำถือศาสนาพุทธ

เป็นคำสอนที่สอดคล้องกับความเชื่อเดิมจึงง่ายต่อการทำใจ⁶ โดยการยอมรับว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากความคาดหวังสูงหรือต้องการมากเกินไปหากลดความคาดหวังลงหรือปรับเปลี่ยนมุมมองต่อความต้องการ ความทุกข์ก็จะลดลงเช่นกัน¹⁷

นอกจากนี้การเจริญสติที่รับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ทำให้เห็นความจริงของอารมณ์ต่างๆ ว่าเกิดขึ้นแล้วดับไป สามารถปล่อยวางความยึดถือได้ง่าย¹⁸ และยังเป็นการควบคุมอารมณ์ทางลบ ไม่ให้แสดงผลจนเป็นปัญหา เพราะปกติบุคคลจะคิดเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ ไม่ว่าเรื่องในอดีต เรื่องในอนาคต การเจริญสติคือการระลึกรู้ทันปัจจุบัน ไม่ให้เกิดความวิตกกังวลเป็นความกลัวอย่างไม่มีเหตุผล¹⁶ สามารถตอบโต้กับสถานการณ์ภายในและภายนอกได้เหมาะสมยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของจำลอง ดิษยวณิชและพริ้มเพรา ดิษยวณิช¹⁹ ที่พบว่าการเจริญสติช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าลดความเครียดความวิตกกังวลและลดยาได้และการเจริญสติยังลดความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้¹⁰ นอกจากนี้การเจริญสติยังทำให้อลดความคิดอยากตาย ความซึมเศร้า ความกังวล ครุ่นคิดและช่วยในการรักษาผู้ที่มีความคิดอยากตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ยังมีอาการซึมเศร้าอยู่ได้ดังการศึกษาของ Forkmann Thomas และคณะ²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shakland R. และคณะ²¹ ซึ่งได้ศึกษาผลการฝึกเจริญสติในชีวิตประจำวัน พบว่า ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลง

ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้การปรึกษามีความศรัทธาในพุทธศาสนา ผ่านการฝึกปฏิบัติธรรมการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว และฝึกเจริญสติเป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ⁶ ว่าการนำไปใช้ในคลินิกผู้ให้การปรึกษาต้องมีความศรัทธาในพุทธศาสนาผ่านการฝึกอบรมเรื่องกฎธรรมชาติดตามคำสอนทางพุทธศาสนา คือสาเหตุที่แท้จริงของความทุกข์ใจและมีวิธีการลดความทุกข์ใจ ความเข้าใจว่าทุกสิ่งอย่างในโลกนี้ไม่เที่ยง มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับเหตุและปัจจัย ความทุกข์เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง ยึดติดอยู่กับความคิด ความคาดหวังของตน และการฝึกเจริญสติ

อย่างต่อเนื่องภายใต้การฝึกสอนของผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ นอกจากนี้ความเห็นอกเห็นใจซึ่งต้องอาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง มีใจตั้งมั่นเป็นกลาง อยู่กับปัจจุบัน ไม่อคติ ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยสติ²² สติจึงเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นอย่างยิ่งของผู้ให้การปรึกษาแนวพุทธต่อความเข้าใจ รับรู้และต้องพัฒนาตนให้รู้ตน รู้ตัว รู้เท่าทันจิตใจของตนเองเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ²³

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมพุทธธรรมมาใช้ อาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้รับการศึกษาในแต่ละราย ขึ้นกับสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้รับการศึกษาอื่นๆ
2. ผู้ให้การปรึกษาควรยึดมั่นศรัทธาในพุทธศาสนาและมีประสบการณ์ในการฝึกเจริญสติมาก่อน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำ สาธิตและสอนผู้รับปรึกษาในการฝึกเจริญสติได้

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th/download/files/>
2. ศักรินทร์ แก้วแฮ้, ไพรวลัย รมชัย, พิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย, อำไพ โพธิ์คำ, สุนิศา เจือหนองแขว. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563;65(3):301-14.
3. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
4. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(1):3-16.
5. ฤทธิรงค์ หาญรินทร์, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การให้การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความซึมเศร้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(1):14-23.
6. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคณา โคตนารา, ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(4):381-93.
7. โสภิต ทับทิมหิน, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27(1):109-23.
8. สุนันทา ตั้งปนิชานติ, ชนมน เจนจิรวุฒน์, ปัญญา ลีศิริสรพ, มินทร์ลดา เพิ่มทรัพย์ทวีผล. ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กกำพร้าและถูกทอดทิ้ง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2558;21(3):368-81.
9. ภัทรภรณ์ วงษกรณ์. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความเครียดในผู้ต้องขัง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
10. วรณิ ศิรินทรางกูร, นพรัตน์ ไชยขานี, เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น. การพัฒนาโปรแกรมจัดการความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(3):68-85.
11. Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. J Evid Based Complementary Altern Med 2014;19(4):271-86. doi:10.1177/2156587214543143. PMID: 25053754.
12. สวิตตา ธงยศ. ผลการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมในผู้ป่วยหายฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลเรณูนคร [อินเทอร์เน็ต]. นครพนม: โรงพยาบาล; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://renuhospital.go.th/uploads/File/KM%20Best%20practices.doc>
13. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the

- Treatment of Suicidal Individuals. Cogn Behav Pract 2012;19(2):265-76. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.12.003
- 14.พระมหาสายัณห์ วงศ์สุรินทร์. การให้คำปรึกษาตามแนวพุทธ. ปัญญาพัฒน์ วารสารพัฒนาข้าราชการ กทม. 2564;40(2):102-10.
- 15.พระอธิการจิรวัฒน์ จกกวโร (ป็นสุวรรณภูมิ). ศึกษาทุกข์ในไตรลักษณ์และทุกข์ในอริยสัจ 4 ในการเจริญวิปัสสนาภาวนา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2557.
- 16.พระครูภาวนาวีรานุสิฐวิ. กระบวนการให้คำปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์. 2560;13(3):144-55.
- 17.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. การทำจิตบำบัดแนวพุทธโดยใช้หลักอริยสัจ 4. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2553;4(2):33-42.
- 18.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. บทความพิเศษจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยศักดิ์องค์ความรู้จากการอบรมจิตบำบัดแนวพุทธ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;53(1):4-7.
- 19.จำลอง ดิษยวณิช, พร็ัมเพรา ดิษยวณิช. จิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ที่อิงสติเป็นพื้นฐาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(3):179-94.
- 20.Forkmann T, Wichers M, Geschwind N, Peeters F, Os VJ, Mainz V, et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: result from a randomised controlled trail in patients with residual depressive symptoms. Compr Psychiatry 2014;55(8):1883-90. doi:10.1016/j.comppsy.2014.08.043.
- 21.Shakland R, Tessier D, Strub L, Gauchet A, Baeyens C. Improving mental health and well-being through informal mindfulness practice:an intervention study. Applied psychology : health and well be-ing 2021;13(1):63-83. Doi:10.1111/aphw.12216.
22. ชัชวาล ศิลปกิจ. สติและกระบวนการบำบัด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;22(2):122-26.
23. ดลดาว ปุณณานนท์. บทบาทของสติในนักจิตวิทยาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;28(1):14-27.