MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSIVE DISORDER IN THAILAND: TESTING EFFICACY OF THE PROGRAM

Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D., Kulchalee Pianthong, Ph.D.**,*
*Kamontip Saguanrum, M.Sc.**, Supattra Sukhawaha, Ph.D.***

Abstract

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for treating depression to prevent relapse, reduce depressive symptoms and ruminative thought, and increase mindfulness levels among depressed patients in Thailand.

Methods: This study was a non-randomized controlled trial with waiting-list control. The sample group consisted of depressed patients with a medical history diagnosed by psychiatrists and selected from the database of a psychiatric hospital in Ubon Ratchathani province. There were 75 individuals initially, who met the inclusion and exclusion criteria. Eventually, 68 individuals were selected for the study, divided into an experimental group of 34 individuals and a control group of 34 individuals. The experimental group was divided into 4 groups to participate in group therapy activities, each group consisting of 8-10 individuals. The research utilized the following tools: a program for treating depression using mindfulness meditation and cognitive awareness, the Beck Depression Inventory for assessing depressive symptoms, a measure of rumination towards events, and a measure of mindfulness level. Measurements were taken before the experiment, immediately after the experiment, and within a 3-month follow-up period. The analysis involved repeated measures ANOVA for within-group variability, Bonferroni pairwise comparison to compare mean differences, and an independent t-test to determine the mean differences between the experimental and control groups.

Results: The MBCT program has been effective in preventing recurrent episodes of depression, reducing depressive symptoms, and ruminative thoughts in patients with depression. The experimental group showed statistically significant reductions in the average depression scores before the experiment, immediately after the experiment, and within the 3-month follow-up period ($p < .05$). The experimental group did not experience a recurrence of depression after receiving the MBCT program within 3 months and 6 months.

Conclusion: The MBCT program has proven effective in preventing the recurrence of depression and has had a significant impact on reducing depressive symptoms and ruminative thoughts in depressed patients.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), depression, ruminative thinking, mindfulness, preventing depressive relapse

**Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th*
***Registered nurses, Professional level, Research and Training Center, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital*
Received: 18 June 2023, Revised: 13 October 2023, Accepted: 20 October 2023

การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปร.ด., กุณฑ์ชลี เพียรทอง, ปร.ด.**,*
*กมลทิพย์ สงวนรัมย์, วท.ม.**, สุพัตรา สุขาวห, ปร.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสำหรับใช้ในป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ลดอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิด รวมทั้งเพิ่มระดับสติ

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และคัดเลือกจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 75 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา 68 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แบบวัดความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และแบบวัดระดับความมีสติ โดยมีการวัดประเมินผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติแบบบอนเฟอร์โรนี และทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test

ผลการศึกษา : โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และลดอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายใน 3 เดือนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าภายในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน

สรุป : โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด, อาการซึมเศร้า, ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์, สติ, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th*
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*
วันที่รับ: 18 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข: 13 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 20 ตุลาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2019) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้นหลังจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก โดยมากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับมาป่วยเป็นซ้ำอีก และความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำจะมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรคดังกล่าวมากขึ้น (Kessing et al., 2004) จากการติดตามการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะ 15 ปี พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำมากถึงร้อยละ 70-85 (Kennedy et al., 2003) การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับมาป่วยเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 18.3 (กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ, 2550) จากสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 33.67 มีประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากนี้จากรายงานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 13.43 ร้อยละ 18.36 และร้อยละ 22.45 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2563) เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญ คือ การรับประทานยาต้านอาการซึมเศร้าไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงในการรับประทานยาต้านอาการเศร้าได้นาน (Hollon et al., 2005) การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการทำจิตสังคมบำบัดโดยไม่ใช้ยาจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยา

ปัจจุบันมีการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากจะมีเนื้อหาความคิดในเชิงลบแล้ว มักมีลักษณะความคิดแบบคิดวนคิดซ้ำ มักไม่สามารถหยุดคิดในทางร้าย ๆ ได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) (Segal et al., 2003) เป็นการบูรณาการมาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Segal et al., 2003) โดยโปรแกรมเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาแล้ว ได้มีการฝึกเจริญสติร่วมกันกับเพื่อนที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติ ตามความเคยชิน เป็นการระลึกรู้สิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น (Segal et al., 2003) จากรายงานการวิจัยเชิงทดลอง พบว่า

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติถูกทารุณกรรมตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก แต่ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้รับการรักษาตามปกติ (Williams et al., 2014) โดยโปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อทักษะในการมีสติและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่มีผลต่อความคิดหมกมุ่น ซึ่งส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink et al., 2013) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกลไกของการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความคุ่นคิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (van der Velden et al., 2015) สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยลดความเสี่ยงของอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 34.00 และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 43.00 เมื่อติดตามครบ 1 ปี ซึ่งโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guo et al., 2022)

การศึกษารายงานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดของศาสนาพุทธร่วมกับการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ โดยมีการนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มคนปกติเพื่อลดความเครียดและเพิ่มระดับสติในนักศึกษาพยาบาล (ทยาวีย์ จันทรวิวัฒน์ และ สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) และนำมาใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน พบว่า มีผลช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้ (สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ, 2560) นอกจากนี้มีการนำมาใช้ในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นเพื่อลดภาวะเครียดและอาการซึมเศร้า (ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ และคณะ, 2558) ในปีงบประมาณ 2564-2565 เริ่มมีการพัฒนาและทดสอบผลโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยจากจิตแพทย์และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ตามแนวคิดของ Segal et al., 2003 (ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ, 2565) โดยการปรับปรุงโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Kenbubpha et al., 2021) มาประยุกต์กับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้รับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเองและเพิ่มคุณค่าแก่ตนเอง โดยมีกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความคุ่นคิดต่อเหตุการณ์

ลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหลังจากผู้ป่วยหายทุเลาและอยู่ในช่วงติดตามการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ตามแนวคิดของ Segal et al. (2013) ซึ่งมีการพัฒนาในปี 2563 (Kenbubpha et al., 2021) เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

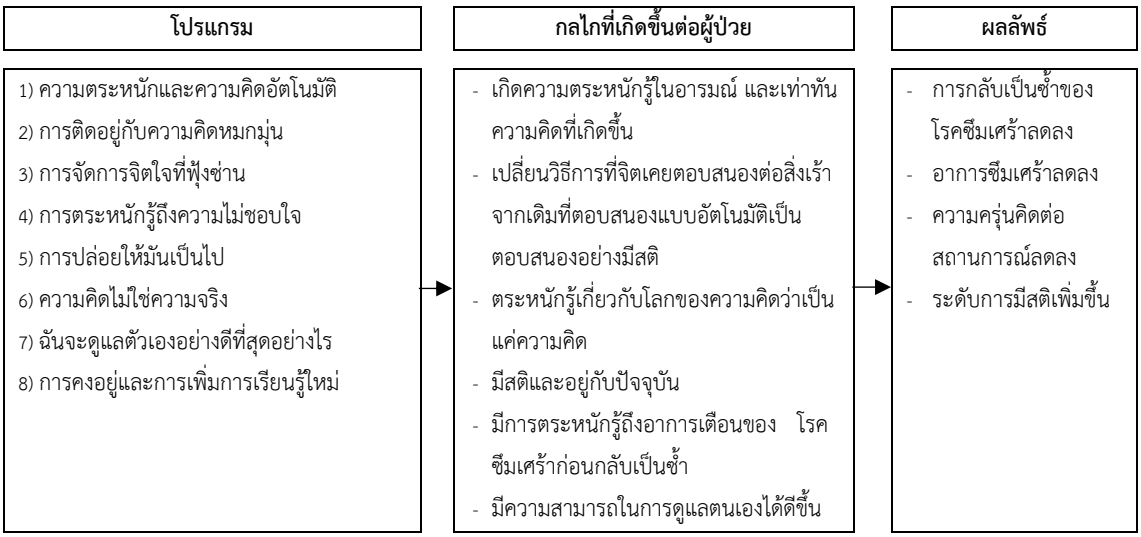
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการลดอาการซึมเศร้า

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการลดระดับความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์

4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการเพิ่มระดับสติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในปี ค.ศ.2002 โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) มีการพัฒนาโดย Segal et al. (2003) โดยบูรณาการโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR) ร่วมกับการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive based therapeutic strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการหายทุเลาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการต่อเนื่องทุกสัปดาห์ครั้งละ 60-90 นาที โดยระหว่างสัปดาห์ผู้ป่วยจะมีการบ้านให้ฝึกทักษะต่าง ๆ โดยให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ โดยเทคนิคของการบำบัดแบบฝึกความคิด (Cognitive Therapy) ที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ การสนทนากับตนเอง การจินตนาการ การทำบทบาทสมมติ การคิดกรอบใหม่ การปรับแบบแผนแนวคิดใหม่ ในการฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้การฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง (Segal et al., 2003) นอกจากนี้มีการนำโปรแกรมมาศึกษาวิจัยและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ หลากหลาย (Segal & Teasdale, 2018; van der Velden et al., 2015) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกลุ่มทดลองมีระดับสติเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม (A non-randomized control trial with waiting list control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5) และมีประวัติการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อย่างน้อย 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในและจำหน่ายจาก

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง วารินชำราบ เขื่องในและเดชอุดมของจังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5)

2) มีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ในระดับเล็กน้อย (9Q = 7 - 12 คะแนน)

3) สื่อสารด้วยภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1) มีโรคร่วมที่อาจส่งผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์

2) มีปัญหาในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด เช่น บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งแบบรุนแรง และมีความผิดปกติของพุทธิปัญญาหรือมีปัญหาเกี่ยวกับความคิดความจำ เป็นต้น

3) มีประวัติได้รับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการอื่น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (terminal criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมครบทุกกิจกรรม (น้อยกว่าร้อยละ 80)

2) มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าระหว่างร่วมโปรแกรม

3) ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคำนวณมาจากสูตรของ Bernard Rosner (Rosner, 2015) โดยใช้ผลการทดสอบโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนวัดอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน Beck Depression Inventory จากงานวิจัยของ van Aalderen et al. (2012) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 72 คน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 75 คน คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาจำนวน 7 คน เนื่องจากมีโรคร่วมสารเสพติด แบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่ (Cluster random sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน ตามที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ระหว่างสัปดาห์มีการบ้านให้ไปฝึกสติและนำมาแลกเปลี่ยนเมื่อเข้ากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คน

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดรักษาและการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาล

ทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดตามความสมัครใจหลังจากสิ้นสุดระยะติดตามผล 1 ปี

คุณสมบัติผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (ผู้บำบัด) ของโปรแกรมดังกล่าว

1. เป็นสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2. ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

3. มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

4. มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี

การทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้บำบัด (Inter-rater reliability)

ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทุกคน เข้ารับการอบรมและฝึกทักษะการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อให้ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดและมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมามากกว่า 10 ปี ผลการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มหลังผ่านการอบรม ตามวิธี Cohen's Kappa coefficient เท่ากับ 0.82

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือ ที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด พัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Segal et al. (2013) ดำเนินการเป็นกลุ่มๆละประมาณ 8-10 คน มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 1 - 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และระหว่างสัปดาห์มีการมอบการบ้านให้ฝึกทักษะการเจริญสติ และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสมาชิก ประกอบด้วย 1) ความตระหนักและความคิดอัตโนมัติ 2) การติดอยู่กับความคิดหมกมุ่น 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ชอบใจ 5) การปล่อยให้มันเป็นไป 6) ความคิดไม่ใช่ความจริง 7) ฉันจะดูแลตัวเองอย่างดีที่สุดอย่างไร 8) การคงอยู่และการเพิ่มการเรียนรู้ใหม่ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 (Kenbubpha et al., 2021) ซึ่งถือว่าโปรแกรมดังกล่าวมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2006) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้ใหญ่ 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการ

เจริญสติตระหนักรู้ความคิด 1 คน

1.2 คู่มือการฝึกทักษะการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เป็นคู่มือสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย องค์ความรู้และแนวทางบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า การเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว กิจกรรมที่ 1 - 8 ตามโปรแกรม และเป็นสมุดบันทึกการทำกิจกรรมและการบ้านตามโปรแกรมดังกล่าว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติเคยป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้า

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1A (Beck Depression Inventory-IA (BDI-IA)) (Beck et al., 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุดใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3

การแปลผล ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ตามคะแนนที่ได้ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 - 9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ (Normal range)

คะแนน 10 - 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Minimal depression)

คะแนน 16 - 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)

คะแนน 20 - 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate severe depression)

คะแนน 30 - 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 25 คน พบว่า รายข้ออยู่ระหว่าง 0.74 - 0.81 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.79

2.3 แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ ด้วยวิธี Back Translation โดย วารีรัตน์ ถาน้อย และคณะ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบ เป็นแบบสอบถามที่เน้นที่การตอบสนองต่ออาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากสาเหตุและผลที่ตามมา การประเมินตนเองและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละข้อคำถาม มีการประเมินที่มีมาตรวัด 4 ระดับ มีคะแนน 1 ถึง 4 (1 = เกือบจะไม่เคยมีความคิดและการกระทำเช่นนี้เลย และ 4 = เกือบจะมีความคิดหรือการกระทำเช่นนี้อย่าง

สม่ำเสมอ) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ภาวะซึมเศร้า (depression related) ประกอบ ด้วยข้อคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22

2) การครุ่นคิดวิตกกังวล (brooding) ประกอบด้วยข้อ คำถามข้อ 5, 10, 13, 15, 16

3) การสะท้อนความคิด (reflection) ประกอบ ด้วยข้อคำถามข้อ 7, 11, 12, 20, 21

คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ ระหว่าง 22 ถึง 88 ซึ่งค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความครุ่นคิดในระดับสูง

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 25 คน พบว่า รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.76 - 0.83 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80

2.4 แบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale (Cardaciotto et al., 2008) แปลเป็นภาษาไทยและนำเครื่องมือไปทดสอบความตรงของเครื่องมือฉบับภาษาไทย โดยชัชวาลย์ ศิลปกิจและคณะ (2554) ประกอบด้วย 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 1-5 ตั้งแต่ไม่เคยเลย ถึงบ่อยมาก ข้อคี่เป็นข้อคำถามในองค์ประกอบของการตระหนักรู้ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ประสบการณ์ปัจจุบันที่ปรากฏทางประสาทสัมผัสหรือทางใจ ได้แก่ ความรู้สึก ความนึกคิด เป็นการรับรู้ประสบการณ์อย่างที่เป็น ส่วนข้อคู่เป็นข้อคำถามในองค์ประกอบของการยอมรับ หมายถึง ไม่ว่าจะมีประสบการณ์อะไรเข้ามา เพียงรับรู้โดยไม่ปฏิเสธไม่ตัดสิน ผลการทดสอบความสอดคล้องภายในและตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยในกลุ่มที่สองจำนวน 103 คน โดยกำหนดจำนวนปัจจัยไว้ 2 ปัจจัย ไม่เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งพบว่าความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความสอดคล้องภายในของทั้งสององค์ประกอบอยู่ในระดับสูง ค่า Pearson's correlation ของการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ 0.88 และ 0.89 ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) ของการตระหนักรู้ และการยอมรับเท่ากับ 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

5 หมายถึง บ่อยมาก

4 หมายถึง เกือบจะตลอดเวลา

3 หมายถึง ปานกลาง

2 หมายถึง น้อย

1 หมายถึง ไม่เคยเลย

การแปลผลคะแนน ได้แก่ คะแนนมาก หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก และคะแนนน้อย หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองน้อย

ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 25 คน พบว่า รายข้ออยู่ระหว่าง 0.77 - 0.82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาร่วมกับการทดสอบผลของ

โปรแกรมและหลักสูตรการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยตามเอกสารหมายเลข COA. 003/2563 จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิจัยภาคสนามและไม่ได้ใส่ชุดบุคลากรสาธารณสุขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอำนาจที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยสรุปว่าการวิจัยนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แต่จะมีการบำบัดซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในโรงพยาบาลและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยคณะผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือตามมาตรฐานของโรงพยาบาล คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม พร้อมทั้งให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ขอความยินยอมทั้งโดยวาจาและลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบสัดส่วนการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

2. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการภาวะซึมเศร้า ความหมกหมุ่นครุ่นคิดและระดับสติในกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยมีการวัดก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน ด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measures ANOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยสถิติทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 เดือน ด้วยสถิติ Independent t-test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานเวชระเบียนเพื่อดูประวัติฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อขอดำเนินการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลเขื่องใน โรงพยาบาลเดชอุดมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอเมืองและอำเภอวารินชำราบ

2. คณะผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการประเมินตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากการวิจัย แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามที่อยู่อาศัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาในวันนัดหมาย

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมดังกล่าว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิต่างๆ เช่น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ - นามสกุล การรักษาความลับ คณะผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากไม่สมัครใจ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวา ในกรณีลงลายมือชื่อในเอกสารไม่ได้ ก่อนเข้าร่วมการวิจัยและญาติของคนไข้หรือบุคลากรลงลายมือชื่อด้วย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน

4. คณะผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวันและเวลาที่สะดวกร่วมกัน ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คน เนื่องจากเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 8 ครั้ง โดยครั้งที่ 8 ขอนัดหมายเวลาเพิ่ม 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ระดับการมีสติ ความคลุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และนัดมาทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า ระดับการมีสติ ความคลุ่นคิดต่อเหตุการณ์ หลังจากโครงการวิจัยสิ้นสุด 3 เดือน รวมทั้งติดตามการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าภายใน 6 เดือน โดยการค้นหาประวัติจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มตามโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง ภายใน 2 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีการออกจากกระบวนการวิจัยจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการออกจากศึกษา และเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการศึกษา 3 เดือน พบว่ากลุ่มได้รับโปรแกรมดังกล่าวไม่สามารถติดตามได้จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่สามารถติดตามได้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 ดังนั้นในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 54 คน เป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน ซึ่งมีอัตราการออกจากการศึกษารวมทั้งหมดร้อยละ 26.47

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเพศ อายุเฉลี่ย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รวมทั้งประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวัดคะแนนภาวะซึมเศร้า ความคลุ่นคิดต่อเหตุการณ์ ระดับการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายใน 3 สัปดาห์ของ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม		ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม		
	ทดลอง (MBCT) (n = 34)	ควบคุม (n = 34)	t	χ^2	*p*
เพศ					
ชาย	4	7	-	0.98	0.32
หญิง	30	27			
อายุ (ปี)	mean = 52.85	mean = 51.85	0.28	-	0.78
	(SD = 13.32)	(SD = 16.48)			
สถานภาพสมรส					
โสด	7	8		1.43	0.84
แต่งงาน	20	19			
หม้าย	2	4			
หย่า/แยกกันอยู่	5	3			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	18	22		2.41	0.79
มัธยมศึกษา	10	6			
ปวช./ปวส	3	2			
ปริญญาตรี	3	2			
อื่น ๆ	0	1			
อาชีพ					
ธุรกิจส่วนตัว/บุคลากรของรัฐ	9	3		5.61	0.61
อาชีพส่วนตัว/เกษตรกร	15	24			
ว่างงาน	10	7			
รายได้ต่อเดือน					
น้อยกว่า 5,000 บาท	21	25		3.41	0.49
5,001 - 10,000 บาท	5	1			
10,001 - 15,000 บาท	3	2			
มากกว่า 15,000 บาท	3	3			
ไม่มีรายได้	2	3			
เคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล					
เคย	13	19		2.12	0.15
ไม่เคย	21	15			

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Repeated measures one way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	*p*-value
ระหว่างกลุ่ม	744254.907	1	744254.907		
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	232.858	1	232.858	.70	.417
ความคลาดเคลื่อน	17318.319	52	333.045		
ภายในกลุ่ม	193019.389	2	96509.695		
ผลการวัดก่อน หลังและติดตามผล	1247.310	4	311.828	4.58	.00
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	412.718	4	103.179	1.52	.20
ความคลาดเคลื่อน	14164.422	208	68.098		
รวม					

*$p < .05$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของตัวแปรของแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (MBCT)			กลุ่มควบคุม		
	Difference of means	Standard error	*p*	Difference of means	Standard error	*p*
ภาวะซึมเศร้า (BDI)						
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที	3.92	1.39	.03*	5.07	2.32	.11
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	6.24	1.32	.00*	4.28	2.14	.17
หลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน	2.32	1.40	.33	-0.79	1.99	1.00
ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ (RRS)						
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที	6.32	3.51	.25	2.62	3.30	1.00
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	12.28	3.18	.002*	3.21	2.68	.72
หลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน	5.96	3.27	.24	0.59	2.54	1.00
ระดับการมีสติ (PMS)						
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที	-.40	1.03	1.00	2.14	1.14	.21
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-2.32	1.27	.24	-.59	2.17	1.00
หลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน	-1.92	1.15	.33	-2.72	1.73	.38

*BDI = Beck Depression Inventory; RRS = Ruminative Response Scale; PMS = Philadelphia Mindfulness Scale

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ ระดับการมีสติ (F=1.52, p > .05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองภายใน 3 เดือน ลดลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และค่าเฉลี่ยคะแนนความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลงเฉพาะก่อนการทดลองและระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองภายใน 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ ระดับการมีสติในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองภายใน 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความหมกมุ่น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์และสติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 34) Mean (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 34) Mean (SD)	*t*	p
อาการซึมศร้า				
ก่อนการทดลอง	15.29 (8.42)	17.41 (14.38)	-.741	.46
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	11.00 (8.17)	13.09 (12.84)	-.755	.44
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน	8.74 (5.87)	13.62 (9.87)	-2.266	.03*
ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์				
ก่อนการทดลอง	45.47 (14.48)	43.79 (15.26)	.47	0.64
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	40.90 (13.11)	41.76 (14.93)	-.24	0.81
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน	35.11 (10.96)	41.38 (16.02)	-1.72	0.09
ระดับของสติ				
ก่อนการทดลอง	61.06 (5.41)	62.68 (6.75)	-1.09	.28
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	62.03 (5.74)	60.97 (5.17)	.77	.44
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน	63.30 (5.41)	63.48 (10.31)	-.08	.93

*p < .05, Independent t-test

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการติดตาม	กลุ่มทดลอง (n = 25) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 29) จำนวน (ร้อยละ)
3 เดือน	0	2 (6.90)
6 เดือน	0	4 (13.79)
รวมทั้งหมด	0	6 (20.69)

ครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และระดับการมีสติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีภายใน 3 เดือน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ผลการติดตามอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดภายในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว ไม่มีการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นของโรคซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยใช้ประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าการถูกวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ส่วนผลการติดตามกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะเวลา 3 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 และเมื่อติดตามต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.79 โดยภาพรวมกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าทั้งหมด 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.69 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภายในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน โดยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยอาจอธิบายได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติ ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด มีสติและอยู่กับปัจจุบัน มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Segal et al. (2003) ที่เริ่มพัฒนา

โปรแกรมดังกล่าวในปี ค.ศ.2002 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีประวัติถูกทารุณกรรมตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก (Williams et al., 2014) เนื่องจากผลของโปรแกรมดังกล่าวทำให้เพิ่มทักษะในการมีสติและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink et al., 2013) นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวยังมีผลต่อความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (van der Velden et al., 2015)

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าและความคร่ำครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมดังกล่าว มีการเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่ม เกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิด และสามารถอยู่กับปัจจุบัน โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมดังกล่าวส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink et al., 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมาเป็นซ้ำและมีประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีอาการซึมเศร้าลดลง รวมทั้งความกังวลและความคร่ำครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง และระดับของการมีสติเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาแบบปกติ ซึ่งผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า การลดลงของอาการซึมเศร้ามาจากการลดลงของระดับความคร่ำครุ่นคิดและความกังวล ซึ่งความหมกมุ่นคร่ำครุ่นคิดต่อเหตุการณ์เป็นอาการเตือนก่อนกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสติและตระหนักรู้ของอาการดังกล่าว จะทำให้สามารถดูแลตนเองและเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขก่อนการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (van Aalderen et al., 2012) จากการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงหลังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดจากงานวิจัยทั้งหมด 23 เรื่อง มีงานวิจัย 12 เรื่อง พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความคร่ำครุ่นคิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาโดยทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นคร่ำครุ่นคิดลดลง รวมทั้งมีความวิตกกังวลลดลง (van der Velden et al., 2015) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างระดับการมีสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับความสติเพิ่มขึ้นหลังการทดลองสิ้นสุดลงทันทีและการติดตามผลในระยะ 3 เดือน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อประเมินระดับการ

สติในคนไทยเป็นเครื่องมือที่แปลมาจากต่างประเทศ (ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ, 2554) โดยเป็นเครื่องมือการประเมินสติที่ขาดการทดสอบในผู้มีประสบการณ์ (อรวรรณ ศิลปกิจ และ บรรจบ บรรณรุจิ, 2558) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ อาจเคยมีประสบการณ์ในการฝึกสติและสมาธิมาก่อน รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับสติและการตระหนักรู้จำเป็นต้องการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้ผลศึกษาในครั้งนี้ ยังมีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการฝึกสติในประเทศไทย เช่น ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรเพ็ญ อารีกิจ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555) และผลของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า อาการหมกหมุ่นครุ่นคิดลดลงและมีระดับการมีสติมากขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2557) นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาและทดสอบกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังเข้าร่วมกลุ่มลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าลดลงเหลือร้อยละ 25 หลังทำกลุ่มและลดลงเหลือร้อยละ 11 หลังเข้าร่วมกลุ่มครบ 3 เดือน (ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ และคณะ, 2558) รวมทั้งการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานแบบกลุ่ม พบว่า มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ, 2560) ส่วนการศึกษาผลโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยการผสมผสานกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวกและการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ, 2565) พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นการศึกษาเริ่มต้นในประเทศไทยที่มีการพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Segal et al. (2003) ทั้ง 8 กิจกรรม ซึ่งพัฒนาโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญเรื่องสติและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมทั้งมีทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาโดยมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวในการ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชทั้งในระยะ 3 และ 6 เดือน ตามแนวทางของ Segal et al. (2013)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้อยู่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยอยู่ในช่วงฤดูฝนและการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส-19 ทำให้มีความลำบากในหากลุ่มตัวอย่าง จึงส่งผลให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่าที่คำนวณได้ 4 คน และในระหว่างดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษามากกว่าปกติ และการนัดหมายทำกิจกรรมกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง โดยมีสมาชิก 8-10 คน ซึ่งค่อนข้างลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสังคมเมืองกับกลุ่มตัวอย่างในสังคมชนบท และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจะมีความคุ้นเคยกับการเจริญสติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ใช้สถิติเพื่อลดอคติในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม และการศึกษานี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงทดลองแบบไม่สุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมให้จำนวนกิจกรรมลดลงและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวอีกครั้ง

2. ควรมีปรับปรุงและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Control Trials) และมีกลุ่มเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น ๆ เช่น การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นต้น

3. เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมมี 8 ครั้ง ใช้เวลาในบำบัดต่อเนื่อง 2 เดือน และเป็นกิจกรรมกลุ่ม 8 - 10 คน ทำให้กลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังนั้นควรมีปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมและเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้มากขึ้นและต่อเนื่อง เช่น การบำบัดแบบรายบุคคล เพื่อลดปัญหาการนัดหมายจำนวนสมาชิกให้พร้อมเพรียงกัน หรือ มีการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้เทคโนโลยี Internet based เช่น Web application หรือ Mobile application เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ไกลสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และลดเวลาการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมในสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถใช้สื่อและอุปกรณ์ในการฝึกสติที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2563-2564 จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.น.พ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดคำแนะนำและเป็นแรงบันดาลใจใน

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณนายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่สนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุปผาวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2550). ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *15(1)*, 19-21.

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ภัทรพร วิสาจันทร์, และ อรวรรณ ศิลปกิจ. (2554). ความตรงของ philadelphia mindfulness scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *19*(3), 140-147.

ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, ปริยา ปราณีตพลกรัง, ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, ญาดา ธงธรรมรัตน์, และ ปราณีต ชุ่มพุทรา. (2558). กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *23*(3), 143-153.

ทยาวีย์ จันทรวิวัฒน์, และสุหทัย โตสังวาล. (2564). ผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *35*(3), 42-57.

พรเพ็ญ อารีกิจ, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *26*(3), 71-80.

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, และ หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. (2565). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *36*(3), 117-140.

มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค [Beck depression inventory IA (BDI-IA)]*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2563). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563*. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

วารีรัตน์ ถาน้อย, รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, และ กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล. (2554). แบบวัดความคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *Journal of Nursing Science*, *29*(2), 29-38.

สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ เวทิส ประทุมศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *25*(3), 66-75.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคฎา โคตรนารา, และขจรศักดิ์ วรรณทอง. (2557). ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *59*(4), 381-393.

อรวรรณ ศิลปกิจ และบรรจบ บรรณรุจิ. (2558). บทความฟื้นฟูวิชาการ: สติและแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 23*(3), 184-197.

Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How does mbct for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS ONE*, *8*(8), e72778.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77-100.

Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Bosmans, J. E., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Smit, F., Bockting, C. L. H., van Schaik, D. J. F., et al. (2018). A supported self-help for recurrent depression in primary care; an economic evaluation alongside a multi-center randomised controlled trial. *PLoS ONE*, *13*(12), e0208570-e0208570.

Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, *15*(2), 204-223.

Guo, H.-R., Wang, J.-R., Wang, Y.-L., Huang, B.-L., Yang, X.-H., & Ren, Y.-M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Frontiers in Psychology*, *13, 1-8*.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*(4), 417-422.

Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S, Thongbenjamas S, & Hasook P. (2021, March). *Development and testing the content validity of the program of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders*. Paper presented at the 20th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved March 22, 2021, from https://www.eposters.net/event/20th-wpa-virtual-congressof-psychiatry

Kennedy, N., Abbott, R., & Paykel, E. S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: Long-term outcome in a cambridge cohort. *Psychological Medicine*, *33*(5), 827-838.

Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K., & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(5), 339-344.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(1), 115-121.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, *29*(5), 489-497.

Rosner, B. (2015). *Fundamentals of biostatistics*. Nelson Education.

Segal, Z. V. , Williams, M. G. , & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). The Guilford Press.

Segal, Z. V., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. The Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. The Guilford Press.

van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *42*(5), 989-1001.

van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. –*Clinical Psychology Review*, *37*, 26-39.

Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D., Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(2), 275-286.

World Health Organization. (24 October 2019). *Depression*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.