

ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้

ความคิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เกษราภรณ์ เคนบุผา ปร.ด. (การพยาบาล)¹

วิจิตรา จิตรักษ์, พย.ม.²

อัญชลี จิตะสาร, พย.ม.³

อรดี โชคสวัสดิ์, ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, พ.บ., ปร.ด. (สาขาระบาดวิทยาจิตเวช)⁵

เจริญศักดิ์ อ่ำกลิน, พบ.⁶

บทคัดย่อขยาย

บทนำ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) เป็นโปรแกรมบำบัดทางจิตวิทยาที่พัฒนาจากการบูรณาการ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn และ Cognitive Therapy ของ Beck เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการฝึกสติและการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความคิดบิดเบือนและเป็นลบ จนส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม การใช้โปรแกรม MBCT ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ในปัจจุบัน ลดการตอบสนองเชิงลบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โปรแกรม MBCT ถูกนำมาใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและบรรเทาอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการตระหนักถึงความผูกพันในชีวิตของบุคคลทั่วไป ทำให้ MBCT เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงทั้งในการป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิผลของ MBCT ต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและการลดอาการซึมเศร้าของงานวิจัยในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า

การออกแบบ เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบดำเนินการตามหลักของ The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines คำถามการวิจัยคือการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่ เกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยกำหนดตามกรอบ PICO โดย P - Population เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือหลังการรักษาหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า I - Intervention เป็นโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy ที่ใช้สำหรับบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า C - Comparison เป็นโปรแกรมอื่น ๆ หรือการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่หรือการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าอย่างเดียว O - Outcomes ได้แก่ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/กำเริบซ้ำ และการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การสืบค้นงานวิจัย ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, และ ThaiJo

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail: wichittra@bncsp.ac.th

³⁻⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁵รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶จิตแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร อ. เมือง จ. ฉะเชิงเทรา

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นเอกสาร ได้แก่ mindfulness-based cognitive therapy or MBCT, depression, depressive disorders และการบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติ ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง ที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 - 31 ธันวาคม 2565 การคัดเลือกงานวิจัยที่สืบค้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและการประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจนนาบริกส์ ดำเนินการโดยนักวิจัย 3 คน ทำงานอย่างเป็นอิสระต่อกัน กรณีที่ผลการคัดเลือกงานวิจัยหรือการประเมินคุณภาพงานวิจัยมีความแตกต่างกัน จะใช้วิธีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปที่เป็นฉันทามติ ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อผู้วิจัย ประเทศ ที่ทำการศึกษา ลักษณะของโปรแกรมบำบัดและโปรแกรมเปรียบเทียบ การออกแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยของงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ทบทวนวรรณกรรม ถูกสกัดในตารางเพื่อนำมาสรุปสังเคราะห์เนื้อหาและรายงานผล

ผลการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ PICO พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 22 เรื่อง โดย 18 เรื่องเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ และ 4 เรื่องเป็นงานวิจัยในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) ผลลัพธ์หลัก พบว่า โปรแกรม MBCT มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการป่วยซึมเศร้ามาแล้วตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ผู้ป่วยที่ยังมีอาการหลงเหลือหลังการรักษา รวมถึงผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคซึมเศร้านานกว่า 2 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่าโปรแกรม MBCT มีผลต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์เพิ่มเติม ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MBCT ร่วมกับยาต้านซึมเศร้า พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเพียงยาต้านซึมเศร้าและการบำบัดแบบมาตรฐาน โปรแกรม MBCT ยังมีการประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคทางกายเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน และกระเพาะอาหารอักเสบ โดยสามารถลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับโรคได้ และมีการพัฒนาในการบำบัดจากเดิมแบบกลุ่มบำบัดเป็นแบบรายบุคคล รวมทั้งเริ่มมีการพัฒนาเป็นแบบออนไลน์ โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยทางออนไลน์มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านอาการเศร้าหรือการบำบัดอื่น พยาบาลจึงควรนำโปรแกรม MBCT ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มต่าง ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและมีการคงไว้ของหลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด คือ การช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ตระหนักรู้ถึงการอยู่กับปัจจุบันและสามารถมองเห็นตัวเองแยกจากรูปแบบความคิดเก่า ๆ และอารมณ์ความรู้สึกตลอดจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เป็นวิถีชีวิตปกติ และควรนำโปรแกรม MBCT รูปแบบออนไลน์ไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือการใช้รูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน นอกจากนี้ ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT ต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า โดยออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่มีการเปรียบเทียบกับโปรแกรมการบำบัดอื่น ๆ หรือการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อความน่าเชื่อถือในการยืนยันผลการวิจัย

คำสำคัญ การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด โรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันที่ได้รับ 10 พ.ย. 66 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 เม.ย. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 13 ส.ค. 67

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A Systematic Review

Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D. (Nursing)¹

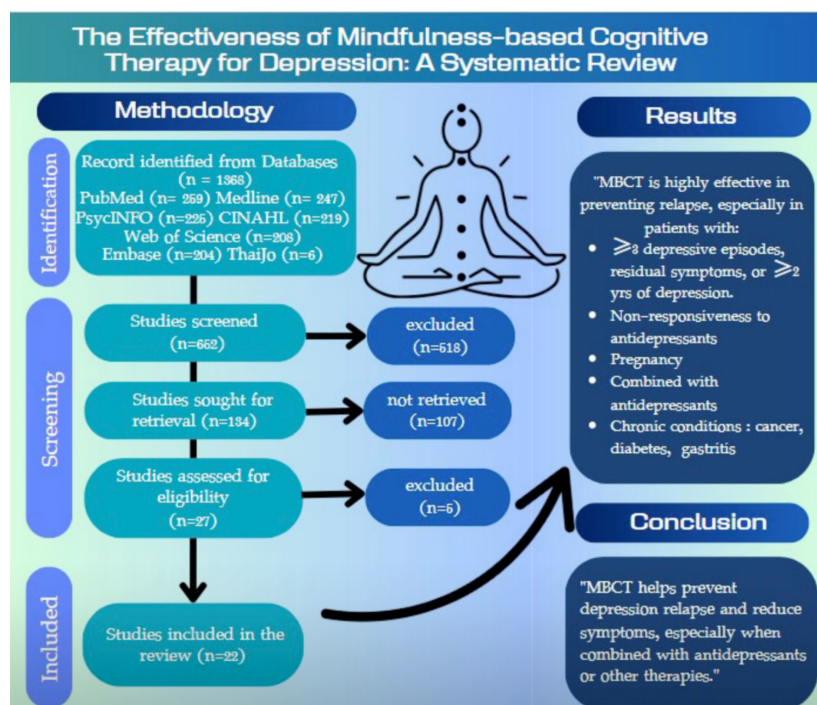
Wichitra Chitrak, M.N.S²

Anchalee Thitasan, M.N.S³

Oradee Choksawat, Ph.D (Nursing)⁴

Chatchawan Silpakit, M.D., Ph.D.(Epidemiological Psychiatry)⁵

Chareonsak Umklin, M.D.⁶



Extended Abstract

Introduction Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is a psychological intervention developed by integrating Kabat-Zinn's Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Beck's Cognitive Therapy. The therapy targets patients with depression by focusing on mindfulness training and cognitive restructuring. Patients with depression frequently exhibit distorted, negative cognitive processes that influence their affective responses and behaviors. The MBCT facilitates patients' recognition of these thoughts and emotions, thereby reducing maladaptive responses and fostering adaptive behaviors. The MBCT has demonstrated efficacy in preventing depression relapse, alleviating symptoms in patients with chronic conditions, and enhancing

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Province, Thailand

²Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Province, Thailand E-mail: wichitra@bcnsp.ac.th

^{3,4}Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Province, Thailand

⁵Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁶Psychiatrist, Buddhasothon Hospital, Muang District, Chachoengsao Province, Thailand

overall psychological well-being, thus presenting a promising approach for both prevention and treatment. However, a systematic review on the effectiveness of MBCT in preventing relapse of depression and reducing depressive symptoms in Thailand has not yet been conducted.

Objective To assess the effectiveness of the mindfulness-based cognitive therapy program in preventing depression relapse and reducing depressive symptoms

Design This study employed a systematic literature review.

Methodology This systematic review was conducted following the principles of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. The research question is whether Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is effective in preventing relapse and reducing depressive symptoms in patients with depression. The inclusion criteria for selecting studies were based on the PICO framework: P-Population included patients diagnosed with depression or those experiencing residual symptoms of depression following treatment or those with ongoing depressive symptoms; I- Intervention involved Mindfulness-Based Cognitive Therapy program used to treat patients with depression or those with depressive symptoms; C- Comparison included other therapeutic programs, current nursing practices, or antidepressant alone; O- Outcomes focused on prevention of relapse/recurrence and reduction of the severity of depressive symptoms. The literature search was conducted using both Thai and English language databases, including PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, and ThaiJo. The keywords used for the search included “mindfulness-based cognitive therapy” or “MBCT,” “depression,” “depressive disorders,” and “cognitive therapy with mindfulness practice.” The research studies were confined as experimental or quasi-experimental studies published in English or Thai between January 1, 2002, and December 31, 2022. The studies were selected based on the defined criteria, and the quality of the studies was assessed using the Joanna Briggs Institute’s research quality assessment tools. The review process was conducted independently by three researchers. In cases of discrepancies in study selection or quality assessment were found, discussions were held to reach a consensus. Information regarding the researchers’ names, countries of study, characteristics of the therapeutic and comparison programs, research design, participants, and research outcomes of the selected studies was extracted into tables for synthesis and further reporting.

Results A total of 22 relevant studies were identified through the literature review based on the PICO criteria, with 18 studies from international sources and 4 from Thailand. The majority of the studies were randomized controlled trials (RCTs). The primary findings indicated that the MBCT program demonstrated high efficacy in preventing relapse among patients with a history of three or more episodes of depression, those exhibiting residual symptoms after treatment, and patients with depression persisting for more than two years. Furthermore, MBCT exhibited beneficial effects for patients who were non-responsive to antidepressants and for pregnant women at risk of relapse during gestation. Additional results revealed that the combination of MBCT with antidepressants significantly reduced relapse rates compared to those receiving antidepressants or standard therapy alone. The MBCT was also applied to patients with depression and chronic conditions, such as cancer, diabetes, and gastritis, and was found to attenuate depressive symptoms and anxiety associated with these conditions. The therapeutic approach has evolved from group-based to individual-based therapy, with an increasing trend toward online delivery, wherein therapists provide remote patient assistance.

Recommendation The Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program is effective in preventing relapse of depression and mitigating depressive symptoms, especially when combined with antidepressants or other forms of therapy. Therefore, nurses should consider applying the MBCT program in the care of patients with depression from diverse populations, adapting it to the specific context of each population while maintaining the core principles of MBCT. These principles include helping patients learn to be mindful of the present moment, enabling them to observe themselves separately from old patterns of thinking and emotions, and integrating these practices into their daily lives as part of a normal lifestyle. Additionally, the online version of the MBCT program should be implemented to increase accessibility for patients with depression or through a combined therapy approach. Further research is also recommended to evaluate the effectiveness of the MBCT program in preventing relapse and reducing depressive symptoms. Future studies should be designed as randomized controlled trials comparing MBCT with other therapeutic programs or antidepressant treatments and involve a large sample size to ensure the credibility of the research findings.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 62-81

Keywords mindfulness-based cognitive therapy / depressive disorder / systematic review

Received 10 November 2023, Revised 30 April 2024, Accepted 13 August 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก¹ มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกจะกลับเป็นโรคซึมเศร้าอีกครั้ง และความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา² ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 38.6³ การกลับเป็นซ้ำและการเกิดใหม่ของโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดตาม ยิ่งติดตามนานมากขึ้นโอกาสพบการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดใหม่เพิ่มมากขึ้น การรักษาโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าเป็นหลักซึ่งมีผลข้างเคียงและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงจากยาต้านซึมเศร้าได้นาน⁴ ดังนั้นการบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยไม่ใช้ยาหรือการใช้ยาและการบำบัดทางจิตร่วมกันมีความสำคัญและความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในปีค.ศ. 2002 Segal, Williams และ Teasdale⁵ ได้พัฒนาโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตวิทยาที่ใช้การฝึกสติและการบำบัดด้วยการพัฒนาจิตใจร่วมกับโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn⁶ และการบำบัดทางจิตวิทยาแบบ Cognitive Therapy ของ Beck⁷ ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยมักขาดความตระหนักรู้ในการคิดที่บิดเบือนซึ่งมักเกิดตามความเคยชินจนกลายเป็นความผิดปกติของความคิด กล่าวคือมีความคิดที่เบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงคิดในทางลบมีความคิดซ้ำซ้อนเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาจึงได้มีการบูรณาการโปรแกรมการบำบัดที่ใช้สติเพื่อลดความเครียดและปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เรียกว่า

MBCT ซึ่งประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาคความเครียดและวิตกกังวลในบุคคลทั่วไป รวมถึงการใช้เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความผาสุกในชีวิต^{5,8}

ต่อมาได้มีการนำ MBCT มาบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางร่างกาย⁹ โดยเป็นการบำบัดรายกลุ่มที่มีการปฏิบัติต่อเนื่อง 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในระหว่างสัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ฝึกกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านและนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตนเอง การเสริมความแข็งแกร่ง และการให้ความรู้ด้วยเทคนิคของ cognitive therapy เช่น การสนทนากับตนเอง การจินตนาการการทำบทบาทสมมติ การเปลี่ยนแปลงกรอบคิด และการปรับเปลี่ยนแบบแผนคิดใหม่ การฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกสมาธิระดับพื้นฐาน ทั้งในสถานะที่ร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้มีความรู้สึกและความตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ และการสะท้อนความรู้สึกตนเอง¹⁰ ซึ่ง MBCT เป็นแนวคิดการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างการฝึกสติและการบำบัดด้วยการพัฒนาจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเติบโตและบรรเทาอาการผ่านการฝึกฝนและการตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เกิดการยอมรับตนเองตามสภาพปัจจุบันโดยไม่ยึดติดกับการตัดสินค่าตามความคิดของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักรู้ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าตามสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจริง และสามารถแยกตนเองออกจากความคิดเชิงลบ¹⁰ โดยมุ่งเน้นไปที่การรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึก ด้วยการเพิ่มความรับรู้ในแง่ของอภิปัญญา

ซึ่งเป็นระดับความคิด ความรู้สึก หรือความเชื่อ ซึ่งมีประสบการณ์ในรูปแบบการกระทำที่มีสติ (being mode) ในขณะที่เดียวกันลดรูปแบบการกระทำแบบไม่มีสติ (doing mode) คือการดำเนินชีวิตแบบใช้ความคิดอัตโนมัติที่ทำให้พบกับปัญหาอุปสรรคและพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาที่ประสบ หรือการคิดแต่เรื่องเดิม ๆ ที่เป็นความคิดแบบเคยชิน^๖ ซึ่งกระบวนการนี้เริ่มจากการที่บุคคลสร้างแนวคิดที่ต้องการให้สิ่งต่าง ๆ เป็นอย่างไรหรือคิดว่าควรจะเป็นอย่างไร จากนั้นบุคคลจะเปรียบเทียบกับสิ่งนั้นกับความคิดของตนเองว่าตอนนี้สิ่งต่าง ๆ เป็นอย่างไร หากมีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เป็นและสิ่งที่ต้องการให้เป็น จะเกิดการสร้างความคิดและการกระทำเพื่อพยายามปิดช่องว่าง และติดตามความคืบหน้าเพื่อดูช่องว่างนั้นมักเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ในที่สุด ความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ บุคคลก็วนเวียนอยู่เช่นนี้ กล่าวคือเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด บุคคลเคยรับรู้ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้นอย่างอัตโนมัติหรือตามความเคยชิน เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจ ดับข้องใจ^๖ ส่วนรูปแบบการกระทำแบบมีสติเป็นสิ่งที่ตรงข้าม คือ “การยอมรับ” และ “การอนุญาต” สิ่งที่เป็นให้เป็นไปโดยไม่มีแรงกดดันที่จะเปลี่ยนแปลง นอกจากอยู่กับปัจจุบัน เปิดรับสิ่งเกิดขึ้น^๖

การกระทำแบบไม่มีสติและมีสติ มีความต่างกัน ในช่วงเวลาที่มุ่งสนใจ กล่าวคือ การกระทำแบบมีสติ บุคคลจะคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยมีการคาดการณ์หากบุคคลไปสู่เป้าหมายและมองย้อนกลับมาในความทรงจำที่เคยเผชิญ แต่ผลของการกระทำแบบไม่มีสติ ทำให้จิตใจเดินไปสู่อนาคตหรือกลับไปสู่อดีตที่ผ่านมา เป็นผลให้จิตใจไม่ได้อยู่กับปัจจุบัน การกระทำแบบมีสติจึงเป็นลักษณะประสบการณ์ที่อยู่กับปัจจุบัน^๖ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกสติอย่างจริงจัง เมื่อมีสติเพิ่มขึ้นจะสามารถฝึกสติให้จดจ่ออยู่กับปัจจุบัน พิจารณา

ความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น และปฏิกิริยาที่ตอบสนองจากการทำงานของการทำงานแบบไม่มีสติ และค่อย ๆ เรียนรู้ในการตระหนักรู้ตนเองออกมาจากการกระทำแบบไม่มีสติมาสู่รูปแบบการกระทำแบบมีสติ^๖

การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา มีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพในช่วงเวลา 20 ปีพบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค^๖ รวมทั้งการบำบัดดังกล่าวมีผลในการเพิ่มระดับการมีสติและลดความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์^๖ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ งานวิจัยและองค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดที่ผ่านมาในต่างประเทศใช้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ มักนำแนวคิดของศาสนาพุทธมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือบุคคลทั่วไปที่มีปัญหาสุขภาพจิตในองค์กร¹¹ อย่างไรก็ตามการบำบัดทางจิตวิทยาแบบ Cognitive Therapy (CT) ของ Beck⁷ และ MBCT ตามแนวทางการบำบัดของ Segal และคณะ^{๖,8} ที่เน้นการผสมผสานเทคนิคการฝึกสติ (mindfulness) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ยังมีการใช้ค่อนข้างน้อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย และขยายผลไปสู่การปฏิบัติในการบำบัดรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า

วิธีดำเนินการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบดำเนินการตามหลักของ the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines¹² ประกอบด้วย การตั้งคำถาม การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย การคัดเลือกงานวิจัย การวิเคราะห์งานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย การสังเคราะห์ และการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม

คำถามการวิจัย การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ใช้กรอบ PICO ได้แก่

- 1) Population: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า
- 2) Intervention: โปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy ตามแนวคิดของ Segal et.al, 2002⁸ ที่ใช้สำหรับบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า
- 3) Comparison: โปรแกรมอื่น ๆ หรือการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ เช่น กลุ่มเปรียบเทียบที่มีการรักษาด้วยยา โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ
- 4) Outcomes: วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/กำเริบซ้ำและการลดอาการซึมเศร้า

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) กรณีศึกษาและบทความย่อในการประชุมวิชาการ 3) คุณภาพงานวิจัยต่ำ 4) กลุ่มตัวอย่างน้อย 5) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังหรือโรคติดก้นวล

การสืบค้นงานวิจัย เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ในระหว่าง 1 มกราคม 2545 – 31 ธันวาคม 2565 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, ThaiJo คำสำคัญภาษาอังกฤษที่ใช้สืบค้น ได้แก่ ‘depression’ OR ‘depressive’ AND ‘mindfulness’ OR ‘Mindfulness-Based Cognitive Therapy’ OR ‘MBCT’ OR ‘MBCT’ AND ‘Randomized Control Trial’ OR ‘MBCT’ AND ‘Control Trail’ OR ‘Mindfulness’ AND ‘Randomized Control Trial’ ภาษาไทย ได้แก่ ‘การบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติ’ AND ‘ภาวะซึมเศร้า’ OR ‘โรคซึมเศร้า’ OR ‘ผลของโปรแกรม’ OR ‘การทดลองแบบสุ่ม’

การคัดเลือกงานวิจัย คุณภาพของงานวิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย Joanna Briggs Critical Appraisal Tools ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute: JBI)¹³ การเลือกงานวิจัยตามแนวทาง PRISMA¹² ภายหลังตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกแล้ว นักวิจัย 3 คน ทำการคัดกรองงานวิจัยโดยยึดตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและเกณฑ์การคัดออก โดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อและบทความฉบับเต็ม โดยนักวิจัยแต่ละคนแยกกันอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อทุกฉบับ แล้วคัดเลือกงานวิจัยถ้าพบคำสำคัญตามที่กล่าวมา กรณีที่ผลการคัดเลือกงานวิจัยของนักวิจัยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยประชุมพิจารณาร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้เอกสารอ้างอิงที่ปรากฏในงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามา ถูกสืบค้นเพิ่มเติมและคัดกรองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือความเสี่ยงต่ออคติในงานวิจัย งานวิจัยแต่ละเรื่องที่ผู้วิจัยคัดเลือกเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมได้รับการประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือของสถาบัน

โจนนาบริกส์¹³ ได้แก่ การประเมินระเบียบวิธีวิจัย เช่น วิธีการจัดตัวอย่างเข้ากลุ่ม การลดอคติการวิจัย การปกปิดข้อมูลสำหรับบำบัดและอาสาสมัคร รวมทั้งการรายงานผลการวิจัยโดยใช้เกณฑ์ใช่ (yes) ไม่ใช่ (no) ไม่แน่ใจ (unclear) และ ไม่มีข้อมูลหรือไม่เกี่ยวข้อง (not available, N/A) การประเมินคุณภาพงานวิจัยทำโดยนักวิจัย 2 คน

อย่างเป็นอิสระ หลังจากนั้นนำผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยแต่ละเรื่องมาเปรียบเทียบกัน งานวิจัยใดที่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะอธิบายการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องและมีอคติต่อผลการศึกษาก็จะถูกคัดออก กรณีที่นักวิจัยทั้ง 2 คน มีความเห็นไม่ตรงกัน งานวิจัยนั้นจะถูกประเมินคุณภาพโดยนักวิจัยคนที่ 3 เพื่อตัดสินในขั้นสุดท้าย (Figure 1)

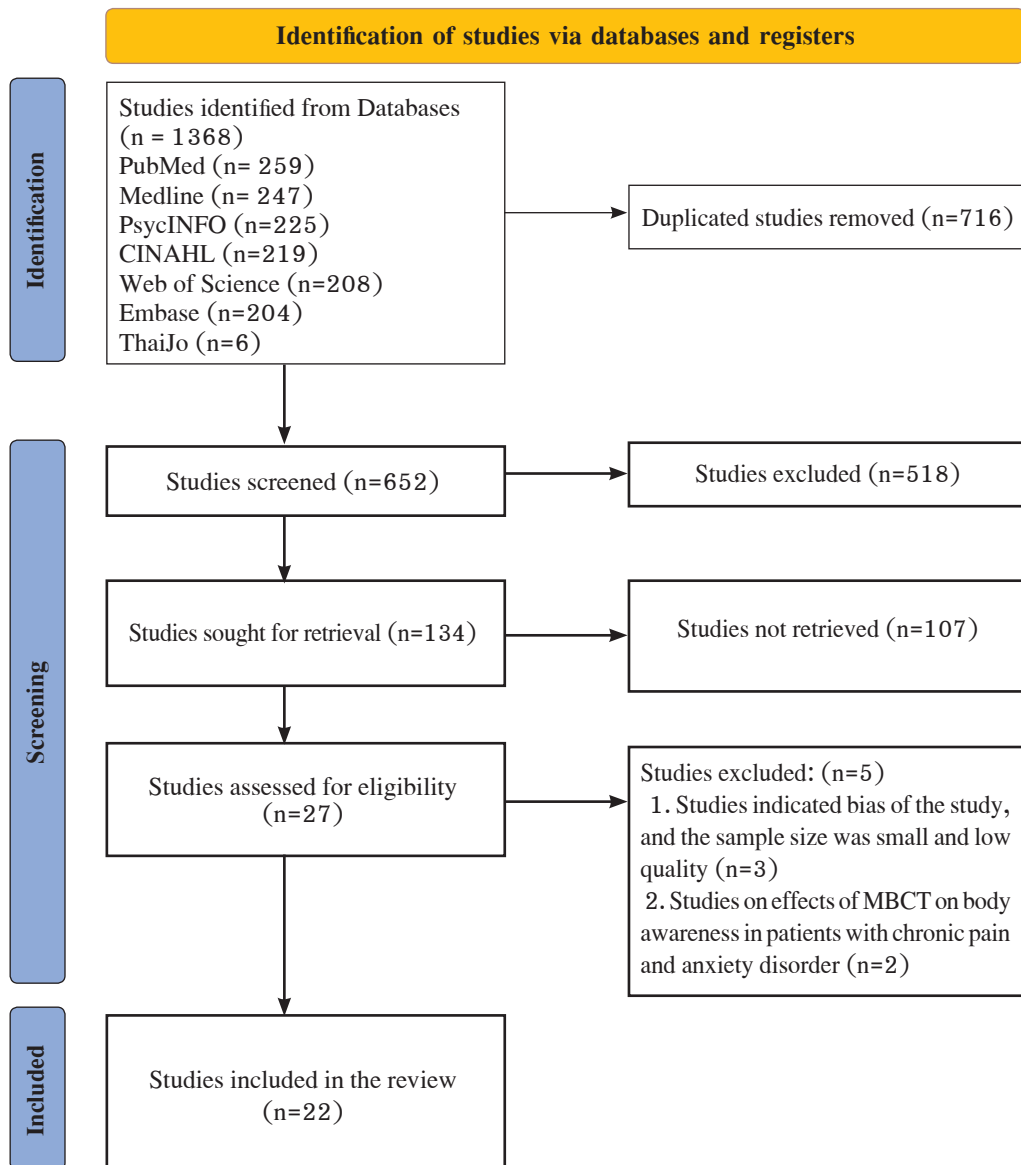


Figure 1 PRISMA¹⁴ flowchart diagram of the article selection process

การสกัดข้อมูล ลักษณะของการศึกษาถูกสกัดจากงานวิจัยโดยบันทึกลงในตาราง ประกอบด้วยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ ประเทศที่ทำการศึกษาลักษณะของโปรแกรมบำบัด และโปรแกรมเปรียบเทียบทั้งแบบจิตบำบัดแบบอื่นหรือการรักษาแบบปกติรูปแบบการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์หลักของการศึกษา

การสังเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลใช้การสังเคราะห์ข้อมูลแบบบรรยาย เนื่องจากความแตกต่างของงานวิจัยโดยวิเคราะห์แยกแยะรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์หลักคือ การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและจากผลการศึกษาที่นักวิจัยแต่ละเรื่องรายงานไว้

ผลการศึกษา

งานวิจัยที่นำมาประเมินคุณภาพมีจำนวนทั้งหมด 27 เรื่อง ถูกคัดออกไม่สามารถนำมาสังเคราะห์ได้จำนวน 5 เรื่อง เนื่องจากมีคุณภาพต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และผลลัพธ์การศึกษาไม่เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและการลดภาวะซึมเศร้า จึงมีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์จำนวน 22 เรื่อง ศึกษาในประเทศอเมริกา แคนาดา อังกฤษ เยอรมัน เดนมาร์ก นอร์เวย์ เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ จีน ฮองกง และอิหร่าน 18 เรื่อง ศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีคุณภาพค่อนข้างดีจำนวน 14 เรื่อง คุณภาพค่อนข้างต่ำ 4 เรื่อง และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองและมีคุณภาพค่อนข้างต่ำจำนวน 4 เรื่อง ทุกเรื่องใช้โปรแกรม MBCT ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย การรักษาแบบปกติ มีบางงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบกับการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า รวมทั้งมีการเปรียบเทียบกับการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น การสรุป

ประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT พิจารณาจาก 2 ผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ผลของโปรแกรม MBCT ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าและในการลดอาการซึมเศร้า (Table 1)

ผลของโปรแกรม MBCT ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยเปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยลดการกลับเป็นซ้ำและการเกิดใหม่ ความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำลดลงรวมทั้งความถี่ในการใช้ยาด้านซึมเศร้าลดลง¹⁵ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT กับการได้รับยาด้านซึมเศร้าระยะยาวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปและมีการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MBCT และกลุ่มที่ได้รับยาด้านซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันในระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ รวมทั้งไม่มีความแตกต่างในการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาวที่ไม่สามารถรับยาด้านซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องโปรแกรมบำบัด MBCT อาจเป็นทางเลือกในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ลดอาการซึมเศร้าที่เหลืออยู่และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁶ ส่วนผลลัพธ์ของโปรแกรม MBCT ร่วมกับการได้รับยาด้านซึมเศร้า เปรียบเทียบกับการได้รับยาด้านซึมเศร้าและการพยาบาลปกติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติอาการรุนแรงจากการป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรม MBCT ร่วมกับยาต้านซึมเศร้า มีการกำเริบของโรคซึมเศร้าน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าและการพยาบาลปกติ¹⁷ ดังนั้นโปรแกรม MBCT ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการกำเริบซ้ำของโรคตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติพบว่ามีประสิทธิภาพป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้¹⁸

นอกจากนี้มีการนำโปรแกรม MBCT ไปประยุกต์กับแนวคิดอื่น ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีปัญหาซึมเศร้า รวมทั้งเปรียบเทียบกับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น นำไปใช้ร่วมกับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดโดยประยุกต์จากแนวคิด Segal, Williams, and Teasdale, 2002⁵ และแนวคิดการจัดการตนเอง¹⁹ เพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ²⁰ และมีการประยุกต์ใช้โปรแกรม MBCT ในกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลา แต่ยังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่²¹ และมีการทดลองใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยเปรียบเทียบกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยการออกกำลังกาย การบำบัดด้วยดนตรี และการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการให้การรักษาตามปกติร่วมกับการรักษาด้วยยา²² รวมทั้งผลของโปรแกรม MBCT ร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว (dysthymia) อย่างน้อย 2 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวและไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตใด ๆ²³ และมีการนำโปรแกรมบำบัด MBCT เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบของภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์

มีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (MBCT adapted for perinatal women, MBCT-PD) และทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่มีประวัติซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ²⁴ สรุปผลลัพธ์ของโปรแกรม MBCT นอกจากช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือนและ 6 เดือนแล้ว²⁰ ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²¹ ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าดีขึ้น²² รวมทั้งช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการควบคุมอารมณ์²³ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT-PD มีอาการซึมเศร้าและอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามลดลง และมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลงระหว่างการบำบัด²⁴

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการช่วยลดอาการซึมเศร้า

ปัจจุบันเริ่มมีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT ในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งมีการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีการวัดผลลัพธ์ที่การลดลงของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล การตอบสนองต่อความเครียด ความเมื่อยล้าของจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy (CBT)) ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ต่อการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดทางสังคมในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า²⁵ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร²⁶ โปรแกรม MBCT เป็นแบบออนไลน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมาก²⁷ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเครียดที่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และความอ่อนล้าของ

จิตใจ²⁸ โปรแกรม MBCT แบบออนไลน์โดยใช้สมุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผสมผสานกับการให้บริการของผู้บำบัดเป็นพี่เลี้ยงโดยใช้โทรศัพท์และการส่งข้อความ²⁹ การศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในหญิงตั้งครรภ์ในระยะ 1-6 เดือนแรก³⁰ และการศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป^{31,32}

นอกจากนี้โปรแกรม MBCT มีผลต่อการลดลงของปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มขึ้นของปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้า³³ โดยผลการศึกษาดังกล่าวค่อนข้างสรุปไปในแนวทางเดียวกันว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม MBCT ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดดีขึ้น ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ที่ดีขึ้นนี้เชื่อมโยงกับการดีขึ้นของอาการซึมเศร้า²⁵ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าวลดลง และมีระดับความตระหนักรู้ในตัวเองเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²⁶ โปรแกรม MBCT แบบออนไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง²⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรม MBCT ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความอ่อนล้าของจิตใจลดลงโดยโปรแกรม CBT ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้ดีกว่าโปรแกรม MBCT²⁸ และพบว่าโปรแกรม MBCT แบบออนไลน์นอกจากมีผลช่วยลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและอาการปวดแล้วยังช่วยเพิ่มระดับของสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม MBCT²⁹ นอกจากนี้

โปรแกรม MBCT ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ในระยะ 1-6 เดือนแรก³⁰ รวมทั้งเพิ่มระดับความจำอัตโนมัติ ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์และเพิ่มระดับของสติในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า^{31,32} โดยส่งผลให้อาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลเนื่องจากมีระดับสติดีขึ้น³² อีกทั้งผลต่อการลดลงของปัจจัยเสี่ยงและการเพิ่มขึ้นของปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อการซึมเศร้า โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ความคิดและสติปัญญา อารมณ์และการควบคุมตัวเอง และช่วยลดระดับการตัดสินใจตนเองและเพิ่มระดับการเมตตาตัวเอง³³

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเจริญสติได้มีการประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม³⁴ และมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน³⁵ รวมทั้งมีการศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะซึมเศร้า³⁶ ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเจริญสติผู้ป่วยมีการลดลงของอาการซึมเศร้า³⁴ และโปรแกรม MBCT ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้³⁵ และช่วยลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับทำให้สุขภาพจิตศึกษา³⁶

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
1. Godfrin and van Heeringen ¹⁵ (2010), Belgium	MBCT + TAU vs TAU alone	- RCT - 106 recovered depressed patients with a history of at least 3 depressive episodes	The MBCT plus TAU showed a significant reduction in both short and longer-term depressive mood and better mood states and quality of life.
2. van Aalderen, Donders ⁹ (2012), Netherlands	MBCT+TAU vs TAU	RCT comparing MBCT+TAU (n=102) with TAU alone (n=103) in depressed patients with 3 or more previous depressive episodes	- MBCT is as effective for patients with recurrent depression who are currently depressed as for patients in remission. - Patients in MBCT+TAU reported fewer depressive symptoms, worry, and rumination and increased levels of mindfulness skills compared to those receiving TAU alone.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
3. Britton, Shahar ²⁵ (2012), USA	MBCT and Waitlist control	- RCT in 52 MDD in the last 5 years and had a lifetime history of at least 3 episodes but were in partial remission over the previous 8 weeks with a varying degree of residual symptoms. - 29 participants were allocated to RCT, and 23 were allocated to the waitlist control group.	- MBCT decreased emotional reactivity to social stress, and waitlist controls showed increased anticipatory (pre-stressor) anxiety, which was absent in the MBCT group. - Reductions in emotional reactivity partially mediate MBCT's effects on depression.
4. Geschwind, Peeters ²¹ (2012), Netherlands	MBCT vs Waitlist	RCT/ Currently non-depressed adults with residual symptoms and a history of depression (£ 2 prior episodes: n = 71; ≥ 3 episodes: n = 59) were randomized to MBCT (n = 64) or a waitlist control (n = 66)	MBCT reduced residual depressive symptoms irrespective of the number of previous episodes of major depression, about 30–35% compared to control reporting only 10%.
5. Batink, Peeters ³² (2013), Netherlands	MBCT vs Waitlist	RCT/ Adults with current residual symptoms after at least 1 episode of major depressive disorder (mean age 43.9 years, SD 9.6; 75% female; all Caucasian) were randomized to MBCT (n=64) or TAU (n=66).	- Changes in mindfulness skills mediate therapeutic effects of MBCT and worry. - Changes in momentary positive and negative affect significantly mediated the efficacy of MBCT and mediated the effect of worry on depressive symptoms. - Patients with a prior history of ≤ 2 episodes of MDD, changes in cognitive and, to a lesser extent, effective processes mediated the effect of MBCT.
6. Williams, Crane ¹⁸ (2014), United Kingdom	MBCT+CPE vs TAU	RCT in 274 participants with a prior history of MDD at least 3 episodes were allocated in the ratio 2:2:1 to MBCT plus TAU, CPE plus TAU, and TAU alone.	MBCT provided significant protection against relapse for participants with increased vulnerability due to history of childhood trauma but showed no significant advantage in comparison to an active control treatment and usual care over the whole group of patients with recurrent depression.
7. Kuyken, Hayes ¹⁶ (2015), United Kingdom	MBCT vs maintenance antidepressants	RCT in adult patients with 3 or more previous major depressive episodes and on a therapeutic dose of maintenance antidepressants. - 424 participants were randomly assigned to either MBCT (n=212) or maintenance antidepressants (n=212), in a 1:1 ratio.	The time to relapse or recurrence of depression did not differ between MBCT and maintenance antidepressants over 24 months (hazard ratio 0.89, 95% CI 0.67–1.18; p=.43), nor did the number of serious adverse events. - Both treatments were associated with enduring positive outcomes regarding relapse or recurrence, residual symptoms, and quality of life.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
8. Schoultz, Atherton ²⁶ (2015), United Kingdom	MBCT vs Wait-list control	Pilot RCT/ Patients with inflammatory bowel disease (IBD) with depression and anxiety were randomly allocated to an MBCT intervention (n = 22) or a waitlist control (n = 22).	Initial estimates of parameters to the proposed outcomes at post-intervention and follow-up showed a significant improvement in MBCT compared to control for depression, trait anxiety, and dispositional mindfulness.
9. Hamidian, Omid ²³ (2016), Iran	MBCT + medication vs Medication	Clinical study with convenient sampling/ 50 participants with dysthymia or double depression, without severe mental disorders, lack of drug or alcohol abuse while taking part in the study and not suffering from depression resulting from a simultaneous physical problem. - MBCT + medication (n = 25) had to attend at least 5-8 treatment sessions - The control group (n=25) received only medication.	- Significant effects were found for both anxiety and depressive symptoms post-intervention. - The effects were maintained at follow-up for anxiety but not for depressive symptoms. - The findings suggest MBCT to be a helpful intervention for cancer survivors suffering from symptoms of anxiety.
10. Dimidjian, Goodman ²⁴ (2016), USA	MBCT-PD vs TAU	Pilot RCT/Pregnant adult women with depression histories were recruited from obstetrics clinics at two sites and randomized to MBCT-PD (n=43) or TAU (n=43).	MBCT can be effective in reducing depressive and anxiety symptoms and in enhancing the use of adaptive emotion regulation strategies and psychological well-being. Improvements in outcomes were maintained for a month.
11. Eisendrath et al, ²² (2016), USA	MBCT vs HEP	RCT/173 participants were over 18 years old, had MDD, and scored 14 or greater on the 17-item Hamilton Depression Rating Scale.	MBCT can lead to a reduction in risk factors of depressive relapse and a strengthening of factors known to be protective of depressive relapse. The most extensive changes were found in the domain of self-relatedness, in the form of large effects on the participant's ability to be less self-judgmental and more self-compassionate.
12. Nissen, O'Connor ²⁷ (2020), Denmark	iMBCT and Waitlist control	RCT/150 breast and prostate cancer survivors were randomized to iMBCT (70%) or waitlist control (30%).	iMBCT and active control programs decrease the severity of depressive symptoms in older adults, but only the iMBCT group showed substantial improvements in autobiographical memory specificity, rumination, and mindfulness.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
13. Zemestani and Fazeli Nikoo ³⁰ (2020), Austria	MBCT 8 wks. vs Control group	RCT/ 38 pregnant women diagnosed with depression and comorbid anxiety disorders were randomly assigned to MBCT or a control group.	- A significant reduction in depression, anxiety, and fatigue scores in CBT and MBCT groups. - A significant difference between both treatment groups with the waitlist group in anxiety and depression, but no significant difference was found between MBCT and CBT groups. - Only a significant difference in fatigue between the CBT and waitlist groups ($p = .01$).
14. Schanche, Vøllestad ³³ (2020), Norway	MBCT 8 wks. vs Waitlist control	RCT/68 patients with recurrent depressive disorder were randomized to MBCT or waitlist control.	- Youth depression can be effectively treated with online CBT-M. - The intervention group included a large subgroup with severe depression ($n=10$), defined as severe by a BD-II score >29, 50% of whom were in remission ($BDI < 14$) at the final (6-month) assessment. - Of the 6 participants who exhibited moderate depression, 5 achieved remission, and of the 3 participants with mild depression, 2 achieved remission.
15. Shih, Chan ³¹ (2021), Hong Kong	MBCT 8 wks. vs Active control (exercise and health education)	RCT/57 older adults (mean age, 70 years) with normal cognition and mild to moderate depressive symptoms were randomly allocated to either the MBCT or the active control group	- After 1 year of MBCT, 8 patients experienced recurrence in experimental group (12.31%), and 19 patients experienced recurrence in the control (29.23%) - Experimental and control groups were significantly improved after treatment ($p < .05$). - MBCT significantly impacted the recurrence of MDD ($p=.039$). - MBCT combined with medication therapy can effectively prevent the recurrence of MDD in convalescent patients.
16. Sheikhzadeh, Zanjani ²⁸ (2021), Iran	MBCT 8 wks., CBT, and waitlist group	RCT/60 patients diagnosed with cancer were randomly assigned into 3 groups: MBCT, CBT, and waitlist group.	- After MBCT, experimental group reduced depressive symptoms. - The experimental group had lower depressive symptoms than the control group.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
17. Ritvo, Kn-yahnytska ²⁹ (2021), Canada	Online CBT- M 8 wks. vs active control	RCT/ 45 participants (18-30 years) were diagnosed with major depressive disorder.	- Anxiety and depressive scores decreased significantly after the intervention and 3 months of post-intervention. - The proportion of the risk group decreased to 25% and 11% at 0 and 3 months after the program.
18. Guo, Wang ¹⁷ (2022), China	MBCT + Medication therapy vs Medication therapy	- RCT/130 patients with convalescent MDD were enrolled. - Experimental group received MBCT + medication (n=65); Control group received medication alone (n=65)	- Depression scores at post-test and 1-month follow-up in experimental group significantly differed from the control group. - Depression in experimental group at post-test and 1-month follow-up was significantly lower than pre-test. - MBCT effectively reduced depression among patients with diabetes.
19. Areekit Pornpen ³⁴ (2012), Thailand	CBT+MBCT vs TAU	Quasi-experimental study / 40 patients with depressive disorder were equally divided into the CBT+MBCT (n=20) vs TAU group (n=20)	- Depression in CBT+MBCT group was significantly less than before the program (p<.05). - Depression after CBT+MBCT was significantly less than TAU group (p<.05).
20. Ser-mthongtip, Somjit ³⁵ (2017), Thailand	MBCT vs TAU	Quasi-experimental study / 24 participants with diabetes who met the inclusion criteria. MBCT (n=12) vs TAU (n=12)	- Depression at post-test and 1-month follow-up in MBCT significantly differed from TAU. - Depression in the MBCT at post-test and 1-month follow-up were significantly lower than pre-test. - MBCT effectively reduced depression among patients with diabetes.
21. Panakunakorn N, Tangjittiporn T ³⁶ (2021), Thailand	MBCT vs psychoeducation vs TAU	Quasi-experimental study / 61 participants were randomized into MBCT (n=20), psychoeducation (n=20), and TAU care (n=21).	- HRSD score in the MBCT group declined significantly from 8.20 (SD 4.69) to 5.60 (SD 4.88) (p=.004, d=0.74) at 1 month after intervention, and HRSD score in TAU care (p=.038, d=0.49). - No significant change in HRSD of the psychoeducation group.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
22. Choompubut P, Kenbubpha K ²⁰ (2022), Thailand	Informed MBCT vs TAU	Quasi-experimental study / 40 depressed patients were divided into Informed MBCT and TAU groups.	- Informed MBCT group had significantly reduced in depression after intervention and 3-month follow-up compared to TAU ($p < .05$). - Informed MBCT group significantly decreased ruminative thought post-intervention, and 3-month follow-up compared to TAU ($p < .05$). - Readmission rate at 3 and 6 months of the informed MBCT (0 %) was significantly lower than TAU (20%) ($p < .001$).

Remark: MDD=Major depressive disorder, MBCT=Mindfulness Based Cognitive Therapy, iMBCT=Internet-delivered Mindfulness Based Cognitive Therapy, TAU=Treatment as Usual, CPE=Cognitive Psychological Education, MBCT-PD=Mindfulness Based Cognitive Therapy-Perinatal Depression, HEP=Health Enhancement Program, CBT=Cognitive Behavioral Therapy, Online CBT-M=Online mindfulness-based cognitive behavioral therapy, RCT=Randomized Controlled Trial, Waitlist= Waitlist control, HRSD=Hamilton Rating Scale for Depression

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้พบว่า โปรแกรม MBCT ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า ช่วยลดอาการซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับ การทำจิตสังคัมบำบัดอื่น เช่น การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการปรับความคิดทางจิตใจ การให้สุขภาพจิตศึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิต การรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า การรักษาแบบปกติทั่วไป รวมทั้งช่วยลดอาการซึมเศร้า ความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และความคิดในการมองโลกดีขึ้น รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยโปรแกรม MBCT มีการฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้อารมณ์และความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละ

ขณะ เพื่อช่วยเปลี่ยนวิธีการตอบสนองทางจิตใจที่เคยเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติให้เป็นการตอบสนองที่มีสติและมีการยอมรับความคิดเชิงลบ โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับความคิดเหล่านั้น

โปรแกรม MBCT ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการคงที่⁵ เป็นการบำบัดในรูปแบบกลุ่มที่มีสมาชิก 6-10 คน ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรมที่ครอบคลุมถึงการตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น การยอมรับสิ่งที่เป็น และการพัฒนาเทคนิคในการดูแลตนเอง โดยโปรแกรมนี้ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-120 นาทีเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ รวมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมระหว่างสัปดาห์¹⁰ การศึกษาติดตามพบว่า โปรแกรม MBCT ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่

เป็นโรคซึมเศร้า¹⁸ รวมถึงผู้ที่ยังมีการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังนานมากกว่า 2 ปี²³ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า²² และหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบของภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์^{20,26} โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย MBCT มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว¹⁷ และยังพบประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง²² นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำและปานกลางพบว่า โปรแกรม MBCT ช่วยเพิ่มระดับความจำอัตโนมัติลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และเพิ่มระดับของสติ²³

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีภาวะปวดเรื้อรังหรือโรคกายเรื้อรัง เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หรือ มะเร็งเต้านม โปรแกรม MBCT ก็มีผลดีในการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล^{22,25} รวมถึงช่วยเพิ่มระดับสติและความตระหนักรู้ในตัวเอง ส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดและยอมรับได้³³ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ในขณะที่การพัฒนาโปรแกรม MBCT แบบออนไลน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 18-30 ปี ก็พบว่า โปรแกรมออนไลน์นี้มีผลในการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล^{23,24} รวมถึงอาการปวดและช่วยเพิ่มระดับของสติ²⁹

ดังนั้น โปรแกรม MBCT จึงมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีข้อดีในเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงโดยเฉพาะในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังต้องการการศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้

โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีรายงานการศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ตามแนวคิดของ Segal และคณะ⁸ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 มีการเรียกชื่อของโปรแกรมแตกต่างกัน มีงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า 4 เรื่อง^{17,30-32} ซึ่งยังอยู่ในระยะเริ่มต้นจึงควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรม MBCT ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการวิจัยแบบสุ่มและมีการเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่น ๆ เพื่อให้มีประสิทธิผลและคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งควรมีการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้รูปแบบออนไลน์เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลร่วมด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระยะยาวและลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาค้นนี้คัดเลือกงานวิจัยเฉพาะที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการภาษาอังกฤษและภาษาไทยเท่านั้น และไม่ได้ทำการวิเคราะห์หอคอสมัน (meta-analysis) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT ในการลดการกลับเป็นซ้ำและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลควรนำโปรแกรม MBCT ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มต่าง ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและมีการคงไว้ของหลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด คือ การช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดได้ตระหนักรู้ถึงการอยู่กับปัจจุบันและสามารถมองเห็นตัวเองแยกจากรูปแบบความคิดเก่า ๆ และอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เป็นวิถีชีวิตปกติ และควรศึกษาวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า โดยออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่มีการเปรียบเทียบกับโปรแกรมการบำบัดอื่น ๆ หรือการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [internet]. World Health Organization; [updated date 2023 March 31; cited date 2024 July 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(5): 339–44. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00266.x> PMID: 15049770
3. Hiranyatheeb T, Nakawiro D, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookkamana P, Pinyopornpanish M, et al. The impact of residual symptoms on relapse and quality of life among Thai depressive patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:3175–81. <https://doi.org/10.2147/NDT.S124277>. PMID: 28003753
4. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O' Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):417–22. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.417> PMID: 15809409
5. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach for preventing relapse. New York: The Guilford Press; 2002.
6. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta: University of Massachusetts Medical Center/Worcester; 1990.
7. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press; 1979.
8. Segal ZV, Williams M, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2018.
9. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:26–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001> PMID: 25748559
10. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2013.
11. Wongpiromsarn Y. Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual. 1st ed. Nonthaburi province: Beyond Publishing; 2016.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID: 33782057
13. Joanna Briggs Institute [JBI]. JBI critical appraisal tools [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 7]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> PMID: 19621072

15. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010;48(8):738-46. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>. PMID: 20462570
16. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomized controlled trial. *Lancet.* 2015;386(9988):63-73. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)62222-4) PMID: 25907157
17. Guo HR, Wang JR, Wang YL, Huang BL, Yang XH, Ren YM. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Front Psychol.* 2022;13: 882006. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.882006> PMID: 36059775
18. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(2):275-86. <https://doi.org/10.1037/a0035036> PMID: 24294837
19. Biesheuvel-Leliefeld KEM, Bosmans JE, Dijkstra-Kersten SMA, Smit F, Bockting CLH, van Schaik DJF, et al. A supported self-help for recurrent depression in primary care; an economic evaluation alongside a multi-center randomized controlled trial. *PLoS One.* 2018;13(12):e0208570. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208570> PMID: 30566441
20. Choompubut P, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Leejongpermpon J, Patipakdee H. Development and the effect of self-management with mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse among people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2022;36(3): 117-40. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/260382/178442> (in Thai)
21. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012;201(4):320-5. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104851> PMID: 22878133
22. Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal ZV, Nelson JC, McInnes LA, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychother Psychosom.* 2016;85(2):99-110. <https://doi.org/10.1159/000442260> PMID: 26808973
23. Hamidian S, Omid A, Mousavinasab SM, Naziri G. The effect of combining mindfulness-based cognitive therapy with pharmacotherapy on depression and emotion regulation of patients with dysthymia: a clinical study. *Iran J Psychiatry.* 2016;11(3):166-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928248/> PMID: 27928248
24. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol.* 2016; 84(2):134-45. <https://doi.org/10.1037/ccp0000068> PMID: 26654212
25. Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2012;43(2):365-80. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.006> PMID: 22440072
26. Schoultz M, Atherton I, Watson A. Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. *Trials.* 2015;16(1):379. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0909-5> PMID: 26303912

27. Nissen ER, O'Connor M, Kaldø V, Hojris I, Borre M, Zachariae R, et al. Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2020;29(1):68–75. <https://doi.org/10.1002/pon.5237> PMID: 31600414
28. Sheikhzadeh M, Zanjani Z, Baari A. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety, depression, and fatigue in cancer patients: a randomized clinical trial. *Iran J Psychiatry*. 2021;16(3):271–80. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6252> PMID: 34616460
29. Ritvo P, Knyahnytska Y, Pirbaglou M, Wang W, Tomlinson G, Zhao H, et al. Online mindfulness-based cognitive behavioral therapy intervention for youth with major depressive disorders: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(3):e24380. <https://doi.org/10.2196/24380> PMID: 33688840
30. Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(2):207–14. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8> PMID: 30982086
31. Shih VWY, Chan WC, Tai OK, Wong HL, Cheng CPW, Wong CSM. Mindfulness-based cognitive therapy for late-life depression: a randomised controlled trial. *East Asian Arch Psychiatry*. 2021;31(2):27–35. <https://doi.org/10.12809/eaap2075> PMID: 34987115
32. Batink T, Peeters F, Geschwind N, van Os J, Wichers M. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS One*. 2013;8(8):e72778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072778> PMID: 24019881
33. Schanche E, Vøllestad J, Visted E, Svendsen JL, Osnes B, Binder PE, et al. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychol*. 2020;8(1):57. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00417-1> PMID: 32527294
34. Ateekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2012;26(3):71–80. (in Thai)
35. Sermthongtip S, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2017;25(3):66–75. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101427/78623> (in Thai)
36. Panakunakorn N, Tangjittiporn T, Ularntinon S. The effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for reducing mild to moderate depressive symptoms in primary caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2021;66(3):277–88. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/247090/170293> (in Thai)