ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

อรดี โชคสวัสดิ์, ปร.ด. (การพยาบาล)[1]
อัญชลี ฐิตะสาร, พย.ม.[2]
เกษราภรณ์ เคนบุปผา ปร.ด. (การพยาบาล)[3]
ปณิชา บุญสวัสดิ์ ปร.ด. (การพยาบาล)[4]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่มีความเปราะบางที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมากในหญิงตั้งครรภ์ มีรายงานวิจัยพบว่าโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถนำมาใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดอาการดังกล่าวได้ โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้เริ่มมีการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมถึงผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ในการลดอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์เผยแพร่ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียด

การออกแบบการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยใช้แนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines

การดำเนินการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย กำหนดตามกรอบ PICO **Population** คือ สตรีตั้งครรภ์ **Intervention** คือ โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness- based intervention: MBI) **Comparison** คือ โปรแกรมบำบัดอื่น ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ และ **Outcomes** คือ การลดอาการซึมเศร้า งานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามามีลักษณะดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้า หรือ ความเครียด ความวิตกกังวล 2) เป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ทดสอบประสิทธิผลของ MBI ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียด 3) กลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มควบคุมที่ใช้จิตบำบัดแบบอื่น เช่น cognitive- based therapy หรือการรักษาแบบปกติ และ 4) วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับลดอาการซึมเศร้า ลดอาการวิตกกังวลและลดความเครียด อย่างน้อย 1 ผลลัพธ์ สืบค้นงานวิจัยโดยใช้ฐานข้อมูลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ได้แก่ PubMed, PsycINFO, CINAHL, Embase, ThaiJo, ThaiLIS กำหนดขอบเขตงานวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 – 31 ธันวาคม 2566 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นภาษาไทย ได้แก่ (สติ* OR การเจริญสติตระหนักรู้* OR สมาธิ) AND (ระยะตั้งครรภ์ OR ก่อนคลอด) AND (ซึมเศร้า* OR วิตกกังวล OR เครียด) การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และจากบทความวิจัยฉบับเต็ม และการประเมินคุณภาพรายงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัย

[1-3] *อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[2] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: anchalee@bcnsp.ac.th*
[4] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย*

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i02.270495

ของสถาบันโจนนาบริกส์ นักวิจัย 2 คนทำงานอย่างเป็นอิสระต่อกัน งานวิจัยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและคุณภาพต่ำจะถูกคัดออก กรณีที่นักวิจัย 2 คนมีความเห็นไม่ตรงกัน จะปรึกษานักวิจัยคนที่ 3 เพื่อหาข้อสรุป ข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเข้าถูกสกัดลงในตารางสกัดข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การสรุปความ (narrative summary)

ผลการวิจัย งานวิจัยสืบค้นได้ 650 เรื่อง มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 19 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม 17 เรื่อง และแบบกึ่งทดลอง 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยในต่างประเทศทั้งหมด โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติมีทั้งรูปแบบพบหน้าหรือเผชิญหน้าและดิจิทัล ช่วยลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้ ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบพบหน้า จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบพบหน้าหรือแบบดั้งเดิมมีอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดลดลงได้ดีกว่าโปรแกรมการลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือเครียดด้วยวิธีอื่น ส่วนผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในหญิงตั้งครรภ์ด้วยรูปแบบออนไลน์เพื่อลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในหญิงตั้งครรภ์มีหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่ใช้ผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือซึ่งถือเป็นช่องทางที่หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงได้ง่าย และสามารถเข้าถึงตามเวลาที่แต่ละคนสะดวก พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โปรแกรมการเจริญสติสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดหรือจัดการกับอารมณ์ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมการฝึกสติ

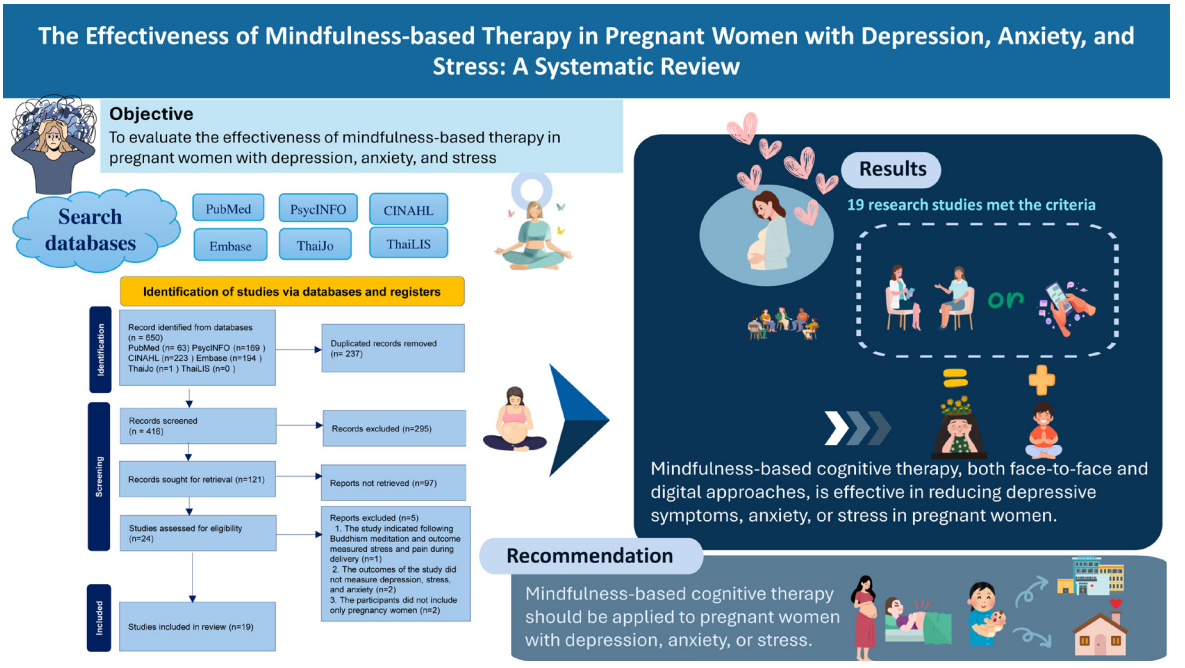
ข้อเสนอแนะ โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า อาการเครียด ดีกว่าโปรแกรมเจริญสติแบบอื่น ๆ พยาบาลสามารถนำโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดไปใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั้งระยะก่อนคลอดและหลังคลอดทั้งในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้ในแต่ละบริบทและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ควรจะมีการคงไว้ของหลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบออนไลน์หรือแบบตัวต่อตัว โดยช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เรียนรู้การตระหนักรู้ถึงการอยู่กับปัจจุบันและสามารถมองเห็นตัวเองแยกจากรูปแบบความคิดเก่า ๆ และอารมณ์ความรู้สึก และควรมีการทำวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ภายหลังนำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกัน และทำการวิเคราะห์อภิมานเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการลดอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอดและหลังคลอด และหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความรุนแรงของภาวะเศร้าแตกต่างกัน

คำสำคัญ การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด การบำบัดด้วยการเจริญสติ หญิงตั้งครรภ์ ภาวะซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันที่ได้รับ 5 ส.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 27 ม.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 31 มี.ค. 68

The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy in Pregnant Women with Depression, Anxiety, and Stress: A Systematic Review

Oradee Choksawat, Ph.D (Nursing)[1]
Anchalee Thitasan, M.N.S[2]
Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D. (Nursing)[3]
Panicha Boonsawad Ph.D. (Nursing)[4]



Extended Abstract

Introduction Pregnancy is a vulnerable period that can lead to significant depression, anxiety, and stress in pregnant women. Research has shown that mindfulness-based cognitive therapy can alleviate these symptoms in pregnant women. While mindfulness-based cognitive therapy has started to be applied in Thailand for patients with depression, there is no literature review available on the effects of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depression symptoms in pregnant women in Thailand.

Objective This study aimed to evaluate the effectiveness of mindfulness-based therapy in pregnant women experiencing depression, anxiety, and stress.

Design Systematic review according to the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) guidelines

[1-3] *Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand*

[2] *Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand Email: anchalee@bcnsp.ac.th*

[4] *Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand*

Methodology The criteria for selecting research articles are based on the PICO framework. Population: pregnant women. Intervention: mindfulness-based intervention (MBI). Comparison: other therapeutic programs designed to reduce depression symptoms in pregnant women. Outcomes: reduction of depression symptoms. The selected research articles have the following characteristics: 1) Studies that investigate the effects of mindfulness-based therapy on depression, stress, or anxiety in pregnant women; 2) Experimental or quasi-experimental studies testing the effectiveness of MBI in reducing depression, anxiety, and stress in pregnant women; 3) Comparison groups are control groups using other psychotherapies, such as cognitive-based therapy or routine care; and 4) Outcome measures include at least one of the following: reduction in depressive symptoms, anxiety, or stress. Research articles are searched using both Thai and English databases, including PubMed, PsycINFO, CINAHL, Embase, ThaiJo, and ThaiLIS. The scope of the research is set between January 1, 2013, and December 31, 2023. Thai search keywords include (mindfulness* OR mindfulness-based intervention* OR meditation) AND (pregnancy OR prenatal) AND (depression* OR anxiety OR stress). Research selection is based on inclusion criteria from titles and abstracts, and full-text articles. The quality of the research is assessed using the Joanna Briggs Critical Appraisal Tools. Two researchers work independently, and studies that do not meet the inclusion criteria or are of low quality are excluded. A third researcher is consulted to conclude if there is a disagreement between the two researchers. Data from selected articles are extracted into a data extraction table and synthesized using a narrative summary.

Results A search yielded 650 research articles, of which 19 met the inclusion criteria. These included 17 randomized controlled trials and 2 quasi-experimental studies, all conducted internationally. Mindfulness-based interventions (MBIs) were delivered both face-to-face and digitally, effectively reducing depression, anxiety, and stress in pregnant women. The effects of face-to-face mindfulness-based cognitive therapy were systematically reviewed. It was found that pregnant women who received traditional face-to-face mindfulness-based cognitive therapy showed more significant reductions in depression, anxiety, and stress compared to other depression, anxiety, or stress reduction interventions. Online mindfulness-based interventions for pregnant women to reduce depression, anxiety, and stress were delivered through various methods, predominantly via mobile applications, which are easily accessible and convenient for pregnant women. Pregnant women who participated in mindfulness interventions were better able to adapt to stress and manage their emotions compared to those who did not participate in mindfulness-based interventions.

Recommendation Mindfulness-based cognitive therapy is more effective in reducing depression and stress symptoms compared to other mindfulness interventions. Nurses can apply mindfulness-based cognitive therapy to alleviate depression in pregnant women both during the prenatal and postnatal periods, whether in hospitals or health service units. When applying mindfulness-based cognitive therapy in different contexts and addressing the specific issues of pregnant women, it is crucial to maintain the key principles of cognitive therapy, whether delivered online or face-to-face. This approach helps participants become aware of the present moment and distinguish themselves from old thought patterns and emotions. Further research is needed to test the effectiveness of these mindfulness-based cognitive therapies in reducing depression, anxiety, and stress in pregnant women with varying levels of depression. Additionally, meta-analyses should be conducted to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depressive symptoms in both prenatal and postnatal periods and among pregnant women with different severity levels of depression.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(2) 320-340

Keywords mindfulness-based cognitive therapy/ mindfulness-based therapy/ pregnant women/ depression/ systematic review

Received 5 August 2024, Revised 27 January 2025, Accepted 31 March 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นภาวะวิกฤตตามวุฒิภาวะของครอบครัวเนื่องจากการตั้งครรภ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในชีวิตสตรี ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไม่สุขสบาย เช่น คลื่นไส้อาเจียน ด้านจิตใจหญิงตั้งครรภ์จะมีอารมณ์แปรปรวน เครียด และวิตกกังวล ด้านจิตสังคม หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ไปในทางลบ และด้านจิตวิญญาณ หญิงตั้งครรภ์ขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง กังวล กลัว ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด จะเห็นได้ว่า แม้หญิงตั้งครรภ์จะมีช่วงเวลาที่ดีจากการที่จะได้เป็นมารดา แต่การตั้งครรภ์ก็ยังส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบไม่ว่าจะเป็นความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และกลัว[1] จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 10 -16.3 มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในช่วงก่อนคลอด [2-3] ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยเมื่อเร็ว ๆ นี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 10.3 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3[4] โดยอาการซึมเศร้าจะนอนไม่หลับ ไม่สนใจอะไร รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง ไม่มีสมาธิ[5] การศึกษาพบว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนด การแท้ง[6] และการฆ่าตัวตายของมารดา[7-8] ภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ แต่ยังส่งผลกระทบด้านลบต่อทารก เนื่องจากการฝากครรภ์ช้าและไม่สม่ำเสมอ การไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น[6] นอกจากนี้ ทารกยังอาจได้รับผลกระทบทางลบจากปัญหาสุขภาพจิตของมารดา ทารกที่ได้รับการสัมผัสกับความเครียดในช่วงก่อนคลอดในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย[9] ภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนคลอดยังเชื่อมโยงกับปัญหาพฤติกรรม และความบกพร่องของการพัฒนาเส้นประสาทของทารก[10] ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงควรได้รับการรักษาและป้องกันอย่างมีเป้าหมาย

การรักษาอาการซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์สามารถแบ่งออกเป็นการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งมีประสิทธิผลและข้อควรระวังที่แตกต่างกัน การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์อาจต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์[11] มีการศึกษาจำนวนมากที่พยายามค้นหาวิธีการรักษาและป้องกันที่เหมาะสม สำหรับการรักษาแบบไม่ใช้ยามีรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-based interventions: MBIs) ทั้งในรูปแบบการบำบัดแบบเห็นหน้าและแบบดิจิทัล มีประสิทธิผลในการลดอาการเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์[12-14]

โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นแนวทางการรักษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาความตระหนักรู้และการยอมรับสภาพปัจจุบันโดยไม่มีการตัดสินใจหรือตอบสนองอย่างอัตโนมัติต่ออารมณ์หรือความคิด ซึ่งมุ่งเน้นการฝึกใจให้มีสติและจดจ่อกับปัจจุบันเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังเสริมสร้างความมั่นใจและสมดุลในชีวิตประจำวัน โดยโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ โปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction: MBSR) [15] ซึ่งมีพื้นฐานเพื่อลดความปวดที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT)[16] เป็นการบูรณาการระหว่าง

โปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติและโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) โปรแกรมนี้เน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาแล้วฝึกการเจริญสติร่วมกับเพื่อนที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้ตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ การฝึกนี้ช่วยเปลี่ยนวิธีที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากการตอบสนองแบบอัตโนมัติที่เคยชินมาเป็นการระลึกรู้สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นและตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติโดยโปรแกรมนี้ไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น รวมทั้งเน้นการฝึกทักษะการเจริญสติผ่านการฝึกปฏิสัมพันธ์กับประสบการณ์ทั่ว ๆ ไปในชีวิตประจำวัน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศเกี่ยวกับผลของการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อภาวะซึมเศร้ามี 3 เรื่อง พบว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์[12-14] แต่ยังไม่พบการศึกษาที่แพร่หลายในประเทศไทย โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติเริ่มมีการนำมาประยุกใช้ในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่าช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้[17] รวมทั้งมีการใช้ผสมผสานกับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดพบว่าสามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และโปรแกรมมีผลทำให้อาการโรคซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง[18] อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเจริญสติสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในประเทศยังมีค่อนข้างจำกัดและยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในช่วงตั้งครรภ์ จะมีประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและนำโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียดมาใช้ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือเครียด

คำถามการวิจัย

โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติมีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้หรือไม่ รูปแบบเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การออกแบบการวิจัย เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยทำตามแนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines[19-20]

คุณสมบัติของงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย กำหนดตามกรอบ PICO **Population** คือสตรีตั้งครรภ์ **Intervention** คือ โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ (MBI) **Comparison** คือ โปรแกรมบำบัดอื่น ๆ ที่เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ และ **Outcomes** คือ การลดอาการซึมเศร้า หรือ วิตกกังวล เครียด งานวิจัย

ที่คัดเลือกเข้ามามีลักษณะดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล ความเครียด 2) เป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ทดสอบประสิทธิผลของ MBI ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดอาการซึมเศร้า หรือ วิตกกังวลและเครียด 3) กลุ่มเปรียบเทียบ/กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ใช้จิตบำบัดแบบอื่น เช่น cognitive behavior therapy หรือการรักษาแบบปกติ 4) วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับ ลดอาการซึมเศร้า ลดอาการวิตกกังวลและลดความเครียดอย่างน้อย 1 ผลลัพธ์โดยผลลัพธ์หลักคืออาการซึมเศร้า 5) งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2566 เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) งานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) กรณีศึกษาและบทคัดย่อในการประชุมวิชาการ 3) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติซึมเศร้าหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนการตั้งครรภ์และ 4) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงหลังคลอด

วิธีการสืบค้น

คณะผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทยในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จากฐานข้อมูล PubMed, PsycINFO, CINAHL, Embase, ThaiJo, ThaiLIS

การสืบค้นเอกสารภาษาอังกฤษ กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นตามกรอบ PICO (Mindful* OR meditation) AND (prenatal OR antenatal OR pregnant*) AND (depress* OR anxiety OR stress) คำสำคัญในการสืบค้นภาษาไทย ได้แก่ (สติ* OR การเจริญสติ* OR สมาธิ) AND (ระยะตั้งครรภ์ OR ก่อนคลอด OR ก่อนการเกิด) AND (ซึมเศร้า* OR วิตกกังวล OR เครียด)

การคัดเลือกงานวิจัย

นักวิจัย 2 คนทำงานเป็นอิสระจากกันในการคัดเลือกงานวิจัยจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เมื่อสรุปตรงกัน จึงคัดเลือกอีกรอบโดยการอ่านจากบทความวิจัยฉบับเต็ม กรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน ได้ปรึกษานักวิจัยคนที่ 3 เพื่อหาข้อสรุป ระหว่างขั้นตอนการเลือกงานวิจัย นักวิจัยยึดตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของงานวิจัย เอกสารอ้างอิงของงานบทความวิจัยฉบับเต็มถูกนำมาคัดเลือกและค้นหาเพิ่มเติม ผลการคัดเลือกนำเสนอใน PRISMA Flowchart Diagram

การประเมินคุณภาพงานวิจัย

รายงานการวิจัยแต่ละเรื่องที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมนี้ได้รับการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ Joanna Briggs Critical Appraisal Tools ของสถาบันโจนนาบริกส์[19] โดยแบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized control trial: RCT) มีจำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน และแบบประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 9 คะแนน ข้อคำถามประเมินเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของแต่ละการศึกษา เช่น วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้าในแต่ละกลุ่ม การลดอคติในการวิจัย การปกปิดข้อมูลสำหรับบำบัดและอาสาสมัคร เป็นต้น ตัวเลือกตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ (yes) ไม่ใช่ (no) ไม่แน่ใจ (unclear) และ ไม่เกี่ยวข้อง (N/A) เกณฑ์คุณภาพของงานวิจัยที่ยอมรับได้ กำหนดที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 การประเมินคุณภาพงานวิจัย ดำเนินการโดยนักวิจัย 2 คนทำงานอย่างเป็นอิสระต่อกัน นักวิจัยคนแรกและคนที่ 2 ประเมินคุณภาพงานวิจัย หลังจากนั้นนำผลมาเปรียบเทียบกัน กรณีที่แตกต่างกัน จะให้นักวิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสินหาข้อสรุป แต่ละการศึกษาถูกดำเนินการอย่างอิสระ

และอภิปรายเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน รวมทั้งข้อจำกัดของแต่ละงานวิจัย งานวิจัยใดที่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะอธิบายการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องและมีอคติต่อผลการศึกษาจะถูกคัดออกจากการทบทวนวรรณกรรม การคัดเลือกงานวิจัยตามแนวทางของ PRISMA[19-20] (Figure 1)

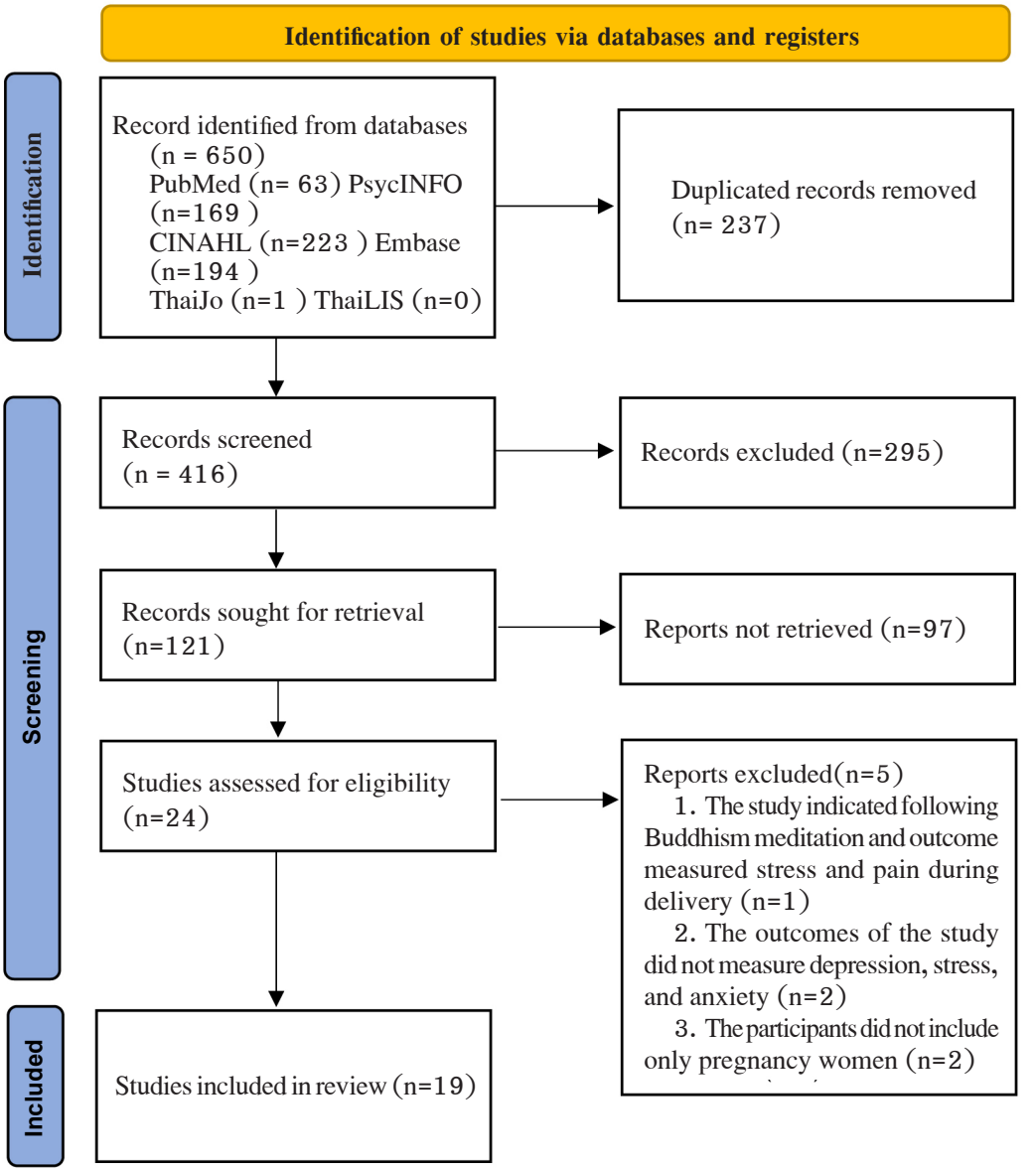


Figure 1 PRISMA [19-20] flowchart diagram of the article selection process

การสกัดข้อมูล

ลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด 19 เรื่อง ถูกสกัดและบันทึกในตารางที่ 1 ประกอบด้วยชื่อเรื่อง (studies) ประเทศ (country) สถานที่ศึกษา (setting) การออกแบบการวิจัย (study design) ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (participant characteristics) โปรแกรม (intervention) ผลลัพธ์ (outcomes) และผลการวิจัย (result) ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดตัวอย่าง โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมบำบัดด้วยmindfulness-based Interventions ได้แก่ mindfulness-based stress reduction: MBSR mindfulness-based cognitive therapy: MBCT และกลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบทั้งแบบจิตบำบัดแบบอื่นหรือการรักษาแบบปกติ

การสังเคราะห์ข้อมูล

การสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมนี้ใช้การสรุปความ (narrative summary)

ผลการศึกษา

การคัดเลือกการศึกษา

การสืบค้นบทความวิจัยจากฐานข้อมูลออนไลน์ ได้แก่ PubMed, PsycINFO, CINAHL, Embase, ThaiJo และ ThaiLIS พบจำนวนบทความทั้งสิ้น 650 รายการ หลังจากตัดรายการที่ซ้ำกันออกจำนวน 237 รายการ คงเหลือบทความที่นำมาประเมินเบื้องต้นจำนวน 416 บทความ จากนั้นได้ทำการคัดกรองตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่ามีบทความที่มีคุณสมบัติเข้าข่ายตามเกณฑ์จำนวน 121 บทความ และสามารถดึงบทความฉบับเต็มเพื่อนำมาประเมินคุณภาพได้จำนวน 24 บทความในขั้นตอนการประเมินคุณภาพและคัดเลือกขั้นสุดท้าย มีบทความที่ถูกคัดออกจำนวน 5 รายการ ถูกคัดออกเนื่องจากไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก สุดท้ายคงเหลือบทความที่ตรงตามเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์เชิงลึกจำนวน 19 บทความ (Figure 1)

ลักษณะของการศึกษา

ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ ได้รวมบทความวิจัยทั้งหมด 19 ฉบับ ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2566 โดยทั้งหมดเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเจริญสติเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ การออกแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) จำนวน 17 ฉบับ ขณะที่อีก 2 ฉบับเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ประเทศที่มีการศึกษามากที่สุด ได้แก่ ประเทศจีน (7 ฉบับ) รองลงมาคือ สวีเดน (4 ฉบับ) สหรัฐอเมริกา (3 ฉบับ) ไต้หวัน (2 ฉบับ) ฮ่องกง (2 ฉบับ) อิหร่าน (1 ฉบับ) ไอร์แลนด์ (1 ฉบับ) และสหราชอาณาจักร (1 ฉบับ)

กลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 10 ถึง 34 สัปดาห์ โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย ตั้งแต่ 30 คน ไปจนถึง 284 คน รูปแบบการดำเนินโปรแกรมการเจริญสติมีทั้งแบบปกติ (เช่น การฝึกแบบกลุ่มรายสัปดาห์ การอบรมแบบเวิร์กชอป) และแบบออนไลน์หรือดิจิทัล (เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน แพลตฟอร์ม WeChat หรือเว็บไซต์)

โปรแกรมการเจริญสติที่นำมาใช้มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP), mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) โปรแกรมฝึกสติแบบกำหนดเอง (customized digital mindfulness programs) และโปรแกรมแบบฝึกความเข้มแข็งเชิงบวกที่ใช้แนวทางเจริญสติ (mindfulness-based strengths practice) ระยะเวลาของโปรแกรมอยู่ระหว่าง 2 ถึง 9 สัปดาห์

ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเจริญสติสามารถช่วยลดระดับความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล รวมทั้งช่วยเสริมสร้างความมีสติและสุขภาวะทางจิตในหญิงตั้งครรภ์ได้ (Table 1)

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติแบบพบหน้า (face-to-face)

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบพบหน้าหรือแบบดั้งเดิม[23] มีอาการซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลลดลงได้ดีกว่าโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ และโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติประยุกต์อื่น ๆ เช่น ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในหญิงตั้งครรภ์ 74 คน อายุครรภ์ 13-28 สัปดาห์ รูปแบบให้ฝึกเจริญสติในห้องเรียน 3 ชั่วโมงทุกสัปดาห์ และมี 1 วันให้ฝึกสมาธิอย่างเงียบ ๆ 7 ชั่วโมง พบว่าภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม แต่พบว่าไม่แตกต่างกันในระยะ 3 เดือนหลังคลอด[27] โดยโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติมีการศึกษาในระยะตั้งครรภ์ ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 8 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายการบำบัดในแต่ละสัปดาห์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักรู้และเข้าใจตัวเองเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้คุยกับลูกผ่านร่างกายและจิตใจ ลดบรรเทาปวดโดยการฝึกสติด้วยการหายใจและฝึกทำสมาธิระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการคลอดเพื่อก้าวผ่านความยุ่งยากขณะเตรียมคลอด ดูแลตัวเองและทารก เรียนรู้การปรับอารมณ์ในอนาคต จึงส่งผลต่อการลดความเครียด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า[36] คล้ายกับการศึกษาของ Chan[21] ผลของการฝึกสมาธิระยะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์จีน ประเทศฮ่องกง พบว่ามีการลดลงของระดับความเครียด (pregnancy distress score)

การฝึกโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในการเตรียมคลอดและการเลี้ยงดูบุตร (mindfulness-based childbirth and parenting) มีรูปแบบการฝึกเหมือนกัน แต่ระยะเวลาในการฝึกแตกต่างกันเล็กน้อย โดยในการศึกษาของ Lonnberg และคณะ[33] มีระยะเวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง 15 นาที และให้ฝึกสมาธิระหว่างวัน 30 นาทีต่อวัน ส่วนการศึกษาของ Zhang และคณะ[35] มีระยะเวลาในการฝึก 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง 45 นาที และให้ฝึกสมาธิระหว่างวัน 30-45 นาทีต่อวัน ได้ผลการศึกษาเหมือนกันพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมการเจริญสติแบบ mindfulness-based childbirth and parenting มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง มี mindfulness เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Lonnberg และคณะ[31] ผลของการฝึกโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในการเตรียมคลอดและการเลี้ยงดูบุตร (mindfulness-based childbirth and parenting) ในหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าเครียดและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในสวีเดน พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝึกโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในการเตรียมคลอดและเลี้ยงดูบุตรมีภาวะเครียดลดลง

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในหญิงตั้งครรภ์ด้วยรูปแบบออนไลน์

โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้หลากหลายวิธี เช่น ใช้ในคลินิกโดยตรงหรือใช้ผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือซึ่งถือเป็นช่องทางที่หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก เพราะสามารถบริหารเวลาได้ด้วยตนเอง Krusche และคณะ[26] ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อดูผล

การใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติต่อระดับความผาสุกของจิตใจในหญิงตั้งครรภ์ โดยประเมินจากความเครียด (stress) ความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) และความกังวลเกี่ยวกับการคลอด (labor worry) ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมการเจริญสติสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมการฝึกสติ นอกจากนี้การฝึกสติยังช่วยลดอาการซึมเศร้า หรือความรู้สึกไม่สุขสบายหรือความวิตกกังวลที่เกิดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดได้ การศึกษาในลักษณะเดียวกันของ Matvienko-Sikar และ Dockray[24] พบว่า โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการฝึกการคิดถึงหรือรู้สึกขอบคุณในเรื่องดี ๆ ในชีวิต สามารถลดความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sun และคณะ[32] ที่ทำการทดลองใช้โปรแกรมการฝึกสติผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาที่ได้รับตามปกติทางแอปพลิเคชัน WeChat พบว่า การฝึกสติจะช่วยลดโอกาสเกิดหรือลดระดับของภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ได้ดีกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำปรึกษาเพียงอย่างเดียว จากการศึกษาของ Yang และคณะ พบว่าโปรแกรมการฝึกสติและทักษะการยอมรับด้วยตนเองในรูปแบบออนไลน์ 4 สัปดาห์ลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ได้[34]

การศึกษาของ Sun และคณะ[32] ผลของการฝึกโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติด้วยการใช้โทรศัพท์ต่อภาวะซึมเศร้าเพื่อประเมินว่าโปรแกรมการฝึกการบำบัดด้วยการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า และภาวะทางด้านจิตใจอื่น ๆ ในหญิงตั้งครรภ์โดยมีระยะเวลาในการฝึกด้วยตนเองจากโทรศัพท์ 8 สัปดาห์ แล้วประเมินความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การนอน การอ่อนเพลีย และความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมการเจริญสติจะมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมการฝึกสติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[37] ผลของการฝึกโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based intervention) ด้วยดิจิทัล (GSH-MBI) ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ระยะเวลาในการฝึก 6 สัปดาห์ผ่านโปรแกรม WeChat พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมการเจริญสติแบบ GSH-MBI มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง ส่วนการศึกษาของ Leng และ คณะ[38] การใช้โปรแกรมฝึกการบำบัดด้วยการเจริญสติทางโทรศัพท์ (antenatal mobile-delivered mindfulness-based Intervention) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าระยะก่อนคลอดและเพิ่มผลลัพธ์กับทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ โดยพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมการเจริญสติทางโทรศัพท์มีภาวะซึมเศร้าลดลง

การอภิปรายผล

โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based interventions) ทั้งแบบโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction: MBSR) และโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) มีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์โดยโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based interventions) มีประโยชน์สำหรับสตรีมีครรภ์โดยเฉพาะมารดามือใหม่ เนื่องจากช่วยพัฒนาทักษะที่สำคัญ[11-14] โดยโปรแกรมช่วยส่งเสริมการฝึกฝนการตระหนักรู้และการยอมรับในความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทางร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นช่วยเพิ่มความอดทนต่อความเครียด ลดการตอบสนองที่รุนแรง และหลีกเลี่ยงประสบการณ์

ที่ไม่สบายใจ ซึ่งโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ทำให้เกิดปัจจัยด้านสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ การไม่ตัดสินต่อเหตุการณ์ที่มากระทบจิตใจ เพิ่มความอดทน มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความไว้วางใจผู้อื่น การลดความคาดหวัง การยอมรับการเปลี่ยนแปลง และการปล่อยวางสิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์[15,16]

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบพบหน้ามีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ได้ดีกว่าโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ และโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติประยุกต์อื่น ๆ ทั้งนี้หนึ่งในเหตุผลอาจเป็นเพราะโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) เป็นการบูรณาการระหว่างโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ และโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)[16] ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมถูกพัฒนาขึ้นตามแบบจำลองทางความคิดที่เสนอว่าความรู้สึกและพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ต่อสถานการณ์ ดังนั้นโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดอาจมีประโยชน์มากกว่าการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากครอบคลุมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า[16] ในทางตรงกันข้ามโปรแกรมการลดความเครียดด้วยการเจริญสติ และโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติประยุกต์อื่น ๆ ที่ปรับปรุงแล้วเน้นการปรับปรุงเทคนิคการเจริญสติผ่านเทคนิคการผ่อนคลายและการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า[15] โดยโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในขณะตั้งครรภ์ช่วยลดโอกาสเกิดหรือลดระดับของภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์[32] ลดภาวะเครียดในขณะตั้งครรภ์[24] และช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ได้ดี[26] อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีเพียงสองงานวิจัยที่ดำเนินการศึกษาถึงผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) กับภาวะซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์[22,23] ดังนั้นการตีความผลลัพธ์ควรทำด้วยความระมัดระวัง

การพัฒนาและประเมินโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติในรูปแบบดิจิทัลมีเพิ่มขึ้นหลังการระบาดของโควิด-19 ด้วยการเข้าถึงได้ง่ายและอาจมีความคุ้มค่ามากกว่าโปรแกรมการบำบัดแบบพบหน้าซึ่งเป็นรูปแบบดั้งเดิมที่ใช้มานานแล้ว ปัจจุบันมีรูปแบบการบำบัดด้วยดิจิทัลที่หลากหลาย ซึ่งมักเป็นรูปแบบของเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือซอฟต์แวร์ดิจิทัล ที่ผู้เข้าร่วมสามารถโต้ตอบกับเนื้อหาดิจิทัล เช่น ข้อความ เสียง หรือวิดีโอ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในรูปแบบดิจิทัลสามารถลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลในสตรีมีครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงขนาดผลกระทบที่มีตั้งแต่ขนาดเล็กถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์อภิมานอื่น ๆ ที่ศึกษาในหัวข้อนี้[13] การจัดโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติผ่านทางแอปพลิเคชันบนมือถือนอกจากจะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์แล้ว การใช้แอปพลิเคชันบนมือถือยังช่วยอำนวยความสะดวกให้หญิงตั้งครรภ์สามารถวางแผนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติได้ตามเวลาที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติผ่านทางแอปพลิเคชันบนมือถือ ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากพบว่าอัตราการถอนตัวจากการศึกษาค่อนข้างสูง[13] ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับนักวิจัยที่จะต้องหาสาเหตุและหาแนวทางเพื่อป้องกันหรือ

ลดอัตราการถอนตัวออกจากการวิจัยกลางคัน ก่อนนำโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติผ่านทางแอปพลิเคชันบนมือถือไปใช้ นอกจากนี้การใช้แอปพลิเคชันบนมือถือยังจำกัดเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีสมาร์ตโฟนและเข้าถึงอินเตอร์เน็ตได้เท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้ครอบคลุมจึงควรจัดสรรอุปกรณ์และอินเตอร์เน็ตให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเป้าหมาย

การแพทย์แผนตะวันตกมักใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า แต่การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวลอาจต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์[11] ผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ให้หลักฐานยืนยันว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBIs) ในสตรีมีครรภ์อาจเป็นทางเลือกแทนการใช้ยา โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้า เครียดและวิตกกังวลควรได้รับการดูแลและรักษาอาการดังกล่าวจากผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อสุขภาพจิตดีในช่วงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติจำเป็นต้องให้ข้อมูลและความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติและชนิดของโปรแกรมที่หญิงตั้งครรภ์ควรพิจารณาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวในระหว่างการฝากครรภ์ นอกจากนี้ประโยชน์ของการใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในการรักษาภาวะซึมเศร้าและปรับปรุงสุขภาพจิตของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ แต่จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ศึกษาในฐานข้อมูลวิจัยเพียง 6 ฐาน โดยจำกัดคัดเลือกงานวิจัยเฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาไทย ในระยะ 10 ปีย้อนหลัง (1 มกราคม 2556 – 31 ธันวาคม 2566) เท่านั้น อาจมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมและพบว่ายังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในประเทศไทยยังมีน้อย นอกจากนี้งานวิจัยที่นำมาทบทวนยังมีความแตกต่างกันมากจึงไม่เหมาะสมสำหรับนำมาสังเคราะห์อภิมาน ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้จึงยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อการลดอาการซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวลได้ไม่ชัดเจนเท่าการวิเคราะห์อภิมาน

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรนำโปรแกรมเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมาใช้ในการลดอาการซึมเศร้า ความเครียดและวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ทั้งในรูปแบบพบหน้าตัวต่อตัวหรือแบบออนไลน์ทั้งในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์และควรคงไว้ซึ่งหลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบออนไลน์หรือแบบตัวต่อตัว คือการช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเรียนรู้การตระหนักรู้ถึงการอยู่กับปัจจุบันและสามารถมองเห็นตัวเองแยกจากรูปแบบความคิดเก่า ๆ และอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เป็นวิถีชีวิตปกติ และผู้ทำการบำบัดควรมีความเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ควรมีการทดสอบผลของโปรแกรม

การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ไทยในระยะต่าง ๆ เช่น ระยะคลอดก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับแตกต่างกันทั้งในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และควรทำการวิเคราะห์อภิมานเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อการภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด

Table 1 Characteristics of Included Studies

Authors, Year	Country	Study design & Participant characteristics	Intervention	Outcomes measured	Description of main results
1. Chan KP,[21] 2014	Hong Kong	- RCT - Pregnant women with gestational age 12 to 28 weeks - Eastern- Based Meditative Intervention (EMBI): n = 64 - Control group received one session of introductory lecture: n = 59	- Eastern-based meditative intervention, EBMI: six sessions of mindful eating, mindful walking, mindful prenatal and postnatal exercises, and mindfulness practice	-The prenatal distress - Prenatal coping Inventory - Edinburgh postnatal depression scale - Body-mind-spirit well-being Inventory (BM- SWBI) - Salivary cortisol	- The depressive scores of the EMBI group and the control group were not statistically different among the first visit, 36th week pregnant, and 5 weeks after delivery. - Perinatal meditation can help pregnant women reduce perinatal stress through its effect on coping mechanisms and improve physical discomfort in the postnatal period.
2. Hosseinian S, Shahtaheri E, Ebrahimi M, Mahdavi A, Ali M,[22] 2016	Iran	- Quasi-experimental study - 3 groups including: Group1: Metacognition treatment (n=15) Group2: Cognitive therapy treatment based on mindfulness (n=15) Group3: control group (n=15)	- Metacognition treatment based on an information processing model - Mindfulness-based cognitive therapy, 8 sessions of treatment, once (two hrs.) a weak	-Hamilton depression scale -Emotion regulation difficulties scale	- There were significant differences in the extent of depression, core self-assessment, and emotion regulation among the three groups. - Mindfulness-based cognitive therapy demonstrated greater effectiveness compared to metacognition treatment
3. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Beck,[23] 2016	Georgia	RCT - Pregnant women up to 32 weeks gestation with prior major depressive disorder - MBCT-PD: n = 43 - Treatment as usual (TAU): n = 43	Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal depression (MBCT-PD)/TAU: 8-session protocol based on the standard MBCT treatment manual	The Edinburgh postpartum depression scale (EPDS)	- There were significant improvements in depressive outcomes, including significantly lower rates of depressive relapse/ recurrence and lower depressive symptom severity in the pregnant women who received MBCT-PD compared to those who received TAU.
4. Matvienko-Sikar K, Dockray S,[24] 2016	Ireland	- RCT - Pregnant women age over 18 with 10-22 weeks pregnant (n = 46) - Three groups: 1) Body scan and reflection intervention (n=13) 2) Reflection and body can intervention (n=15) 3) Treatment as usual (TAU) (n=12)	An online mindfulness and gratitude intervention (4 times a week for 3 weeks)	-Self-report measures (The prenatal distress scale (PDQ)) -Cortisol level	- An only mindfulness and gratitude intervention demonstrated significant reductions in prenatal stress in comparison to the TAU group.

Table 1 Characteristics of Included Studies (Cont.)

Authors, Year	Country	Study design & Participant characteristics	Intervention	Outcomes measured	Description of main results
5. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N,[25] 2017	USA	- RCT - Nulliparous women with low-risk, healthy, singleton pregnancy in their third trimester (n = 30)	Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) education for 2.5 days as a weekend workshop	- Epidemiologic studies depression scale - Mindfulness and mindful body awareness (The five facet mindfulness questionnaire: FFMQ)	-The MBCP program showed greater mindful body awareness but no changes in dispositional mindfulness and lower post-course depression symptoms.
6. Krusche A, Dymond M, Murphy SE, Crane C,[26] 2018	UK	- RCT - Pregnant women with 12-34 weeks gestation: n=185 - Online mindfulness group: n=107 - Control group: n=78	- A 4-week online mindfulness course for pregnant women focusing on perceived stress and mood during pregnancy	- The perceived stress Scale -VThe general anxiety disorder-7 - The Edinburgh postnatal depression scale - The Tilburg pregnancy distress scale - The Oxford worries about labour scale	- The online mindfulness group significantly improved general stress compared with the control group. - The online mindfulness group also reported greater improvements in mood, including reduced depression, pregnancy-related distress, and labor worry, compared to the control group.
7. Pan WL, Gau ML, Lee TY, Jou HJ, Liu CY, Wen TK,[27] 2019	China	- RCT - Singleton pregnancy with 13-28 weeks gestation (n=104)	-Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) program on reducing prenatal stress, depression, mindfulness, and childbirth self-efficacy.	- The perceived stress Scale (PSS), - The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), - The short form of the Chinese childbirth self-efficacy Inventory (CBSEI-C32) - The Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)	- Significant differences were seen in both groups regarding changes over time in stress, depression, childbirth self-efficacy, and mindfulness, as compared with baseline. - In the 36-week-gestation, stress scores were slightly higher, and childbirth self-efficacy and mindfulness scores were lower for both groups. Still, all scores were relatively better in the experimental than in the comparison group.
8. Pan WL, Chang CW, Chen SM, Gau ML,[28] 2019	Taiwan	- RCT - 74 pregnant women between 13-28 weeks gestation - The mindfulness-based childbirth and parenting program (MBCP) program: n=15 -The hospital's routine childbirth education: n=15	-Mindfulness-based childbirth and parenting program (MBCP): once a week (3 hrs.) for eight consecutive weeks. -Exercise during sessions and practice 6 days per week, 30 min. a day at home	- Edinburgh postnatal depression Scale (EPDS) - Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)	-Stress scores and depression scores were significantly better in the MBCP group than in the comparison group at 3-months postpartum. -No significant difference between the groups was identified for mindfulness scores at 3-months postpartum
9. Epel E, Laraia B, Coleman-Phox K, Leung C, Vieten C, Mellin L, et al,[39] 2019	USA	- Quasi-experimental study - Women with singleton pregnancies with gestational age > 12 wk.: n=185 - Mindful Moms Training group: n=95 - Treatment as Usual group: n=90	Mindful Moms Training (MMT): 8 weekly 2-hrs sessions, two booster telephone sessions, and one postpartum group session with mothers and babies.	-Patient health questionnaire (PHQ-9) -Pregnancy-related anxiety scale	The MMT group showed a significant reduction in perceived stress and depressive symptoms compared to the TAU group.

Table 1 Characteristics of Included Studies (Cont.)

Authors, Year	Country	Study design & Participant characteristics	Intervention	Outcomes measured	Description of main results
10. Lönnberg G, Jonas W, Bränström R, Nissen E, Niemi M,[29] 2020	Sweden	- RCT - Pregnant women with the gestational age of 15-22 weeks. - Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) group: n=96 - Lamaze child-birth program: n=97	Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP): eight weekly group-based sessions (each 2 hrs. and 15 min), in total 18 hrs. for antenatal education and mindfulness practices in daily life.	The Five facets of mindfulness questionnaire	The intervention group had a more significant decrease in stress and depression scores and a more significant increase in positive states of mind and mindfulness scores from baseline to postintervention (10-12 weeks later), compared with the control group.
11. Guo L, Zhang J, Mu L, Ye Z,[30] 2020	Tianjin China	-RCT - Pregnant women - Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) group: n=144 - Control group: n=140	Mindfulness-based strengths practice (MBSP): 6 weeks training with 6 episodes a week, 15 minutes for each episode	- The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) - A Chinese version of the mindfulness attention awareness scale (MAAS)	- The MBSP group had a significant decrease in EPDS scores and had much higher improvements over time compared with the control group.
12. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M,[31] 2020	Sweden	- RCT - First-time pregnant women with a gestational week of 15-22. - Mindfulness-based childbirth and parenting program (MBCP) group: n=96 - Lamaze childbirth class group: n =97	Mindfulness-based childbirth and parenting program (MBCP): Nine weekly sessions, last 3 hours/week	- Perceived Stress, depressive symptoms - Positive states of mind - Five facets of mindfulness	- MBCP groups revealed significantly reduced in perceived stress and depressive symptoms and increased positive states of mind and self-reported mindfulness.
13. Sun Y, Li Y, Wang J, Chen Q, Bazzano AN, Cao F,[32] 2021	China	- RCT - 168 women with a singleton pregnancy with a gestational age of 12-20 weeks - Smartphone-based mindfulness training (MBCT) group: (n=84) - Control group: n=84	A smartphone-based mindfulness training intervention	Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	Smartphone-based mindfulness training led to a lower rate of positive depression screening at postintervention and a greater decline in depression symptoms from baseline to postintervention relative to the attention control group.
14. Lönnberg G, Niemi M, Salomonsson B, Bränström R, Nissen E, Jonas W,[33] 2021	Sweden	- RCT - 88 pregnant women with 19- 26 weeks of gestational ages - Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program group: n= 43 - Lamaze childbirth program (control group): n=45	Mindfulness-based childbirth and parenting program (MBCP): eight weekly sessions, 2 hrs. and 15 min. long for each week, and mindfulness practices, both informal and formal meditations, supported with audio files, for 30 min per day	- The ages and stages questionnaire: social-emotional (ASQ:SE) - Perceived stress scale - Edinburgh postpartum depression scale - Positive states of mind - Five facets of mindfulness questionnaire	At 3 months postpartum, 9% in the MBCP group compared with 29% in the Lamaze-arm (p=.02) scored above the EPDS cut-off

Table 1 Characteristics of Included Studies (Cont.)

Authors, Year	Country	Study design & Participant characteristics	Intervention	Outcomes measured	Description of main results
15. Yang M, Zhou X, Ye C, Li J, Sun S, Yu X,[34] 2022	China	- RCT - Pregnant women with low risk of pregnancy, gestational age <32 weeks at the beginning of the intervention - Monitoring training (MT): n=50 - Monitoring with an emphasis on acceptance training (MAT): n=50 - Control group: n=49	Online mindfulness training based on the WeChat platform divided into two groups: - Monitoring with an emphasis on acceptance training (MAT): a two-week at-home dismantled mindfulness training both monitoring and acceptance - Monitoring training (MT): a two-week at-home dismantled mindfulness training monitoring alone	- Mindfulness observing scores and nonreactivity scores - Generalized anxiety disorder scale (GAD-7) - Patient health questionnaire (PHQ-9) - Five facets of mindfulness questionnaire (FFMQ) - Regulatory emotional self-efficacy scale (RESE)	- Monitoring with an emphasis on acceptance training significantly reduced symptoms of anxiety and depression and improved perceived self-efficacy in managing depression/distress compared with the monitoring training alone and the control group. - Participants in the monitoring group showed a downward trend in GAD-7 scores and an upward trend in scores of perceived self-efficacy in managing anger/irritation.
16. Zhang D, Tsang KW, Duncan LG, Yip BH, Chan DC, Lee EK, et al,[35] 2023	Hong Kong	- RCT - 183 women with a singleton pregnancy in the second trimester at the beginning of the program - Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) program group: n=94 - Control group: n=89	- Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) program: 9 weekly sessions of 2¾ h, a half-day retreat delivered prenatally with various meditation practices, and a postnatal reunion session.	- Mental health-related quality of Life: the mental component score (MCS) - Epidemiologic Studies depression scale (CESD) - Prenatal pregnancy anxiety (PPA) scale - Perceived stress scale (PSS) - Chinese version of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)	- Reducing depression symptoms and state anxiety, and increasing mindfulness levels was indicated at the last prenatal session, 6-8 weeks postpartum, and 6 months postpartum
17. Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY,[36] 2023	Taipei	- RCT - Women with singleton pregnancy at 13-28 weeks of gestation and - Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) program: n= 51 - Control group: n= 51	- Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) program: 8-week course in a prenatal mindfulness program,	- The Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) - Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	The pregnant women who completed a high-dose MBCP program for eight weeks had lower levels of depression, maintaining non-clinical levels of depressive symptoms.
18. Zhang X, Li Y, Wang J, Mao F, Wu L, Huang Y, Sun J, Cao F,[37] 2023	China	- RCT - Women with a singleton pregnancy, be at 12 to 20 weeks of gestational age - Digital guided self-help (GSH- MBI group: n=80 - Control group: n=80 160 participants The digital GSH-MBI consisted of a 6-week intervention through a WeChat mini program	-Digital guided self-help (GSH-MBI) program: 6-week intervention with 6 modules delivered through a WeChat mini program	Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	Compared with the control group, the digital GSH-MBI group showed a significant reduction in depression, anxiety, and pregnancy-related anxiety symptoms.

Table 1 Characteristics of Included Studies (Cont.)

Authors, Year	Country	Study design & Participant characteristics	Intervention	Outcomes measured	Description of main results
19. Leng LL, Yin XC, Chan CLW, Ng SM.[38] (2023)	China	- RCT - Pregnant women with 12 -28 week of gestation and exhibited elevated level of stress (perceived stress scale >13) - Mobile-delivered four immeasurable mindfulness- based intervention group: n = 38 - Web-based perinatal education program (control group): n = 37	Mobile-delivered four immeasurable mindfulness-based interventions (MBI) for perinatal women: 8- week meditation session on the virtual WeChat platform	- Edinburg postpartum depression scale (EPDS) -The perceived stress scale (PSS) - The five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) - Self-compassion scale - short form (SCS) - Body-mind-spirit well-being Inventory (BMSWB)	Women in the mindfulness group showed a significantly greater reduction in depression from baseline to post-intervention and the reduction sustained until 4-6 weeks postpartum compared with those in the control group.

Table 2 Critical Appraisal of Included Randomized Control Trials

Citation	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Total
Chan 2014 [21]	Y	U	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	8/13
Hosseinian, et al. 2016 [22]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Dimidjian et al. 2016 [23]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	12/13
Matvienko-Sikar & Dockray 2016 [24]	Y	Y	Y	Y/U	U	U	U	Y	Y	Y	Y	Y	Y	9/13
Duncan et al. 2017[25]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Krusche et al. 2018[26]	Y	Y	N	Y	N	U	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	9/13
Pan et al. 2019[27]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Pan et al. 2019[28]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/1
Lönnberg et al. 2020[29]	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10/13
Guo et al. 2020[30]	Y	N	Y	U	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	9/13
Lönnberg et al. 2020[31]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Sun et al. 2021[32]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Lönnberg · et al. 2021[33]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Yang et al. 2022[34]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Zhang · et al. 2023[35]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Pan et al. 2023[36]	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10/10
Xuan Zhang et al. 2023[37]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13
Leng et al. 2023[38]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	13/13

Table 3 Research's Quality of the Included Quasi-experimental Study

Epel, Laraia, Coleman-Phox, Leung, Vieten, Mellin, et al. (2019) [39]	appraisal
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	Y
2. Were the participants included in any similar comparisons?	Y
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	Y
4. Was there a control group?	Y

Table 3 Research's Quality of the Included Quasi-experimental Study (Cont.)

Epel, Laraia, Coleman-Phox, Leung, Vieten, Mellin, et al. (2019) [39]	appraisal
5. Were there multiple measurements of the outcome pre and post the intervention/exposure?	Y
6. Was follow-up complete, and if not, were differences between groups in terms of their follow-up adequately described and analyzed?	Y
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	Y
8. Were outcomes measured in a reliable way?	Y
9. Was appropriate statistical analysis used?	Y
Overall appraisal	I

References

1. Chareonsanti J. (editor). Nursing and midwifery: women during pregnancy. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2017. (in Thai)
2. Guo J, Zheng A, He J, Ai M, Gan Y, Zhang Q, et al. The prevalence of and factors associated with antenatal depression among all pregnant women first attending antenatal care: a cross-sectional study in a comprehensive teaching hospital. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21(1):713. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-021-04090-z
3. WHO. Mental health, brain health and substance use [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health
4. Anusornteerakul S, Sitthi K, Ounkaew A, Hanklar S, Mokara P. The prevalence and coherence of stress, risk of depression, and depression among pregnant women. Journal of Nursing Science & Health 2022;45(3): 37-47. (in Thai)
5. Parapob N. Psychiatric disorders in pregnancy [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/38188/ (in Thai)
6. Huang HC, Sung FC, Chen PC, Chang CY, Muo CH, Shiue HS, *et al.* Obstetric outcomes in pregnant women with and without depression: population-based comparison. Sci Rep 2017;7:13937. https://doi.org/10.1038/s41598-017-14266-3
7. Namsoros Y. Screening for depression and factors related to depression among pregnant women attending prenatal care for the first time [Internet]. Health Promoting Hospital Health Center 7, Khon Kaen. 2021 [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://hpci.anamai.moph.go.th/hl/Res/ResFile/2564000801.docx (in Thai)
8. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Womens Ment Health 2005 Jun;8(2):77-87. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1 PMID:15883651
9. Matsas A, Panopoulou P, Antoniou N, Bargiota A, Gryparis A, Vrachnis N, Mastorakos G, Kalantaridou SN, Panoskaltsis T, Vlahos NF, Valsamakis G. Chronic stress in pregnancy is associated with low birth weight: a meta- analysis. J Clin Med 2023 Dec 14;12(24): 7686. https://doi.org/10.3390/jcm12247686 PMID: 38137756
10. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated depression during pregnancy and its effect on pregnancy outcomes: a systematic review. Cureus 2021 Aug 17;13(8):e17251. https://doi.org/10.7759/cureus.17251. PMID: 34540477
11. Parpinel G, Rosso G, Galante A, Germano C, Aragno E, Girlando F, et al. Effect of depressive disorders and their pharmacological treatment during pregnancy on maternal and neonatal outcome. J Clin Med 2022; 11(6):1486. https://doi.org/10.3390/jcm11061486

12. Reangsing C, Punsuwun S, Oerther S. Effects of mindfulness-based interventions (MBIs) on depression in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2024;352:51-9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.049
13. Mefrouche ML, Siegmann EM, Böhme S, Berking M, Kornhuber J. The effect of digital mindfulness interventions on depressive, anxiety, and stress symptoms in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. Eur J Investig Health Psychol Educ 2023;13(9): 1694-706. https://doi.org/10.3390/ejihpe13090122
14. Mao F, Sun Y, Li Y, Cui N, Cao F. Internet-delivered mindfulness-based interventions for mental health outcomes among perinatal women: a systematic review. Asian J Psychiatr 2023;80:103321. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103321
15. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Bantam Books Trade Paperbacks; 1990.
16. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford; 2002.
17. Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S. Mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder in Thailand: testing efficacy of the program. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2023;37(3):31-52. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/263671/181862 (in Thai)
18. Choompubut P, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J, Saima-in 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)
19. JBI. Critical appraisal tools [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 16]. Available from: https://jbi.global/critical-appraisal-tools
20. 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.
21. Chan KP. Effects of perinatal meditation on pregnant Chinese women in Hong Kong: a randomized controlled trial. Journal of Nursing Education and Practice. 2015; 5(1):1-18. https://doi.org/10.5430/jnep.v5n1p1
22. Hosseinian S, Shahtaheri E, Ebrahimi M, Mahdavi A, Ali M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognition therapy on reduction of symptoms of depression, core self-evaluation and emotion regulation difficulties in pregnant women with depression. Acta Medica Mediterranea. 2016; 32(1):2033-6.
23. 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
24. Matvienko-Sikar K, Dockray S. Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: a pilot randomized controlled trial. Women Birth. 2017;30(2):e111-8. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.10.003
25. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):140. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3

26. Krusche A, Dymond M, Murphy SE, Crane C. Mindfulness for pregnancy: a randomized controlled study of online mindfulness during pregnancy. Midwifery. 2018;65: 51-7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.005
27. Pan WL, Gau ML, Lee TY, Jou HJ, Liu CY, Wen TK. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. Women Birth. 2019;32(1): e102-9. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.018
28. Pan WL, Chang CW, Chen SM, Gau ML. Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):346. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2503-4
29. Lönnberg G, Jonas W, Bränström R, Nissen E, Niemi M. Long-term effects of a mindfulness-based childbirth and parenting program- a randomized controlled trial. Mindfulness. 2021;12:476-88. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01403-9
30. Guo L, Zhang J, Mu L, Ye Z. Preventing postpartum depression with mindful self-compassion intervention: a randomized control study. J Nerv Ment Dis. 2020; 208(2):101-7. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001096
31. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M. Effects of a mindfulness- based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression- results from a randomized controlled trial. J Affect Disord. 2020;262:133-42. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.048
32. Sun Y, Li Y, Wang J, Chen Q, Bazzano AN, Cao F. Effectiveness of smartphone-based mindfulness training on maternal perinatal depression: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2021;23(1): e23410. https://doi.org/10.2196/23410
33. Lönnberg G, Niemi M, Salomonsson B, Bränström R, Nissen E, Jonas W. Exploring the effects of mindfulness-based childbirth and parenting on infant social-emotional development. Mindfulness. 2021;12(8):2009-20. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01658-w
34. Yang M, Zhou X, Ye C, Li J, Sun S, Yu X. Emphasizing mindfulness training in acceptance relieves anxiety and depression during pregnancy. Psychiatry Res. 2022;312:114540. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114540
35. Zhang D, Tsang KW, Duncan LG, Yip BH, Chan DC, Lee EK, et al. Effects of the mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) program among pregnant women: a randomized controlled trial. Mindfulness. 2023; 14(1):50-65. https://doi.org/10.1007/s12671-022-02046-8
36. Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY. Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):547. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05873-2
37. Zhang X, Li Y, Wang J, Mao F, Wu L, Huang Y, et al. Effectiveness of digital guided self-help mindfulness training during pregnancy on maternal psychological distress and infant neuropsychological development: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2023;25:e41298. https://doi.org/10.2196/41298
38. Leng LL, Yin XC, Chan CLW, Ng SM. Antenatal mobile-delivered mindfulness-based intervention to reduce perinatal depression risk and improve obstetric and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. J Affect Disord. 2023;335:216-7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.133
39. Epel E, Laraia B, Coleman-Phox K, Leung C, Vieten C, Mellin L, et al. Effects of a mindfulness-based intervention on distress, weight gain, and glucose control for pregnant low-income women: a quasi-experimental trial using the ORBIT model. Int J Behav Med. 2019; 26(5):461-73. https://doi.org/10.1007/s12529-019-09779-2