

ผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

เจริญศักดิ์ อ่ำกลิ่น*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร

**สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคล (individual MBCT) ต่ออาการซึมเศร้า ความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์และสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อติดตามในระยะเวลา 3 เดือน

วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปริมาณกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัด Individual MBCT 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อสถานการณ์ แบบประเมินสติ โดยวัดผลลัพธ์ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าภายใน 3 เดือน ผู้บำบัดเป็นจิตแพทย์ที่ผ่านการอบรมโปรแกรม MBCT วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA และ Bonferroni method 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ สุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 คน ในระยะติดตาม 3 เดือน มาสัมภาษณ์แบบกลุ่มทางออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แบบ Thematic analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นหญิง 14 คน และชาย 4 คน อายุเฉลี่ย 33.78 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 33.50)ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 ปีเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาป่วยนานสูงสุด 7 ปี มีการกำเริบมากที่สุด 5 ครั้ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า 1 คน นอกจากการวิจัยเนื่องจากโรคซึมเศร้ากำเริบ ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 4.53 คะแนน ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์เฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 11.18 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยสติของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 5.77 คะแนน ระยะติดตามผล 3 เดือน 17 คน ไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์แบบกลุ่มออนไลน์ 5 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการตระหนักรู้และความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรมของตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก และรายงานผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ระดับความเครียดของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเข้าใจกลไกการจัดการความเครียดและอารมณ์ของตนเอง และปรับตัวเข้ากับสังคมดีขึ้น

สรุป โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคลอาจมีประสิทธิภาพในป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าที่ระยะเวลา 3 เดือน ลดอาการซึมเศร้าและความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ เพิ่มการมีสติและการตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพผลของโปรแกรม

คำสำคัญ การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด รายบุคคล ซึมเศร้า กำเริบ หมกมุ่นครุ่นคิด สติ

Corresponding author: เกษราภรณ์ เคนบุปผา

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: kedsaraporn@bcnsp.ac.th

วันรับ : 3 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 25 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 10 สิงหาคม 2567

The Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression in Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province

Charoensak Umklin*, Kedsaraporn Kenbubpha**

*Psychiatric Department, Buddhasothorn Hospital

**Psychiatric and Mental Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

Objective: To study the effects of an individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Individual MBCT) program on depression symptoms, ruminative thought, and mindfulness in patients with depression, as well as to prevent relapse within a 3-month follow-up period.

Methods: A mixed-method research design was used, comprising two parts: 1) A quantitative quasi-experimental single-group study with 18 depressive patients receiving treatment at the psychiatric clinic of Buddhasothorn Hospital. The intervention consisted of six 1-hour Individual MBCT sessions over six weeks. Outcomes were measured using the 9-item depression symptom questionnaire, Ruminative Response Scale (Thai version), and Mindfulness Assessment Scale before and after the intervention, at the 3-month follow-up, and tracking depression relapse within three months. The therapist was a psychiatrist trained in MBCT. Data were analyzed using One-way repeated measures ANOVA and the Bonferroni method. 2) A qualitative study involving online group interviews with 5 depressive patients at the 3-month follow-up, analyzed using thematic analysis.

Results: Results of the 18 participants (14 women and 4 men, mean age 33.78 years, SD = 33.50), most had been depressed for 1 year, with the longest duration being 7 years, and up to 5 relapses. All participants were on antidepressants, with one dropping out due to a relapse. Quantitative results showed significant reductions in depression scores (mean decrease of 4.53 points, $p < .01$), rumination (mean decrease of 11.18 points, $p < .01$), and significant increases in mindfulness scores (mean increase of 5.77 points, $p < .01$). At the 3-month follow-up, 17 patients had no relapse. Qualitative results from the group interviews indicated improved awareness and understanding of the relationship between thoughts, emotions, bodily reactions, and behaviors, positive behavioral changes, reduced stress, better understanding of stress and emotion management mechanisms, and improved social adaptation.

Conclusion: The Individual MBCT program may be effective in preventing depression relapse over a 3-month period, reducing depression symptoms and rumination, and increasing mindfulness and awareness in depressive patients. It can be used in conjunction with antidepressants. However, controlled studies are needed to confirm the program's efficacy.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, individual, depression, relapse, rumination, mindfulness

Corresponding author: Kedsaraporn Kenbubpha

E-mail: kedsaraporn@bcnsp.ac.th

Received 3 May 2024 Revised 25 July 2024 Accepted 10 August 2024

บทนำ

โรคซึมเศร้าจัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ สมองและการตัดสินใจลดลง ตลอดจนมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹ ความทุกข์ในชีวิตของโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 16² โดยโรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทั่วโลก³ หลังจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีโอกาสกลับมาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำอีกครั้งเมื่อติดตามในระยะ 2 ปี⁴ และความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำจะมากขึ้นสัมพันธ์ระยะเวลา⁵ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำร้อยละ 18.3⁶ และมีรายงานวิจัยอื่นๆ ในประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 51.9⁷ และ 88.2⁸ จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ มีจำนวน 1,135, 1,120 และ 1,338 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี⁹ ทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะได้สูงจากการดำเนินโรค และจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้านั้นทำได้โดยการให้ยา กลุ่มยาต้านเศร้า การทำจิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การทำจิตบำบัดทำได้หลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาแก้ไข ปัญหาสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการกับความเครียด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น¹⁰ โดยจากการศึกษาพบว่า การทำจิตบำบัดนั้นสามารถช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้า และเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยา¹¹ ปัจจุบันได้มีการพัฒนา รูปแบบการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบูรณาการ มาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งโปรแกรม MBCT มุ่งเน้นการตระหนักรู้ความคิดและ อารมณ์ด้านลบ รวมถึงการตอบสนองของร่างกายด้วยการฝึกสติ เพื่อปรับเปลี่ยนการตอบสนองเดิมแบบอัตโนมัติตามความเคยชินเดิม โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น¹³ จากการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของต่างประเทศพบว่าโปรแกรม MBCT มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติความตระหนักรู้ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้าในทางที่ดีขึ้น และมี

ผลต่อการบำบัดรักษา รวมถึงป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการ เกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า¹⁴ โดยรูปแบบการบำบัด MBCT เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม แต่พบว่าการนำมาใช้บำบัดในรูปแบบ ของรายบุคคล โดยมีผลการวิจัยในต่างประเทศ เปรียบเทียบ การบำบัดด้วย MBCT ระหว่างการบำบัดแบบกลุ่มและรายบุคคล ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าให้ผลไม่แตกต่างกัน²⁰ ในการลด อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึงอาการทางร่างกาย แต่ยังไม่ พบรายงานผลการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

สำหรับรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในประเทศไทยได้มีการศึกษา โดย เกษราภรณ์ เคนบุผา และคณะ¹⁵ โดยพัฒนาและทดสอบ ผลโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดขึ้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี อาการหายทุเลาและใช้ชีวิตในชุมชน โดยการใช้กรอบแนวคิดของ Segal, Williams¹⁶, Segal ZV, Williams MG¹⁷ ซึ่งเป็นการบำบัด แบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 - 120 นาที โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าวลดลง และมีความหมกหมุ่น ครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง รวมทั้งไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังการทดลอง การศึกษาอื่นๆ ที่มี การใช้พื้นฐานการเจริญสติในการบำบัดในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และการศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับ โปรแกรมดังกล่าวมีอาการซึมเศร้าวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹⁹ การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ แผนกจิตเวชโรงพยาบาลพุทธโสธรนั้น มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับ ทำจิตบำบัดเช่นกัน และจากการที่ผู้วิจัยเล็งเห็นประสิทธิภาพของ โปรแกรม MBCT ในการรักษาคนไข้ แต่มีข้อจำกัดในด้านสถานที่ สำหรับใช้ในการทำกลุ่ม และพบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สมัครใจ หรือไม่เหมาะกับการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบกับผลการวิจัย ในต่างประเทศที่พบว่าการบำบัดด้วย MBCT แบบกลุ่มและราย

บุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ผลไม่แตกต่างกันในการลดอาการซึมเศร้า²⁰ จึงมีแนวคิดในการใช้ MBCT ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบบำบัดรายบุคคล และปรับเวลาให้มีความกระชับมากขึ้นให้เหมาะกับการบำบัดรายบุคคล เพื่อศึกษาผลจากโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย MBCT รายบุคคลซึ่งยังมีการศึกษาอยู่น้อย ทั้งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า การหมกหมุ่นครุ่นคิด สติ และผลต่อการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ต่อไป จึงเป็นที่มาของการทำการวิจัยครั้งนี้ โดยสมมติฐานในการทำงานวิจัยคือการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้า การหมกหมุ่นครุ่นคิด และเพิ่มการมีสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และอาจป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อติดตามหลังบำบัด 3 เดือน

วิธีการศึกษา

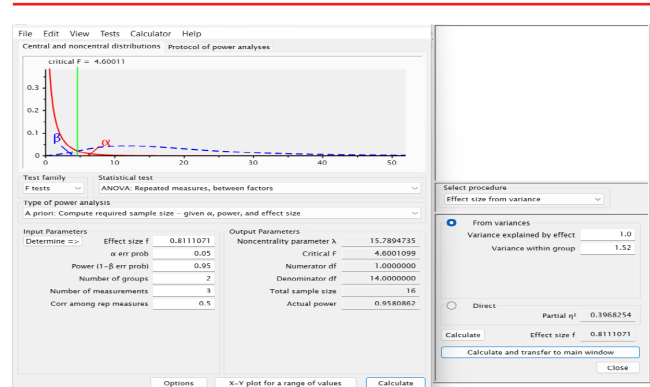
ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงปริมาณกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (a quasi-experimental design) และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวเพื่อสนทนากลุ่มทางออนไลน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย (ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยคนที่ 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว ดำเนินการบำบัดตามโปรแกรม MBCT ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (DSM-V)

กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER²³ โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติความน่าเชื่อถือที่ร้อยละ 95 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 95 แทนค่าในโปรแกรม G*POWER ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 16 คน แต่เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (drop out) ก่อนกำหนด งานวิจัยนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมด 18 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย เรียงตามลำดับรหัสผู้ป่วยของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเวลาทำการวิจัย แล้วคัดเลือกโดยใช้ช่วงของการเลือกตัวอย่างที่คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกับการวิจัย (72 คน)หารด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (18 คน) คำนวณได้เท่ากับ 4 ดังนั้นจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การวิจัยข้างต้น ทุกๆ 4 คน จะถูกเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 17 คน ประมาณร้อยละ 33.33 ได้กลุ่มตัวอย่าง 6 คน แต่เนื่องจากในวันนัดสัมภาษณ์แบบกลุ่มทางออนไลน์ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ 1 คน จึงเหลือตัวอย่างจำนวน 5 คน สัมภาษณ์แบบกลุ่มทางออนไลน์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5)
2. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
3. มีผลการประเมินด้วย 9Q ในระดับไม่มี ($9Q \leq 7$ คะแนน) หรือเล็กน้อย ($9Q = 7 - 12$ คะแนน) หรือปานกลาง ($9Q = 13 - 18$ คะแนน)
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมหรือภาวะทางจิตเวชที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง เป็นต้น
2. มีประวัติป่วยเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว ปัจจุบันอยู่ในช่วงซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์
3. มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัด เช่น บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น
4. มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม และทดสอบโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนน ≤ 22
5. ไม่อยู่ในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรมอื่น เช่น โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (termination criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม MBCT ครบทุกกิจกรรม (น้อยกว่าร้อยละ 80)
2. ระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 1 - 6 ของโปรแกรม MBCT กลุ่มตัวอย่างมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
3. ขอลถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ
4. แพทย์ปรับเพิ่มยาต้านอาการซึมเศร้าเพราะมีอาการรุนแรง

คุณสมบัติผู้บำบัด

ผู้บำบัดในการวิจัยนี้เป็นจิตแพทย์มีประสบการณ์ทำงาน 15 ปี ผ่านการฝึกอบรมทักษะการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนเริ่มการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า และประวัติการฝึกสติและสมาธิ เป็นต้น

- 1.2 แบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ²⁴ มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 ผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 ($P < 0.001$) ค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio เท่ากับร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16 - 4.26) ตามลำดับ สรุป 9Q มีความเที่ยงในระดับดีมากและมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล (HRSD-17)

- 1.3 แบบวัดความคิดครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือในคนไทย โดยวาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งนภา ภาณิตร์ธน์ และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล²⁵ ได้มีการแปลมาจากแบบวัดความคิดครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (ruminative response scale) ของ Nolen-Hoeksema & Morrow²⁶ โดยแปลเป็นภาษาไทยโดยวิธี back translation ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ คุณสมบัติของเครื่องมือพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI=0.95) และความเชื่อมั่นระดับดี ($\alpha=0.90$) ความคิดครุ่นคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตึงเครียดทางอารมณ์ ($r=.736, p < .01$) และพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r=.46, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การแปลผลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ คำถามกว้างๆ 5 ข้อ การสะท้อน (reflect) 5 ข้อ และอาการซึมเศร้า (depression) 12 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น มักคิดถึงความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาดของตนเองตลอดเวลา เป็นแบบประเมินค่า Likert scale 4 ระดับ ที่มีตัวเลือกตั้งแต่ 1 คือ แทบจะไม่เคยเลย จนถึง 4 คือ เกือบจะตลอดเวลา ค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 22 - 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีความครุ่นคิดมาก

- 1.4 แบบประเมินสติ (Mindfulness Assessment Scale : MAS) พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปกิจ²⁷ คำถาม 15 ข้อ มีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ผู้มีประสบการณ์การอบรมวิปัสสนาเบื้องต้น และผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับ และรายด้านระหว่าง 0.67 - 0.82 MAS สัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับแบบประเมิน Hospital Anxiety Depression Scale MAS มีความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมิน Philadelphia Mindfulness Scale ในส่วนตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างคำถาม เช่น ประเมินสติ

จากประสบการณ์ของท่านในแต่ละวันของ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก คะแนนน้อย หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองน้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำว่า รู้ ในที่นี้ก็คือ รู้สึกตัว รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นในร่างกายหรือจิตใจของตนเอง

1.5 เกณฑ์การวินิจฉัย major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (DSM-V) ใช้ในการประเมินการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดรายบุคคลที่ใช้ในครั้งนี้ คณะนักวิจัยปรับปรุงมาจากโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการหายหุเลาและใช้ชีวิตในชุมชนของ เกษราภรณ์ เคนบุผา และคณะ¹⁵ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน โดยใช้หลักการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาให้มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) อย่างน้อย 0.78 ขึ้นไป ตามคำแนะนำของ Lynn²¹ และ Polit & Back²² พบว่ามีค่า 0.87 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บำบัดครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดรายบุคคลในโรงพยาบาลพุทธโสธร ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้และการปล่อยวาง 5) ความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การดูแลตนเองอย่างดีที่สุด โดยในระหว่างสัปดาห์ที่ 1 - 5 จะมีการบ้านให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปฝึกทักษะเกี่ยวกับการเจริญสติและการตระหนักรู้ถึงอารมณ์และความคิดร่วมด้วย ดังแสดงในรูปที่ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ BSH-TRB 015/2566 ลงวันที่ 28 เมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ระดับความมีสติที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน ด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA) และ สถิติ Bonferroni method เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยแบบรายคู่ การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Thematic analysis โดยผู้วิจัยถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ นำมาวิเคราะห์แก่นสาระโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของ Braun & Clarks²⁸ และ Creswell & Plano Clark²⁹

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 นำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ปี พบว่าเพศหญิงมากที่สุด 14 คน (ร้อยละ 77.8) อายุเฉลี่ย 33.78 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=33.50) มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.8) เป็นโสดจำนวน 11 คน (ร้อยละ 61.1) การศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 83.34) มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 38.9) นับถือศาสนาพุทธ 17 คน (ร้อยละ 94.4) และนับถือศาสนาอิสลาม 1 คน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกาย 14 คน (ร้อยละ 77.8) ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกสมาธิ 9 คน (ร้อยละ 50) คนที่มีประสบการณ์การฝึกสมาธินานๆ ครั้ง 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ 8 คน ระยะเวลาในการฝึกสมาธิ 10 - 20 นาที (ร้อยละ 38.9)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติการรักษาโรคซึมเศร้าและการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT พบว่าระยะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 ปี มากที่สุด 11 คน ปวณานสูงสุด 7 ปี จำนวน 1 คน โดยเป็นเพศหญิงอายุ 42 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการกำเริบมากที่สุด 5 ครั้ง ไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 17 คน มี 1 คนที่เคยนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า แยกเป็นกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ได้แก่ Fluoxetine 2 คน, Sertraline 6 คน, Escitalopam 6 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	14 (77.8)
อายุ	
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 33.78 ปี	(13.50)
ช่วงอายุ 22 - 63 ปี	
สถานภาพสมรส	
โสด	11 (61.1)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	1 (5.6)
ปริญญาตรี	15 (83.3)
อื่นๆ	2 (11.1)
อาชีพ	
พนักงานบริษัท	1 (5.6)
ข้าราชการ/บ้านาน	6 (33.3)
นักเรียน/นักศึกษา	7 (38.9)
อื่นๆ	4 (22.2)
ศาสนา	
พุทธ	17 (94.4)
อิสลาม	1 (5.6)
ประวัติความเจ็บป่วยทางกาย	
ไม่มีโรคประจำตัว	14 (77.8)
ประสบการณ์การฝึกสมาธิ	
เคย	9 (50.0)
ความถี่ของการฝึกสมาธิ	
ไม่เคย	9 (50.0)
นานๆ ครั้ง (1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์)	8 (44.4)
ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (>5 ครั้ง/สัปดาห์)	1 (5.6)
ระยะเวลาการฝึกสมาธิ/ครั้ง	
ไม่เคย	9 (50)
10 - 20 นาที	7 (38.9)
21 - 30 นาที	2 (11.1)

กลุ่ม Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI) ได้แก่ Venlafexine 1 คน กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ Agomelatine 1 คน โดยมีผู้ที่ได้รับยาาร่วมกัน 2 กลุ่ม 1 คน (Escitalopam และ Venlafexine) และมี 1 คนได้รับยา Quetiapine (ใช้ในข้อบ่งชี้เรื่องอาการซึมเศร้า) ยาเสริมอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ ยากลุ่มคลายกังวล และ

ยานอนหลับ ได้แก่ Lorazepam Clonazepam, Clorazepate dipotassium, Trazodone (ใช้ในข้อบ่งชี้เรื่องการนอน) ในระหว่างบำบัดจิตสังคมด้วยโปรแกรม MBCT พบว่าผู้ป่วยขอหยุดการรักษาด้วยยา 2 ราย รายแรกหยุดระหว่างเข้ากิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 โดยให้เหตุผลว่าอารมณ์ดีขึ้นและใช้วิธีการของการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดี รายที่ 2 ขอหยุดการรักษาด้วยยาเมื่อติดตามหลังจบกิจกรรม 12 สัปดาห์ โดยให้เหตุผลเช่นเดียวกัน ซึ่งจิตแพทย์ได้ทำการประเมินอาการแล้วอนุญาตให้หยุดยา และแนะนำการสังเกตอาการซึมเศร้าและนัดตรวจติดตามต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ราย ออกจากการวิจัยหลังบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT 1 ครั้ง เนื่องจากอาการแย่ลงด้วยความเครียดในครอบครัว และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายรุนแรงจนได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ถือว่ายุติจากการศึกษาและไม่ได้นำมาวิเคราะห์ผลการบำบัดด้วยโปรแกรม MBCT

ตารางที่ 3 นำเสนอผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ การมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า ความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และการมีสติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 4 นำเสนอผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ 4.53 และ 3.47 คะแนน ค่าเฉลี่ยความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ 11.18 และ 9.35 คะแนน และค่าเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ 5.77 และ 4.53 คะแนน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 17 คน ที่ผ่านการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดร่วมกับการใช้ยาด้านอาการซึมเศร้าเมื่อติดตามผล 3 เดือน หลังการทดลองพบว่าไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มทางออนไลน์ด้วย LINE application ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน ได้ข้อมูลใน 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1) การรับรู้และมีความเข้าใจ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกทางร่างกาย และ



ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ระยะเวลาป่วยซึมเศร้า (ปี)	อาการกำเริบ (ครั้ง)	การนอนรักษาดัวในโรงพยาบาล (ครั้ง)	พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (ครั้ง)	รายการยาที่ได้รับเมื่อเริ่มโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด
1	หญิง	42	7	5	ไม่เคย	ไม่เคย	Fluoxetine 20 mg./day, Risperidone 0.5 mg./day, Lorazepam 1 mg./days, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
2	หญิง	36	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 50 mg./day, lorazepam 1mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
3	หญิง	53	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Agomelatine 25 mg./day
4	หญิง	63	1	2	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 10 mg./day, Venlafexine 75 mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day, Lorazepam 1 mg./day
5	ชาย	47	6	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 10 mg./day
6	หญิง	52	3	2	ไม่เคย	ไม่เคย	Venlafexine 75 mg./day, Lorazepam 1 mg./day, Clonazepam 0.5 mg./day
7	หญิง	25	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 20 mg./day
8	หญิง	25	2	2	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 10 mg./day
9	หญิง	44	2	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 50 mg./day, Lorazepam 1 mg./day
10	หญิง	24	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Quetiapine 25 mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
11	หญิง	23	5	2	1	1	Escitalopam 15 mg./day, Lorazepam 1 mg./day
12	หญิง	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Escitalopam 5 mg./day
13	หญิง	23	3	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Venlafexine 75 mg./day, Clorazepate dipotassium 5 mg./day
14	หญิง	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 25 mg./day
15	ชาย	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 100 mg./day, Lorazepam 1 mg./day, Trazodone 50 mg./day
16	ชาย	22	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 25 mg./day
17	ชาย	23	1	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	Sertraline 25 mg./day
18	หญิง	40	1	1	ไม่เคย	ไม่เคย	Fluoxetine 20 mg./day, Lorazepam 1 mg./day

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ การมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน

ตัวแปร	Baseline Mean (SD)	Week 6 Mean (SD)	Week 18 Mean (SD)	SS	df	MS	F	p-value
อาการซึมเศร้า	9.47 (2.27)	4.94 (3.13)	6.00 (2.89)	190.86	1.61	118.75	54.08	<0.001*
ความครุ่นคิด ต่อเหตุการณ์	53.41 (14.22)	42.24 (14.09)	44.06 (11.77)	1222.39	1.65	739.27	27.00	<0.001*
การมีสติ	45.76 (5.78)	51.53 (5.50)	50.29 (3.98)	313.22	1.90	164.80	15.37	<0.001*

*p<.05 รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser, SS=Sum of Square, df=Degree of Freedom, MS=Mean Square

*SD=Standard Deviation

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี

ตัวแปร	Mean Difference	95% CI	Standard Error	p-value
อาการซึมเศร้า (9Q)				
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	4.53	3.13, 5.93	0.52	<0.001
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	3.47	2.15, 4.79	0.49	<0.001
หลังการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-1.06	-1.93, -0.02	0.33	0.02
ความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ (RRS)				
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	11.18	7.24, 15.12	1.47	<0.001
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	9.35	4.09, 14.62	1.97	<0.001
หลังการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-1.82	-5.55, 1.90	1.39	.63
การมีสติ (MAS)				
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	-5.77	-8.70, -2.83	1.10	<0.001
ก่อนการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	-4.53	-7.73, -1.33	1.20	<0.01
หลังการทดลอง ติดตามผล 3 เดือน	1.24	-1.38, 3.85	.98	.68

*9Q=แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม; RRS=Ruminative Response Scale; MAS=Mindfulness Assessment Scale

พฤติกรรมผ่านการฝึกเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) ทำให้พวกกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกายและพฤติกรรมของตัวเองมีความเกี่ยวข้องกัน ทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับการทำงานของจิตใจและความสัมพันธ์ภายในของตัวเอง ถ้อยคำจากบทสนทนา เช่น “รับรู้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อโกรธ เช่น หายใจเร็วขึ้น ตัวสั่น เหงื่อออก”, “สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ ความคิด และ

พฤติกรรมของตนเอง”, “สามารถรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในแต่ละขณะได้ดีขึ้น”, “การรู้ตัวได้เร็วขึ้น จะช่วยให้สามารถจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น”, “ดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองสามารถทำได้โดยการฝึกสติขณะทำกิจกรรมต่างๆ”

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลง

ในวิธีที่พวกเขาตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้น จัดการกับความเครียด หรือการเข้าสู่สถานการณ์ที่ท้าทาย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นผลมาจากการรับรู้และเข้าใจที่เพิ่มขึ้นผ่านการฝึกเจริญสติตระหนักรู้ ความคิด ถ้อยคำจากบทสนทนา เช่น “การมีสติ รู้เท่าทันอารมณ์ของตัวเองและหยุดการกระทำที่ไม่ดี”, “มีสติอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น”, “โฟกัสกับตัวเองมากขึ้น ทำให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”, “มีสติในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ขับรถ”, “เมื่อรู้สึกที่กำลังจะดาวน์หรือมีกำลังจะไม่ดี ให้รีบลุกออกมาจากสถานการณ์นั้น แล้วตั้งสติ”, “ฝึกสติก่อนนอนเพื่อให้หลับได้เร็วขึ้น”, “ไม่คิดฟุ้งซ่านก่อนนอน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงาน เรื่องส่วนตัว หรือเรื่องครอบครัว”

3) ผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายงานผลลัพธ์ที่ดีที่มาจาก การเข้าร่วมกับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเรียนรู้เรื่องอารมณ์ของตัวเอง ระดับความเครียดลดลง เข้าใจกลไกการจัดการความเครียดและอารมณ์ของตัวเอง และปรับตัวเข้ากับสังคมดีขึ้น โดยที่ตัวเอง ครอบครัวและเพื่อนร่วมงานสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ถ้อยคำจากบทสนทนาเช่น “อาการทางร่างกายเหล่านี้จะลดลงเมื่อฝึกบ่อยขึ้น แต่ก็ยังมีอยู่บ้าง”, “การฝึกสติสามารถช่วยลดความเครียดและความโกรธได้”, “การมีสติช่วยให้เราสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ดีขึ้น”, “รู้สึกดีขึ้น ไม่ได้รู้สึกแย่เหมือนก่อน”, “ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น เปิดใจคุยกันมากขึ้น”, “พัฒนาความคิด อารมณ์ และสติให้ดีขึ้น”, “คุณภาพชีวิตของเราและคนรอบข้างดีขึ้น”, “เคยขาดสติและใจร้อนแต่เมื่อได้ฝึกสติและการรับรู้ของตนเองแล้ว ทำให้มีสติมากขึ้น”

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานประมาณครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยจิตแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามโปรแกรม MBCT เป็นผู้บำบัดในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รายงานอาการซึมเศร้าและได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมดังกล่าวร่วมด้วย พบว่าอาการซึมเศร้าและความเครียดต่อเหตุการณ์ลดลง ส่วนการมีสติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหลังการบำบัดตามโปรแกรมดังกล่าว ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะ

ติดตาม 3 เดือน แสดงถึงผลของการบำบัดต่ออาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้น ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยขอหยุดการรักษาด้วยยา 2 ราย ดังกล่าวไว้ในผลการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 17 คน ไม่มีการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าหลังติดตาม 3 เดือน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศถึงผลของโปรแกรม MBCT ต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติความตระหนักรู้ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น รวมถึงป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า¹⁴ และยังสอดคล้องกับการศึกษาภายในประเทศของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม MBCT แบบกลุ่ม มีอาการซึมเศร้าลดลงและมีความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง รวมทั้งไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังการทดลอง ยกเว้นผลระดับของสติในการวิจัยของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ ที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยใช้เครื่องมือการประเมินสติแตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือประเมินสติที่พัฒนาจากแนวคิดศาสนาพุทธ โดย อรรถพร ศิลปกิจ²⁷ ในขณะที่งานวิจัยของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ¹⁵ ใช้แบบประเมินสติที่แปลมาจากต่างประเทศ¹⁵ ซึ่งมีความต่างกันเกี่ยวกับแนวคิด และบริบทที่แตกต่างกันเกี่ยวกับเรื่องสติ อย่างไรก็ตามการวิจัยมีความแตกต่างกันในรูปแบบของการบำบัด

เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัย MBCT รายบุคคลในต่างประเทศ²⁰ พบว่ามีผลสอดคล้องกันในด้านของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น ส่วนผลอื่นๆ ได้แก่ การลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มการมีสติ และไม่พบการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าหลังติดตาม 3 เดือน ยังไม่พบงานวิจัย MBCT รายบุคคลที่สามารถเทียบเคียงได้ชัดเจน ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลสำหรับการบำบัด MBCT แบบรายบุคคลในการวิจัยอื่นๆ ต่อไป

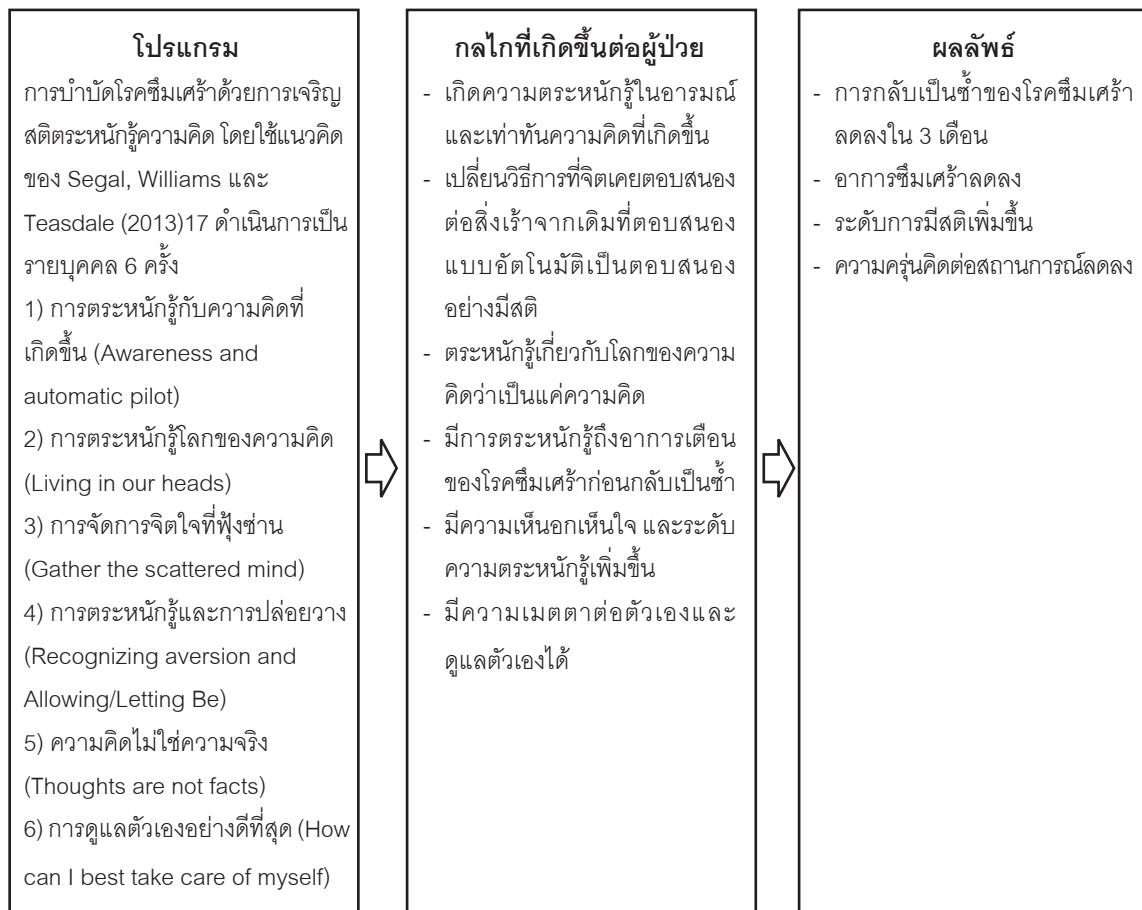
จากการติดตามพบว่าในระยะ 3 เดือน หลังจบการบำบัด ผู้ป่วยมีคะแนนของอาการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น การครุ่นคิดเพิ่มขึ้น และการมีสติลดลง เมื่อเทียบกับคะแนนหลังครบการบำบัดจากการวิเคราะห์สาเหตุอาจเกิดจากการขาดการปฏิบัติตามโปรแกรม MBCT อย่างต่อเนื่องหลังครบการบำบัด

การศึกษานี้มีการติดตามผลของโปรแกรมด้วยการสนทนากลุ่มทางออนไลน์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คน หลังได้รับโปรแกรมในระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถอดบทเรียนว่าเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้

ด้วยตนเองคือ การรับรู้และเข้าใจในความสัมพันธ์กันระหว่าง ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรมของตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้น ในทางที่ดีขึ้น และจากการสังเกตของบุคคลใกล้ชิด เช่น คนใน ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานคือ ความเครียดและอารมณ์ของตนเอง ดีขึ้น ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการของโรคซึมเศร้าของตนเอง สอดคล้องกับการ ศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ตระหนักรู้ ในอารมณ์ ความคิด ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรม เมื่อมี เหตุการณ์เข้ามากระทบ สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของตัวเองและมี วิธีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบเปลี่ยนแปลงไป³⁰ ซึ่งส่งผลต่อการกลับมาทำร้ายซ้ำของโรคซึมเศร้า รวมทั้งผล การศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาทางกายที่ไม่มีสาเหตุ³¹ และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว³² ก็มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงหลัง ได้รับการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้คล้ายคลึงกัน

ดังนั้นทำจิตบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดรายบุคคล จึงเป็นทางเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ สามารถใช้ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า สำหรับการป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ ความคิดรายบุคคลนั้น ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแพร่หลายต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัยมีอยู่หลายส่วน ได้แก่ งานวิจัยนี้ ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการบำบัดที่มีการปรับปรุงได้อย่างชัดเจน และยังไม่ สามารถนำไปใช้ทั่วไปได้ เนื่องจากผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอาจเกิดตามเวลา ตามการดำเนินโรค หรืออาจเป็นผลจากการปรับยาต้านเศร้า ก่อนหรือขณะร่วมโปรแกรม จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษา เพิ่มเติมแบบมีกลุ่มควบคุม นอกจากนี้การติดตามเรื่องการกลับเป็นซ้ำ ของโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้นคือ 3 เดือน ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาการทําวิจัย จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมนี้จะสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า



รูปที่ 2 แสดงโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

ในระยะยาวได้หรือไม่ จึงควรมีการกำหนดให้มีการติดตามที่นานขึ้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ในส่วนของเกณฑ์คัดออกจากการวิจัย เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น มีความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงจะถูก คัดออก ส่งผลต่อแนวโน้มของผลการวิจัยนี้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรมีการจัดโปรแกรมทบทวน สำหรับผู้ป่วยหลังจบโปรแกรมการบำบัด 3 - 6 เดือน เพื่อความ ต่อเนื่องในการดูแลตนเองตามโปรแกรมบำบัด และคู่มือการบำบัด ที่ได้ปรับปรุงมาจากเดิมยังมีภาษาที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับ รูปแบบการบำบัดรายบุคคลมากขึ้น

สรุป

โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิดแบบรายบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้า และความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ เพิ่มการมีสติและ การตระหนักรู้ และอาจมีประสิทธิผลในการป้องกันการกำเริบซ้ำ ของโรคซึมเศร้าที่ระยะเวลา 3 เดือน สามารถใช้ร่วมกับการรักษา ด้วยยาต้านเศร้าได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.รัชชวาลย์ ศิลปกิจ ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโปรแกรม MBCT แบบรายบุคคล ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งขอขอบพระคุณ ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และ ดร.ญาดา ธงธรรมรัตน์ สำหรับ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงโปรแกรกดังกล่าว งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

เจริญศักดิ์ อ้ากลิ่น: หัวหน้าโครงการวิจัยและ ร่วมออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ร่วมเขียน บทความ; เกษราภรณ์ เคนบุปผา: ผู้ริเริ่มการออกแบบ การศึกษา ร่วมเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ การเขียนบทความ และการตรวจสอบ แก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psychiatr Soc 2009;18(1):23-33.
3. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. 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.
5. Kennedy N, Abbott R, Paykel ES. Remission and recurrence of depression in the maintenance era: Long-term outcome in a Cambridge cohort. Psychol Med 2003;33(5):827-38.
6. Thiamkaew K, Phuaphanprasert B, Mahatnirunkul S, Pannarunothai S. Depression care cost in Thai public service settings. J Ment Health Thai 2007;15:19-21.
7. Srisopa P, Uthis P. Predictors factors of recurrence among patients with depressive disorder in Eastern region. JPNMH 2010;24(2):138-54.
8. Prompakdee T, Udomratn P. Natural course and outcome of depressive disorder Patients in Songklanagarind Hospital: Ten years of follow-up. J Psychiatr Assoc Thailand 2008;53:81-97.
9. Buddhasothorn Hospital. Annual performance report. Chachoengsao: Buddhasothorn Hospital; 2022.
10. Prasimahabodi Psychiatric Hospital. Depressed We can talk [Internet]. Ubon Ratchathani: Prasimahabodi Psychiatric Hospital; 2017 [cited 2024 Sep 29]. Available from: https://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf.
11. 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.
12. Segal ZV, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Guilford Publications; 2018.
13. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press; 2003.
14. 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.
15. Kenbubpha K, Pianthong K, Saganrum K, Sukhawaha S. Mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder: Testing efficacy of the program. JPNMH 2023; 37(3):31-52.
16. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002.

17. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2 ed. New York: The Guilford Press; 2013.
18. Areekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depressive disorder patients. JPNMH 2012;26(3):71-80.
19. Thongphosri B. The effect of mindfulness-based therapy and counseling: MBTC Program on the level of depression in patients with major depressive disorder under Coronavirus disease situation 2019 Phana District, Amnatcharoen Province. J Health Sci BCNSP 2022;6(2):49-60.
20. Schroevers MJ, Tovote KA, Snippe E, Fleer J. Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. Mindfulness 2016;7:133-46.
21. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res 1986;35(6):382-6.
22. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health 2006;29(5):489-97.
23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39(2):175-91.
24. Kongsuk T, Leejongpermpoon J, Kenbubpha K, Sukhawaha S, YingYeun R. Reliability and validity of the 9 Questions for Assessment of Depressive Symptom comparison with the Hamilton Rating Scale for Depression. The 9th International Mental Health Conference; August 18-20, 2010; Prince Palace Hotel Mahanak.Bangkok; 2010.
25. Thanoi W, Panitrat R, Phancharoenworakul K. The Adolescent Ruminative iResponse Scale (Thai version): Psychometric Properties. J Nurs Sci 2011;29(2):29-38.
26. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. J Pers Soc Psychol 1991;61(1):115-21.
27. Silpakit O. The invention of the mindfulness assessment scales. J Ment Health Thai 2015;23(2):72-90.
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006;3(2):77-101.
29. Creswell J, Plano Clark V. Designing and conducting mixed methods research. CA: Sage: Thousand Oaks; 2007.
30. Williams K, Hartley S, Anderson IM, Birtwell K, Dowson M, Elliott R, et al. An ongoing process of reconnection: A qualitative exploration of mindfulness-based cognitive therapy for adults in remission from depression. Psychol Psychother 2022;95(1):173-90.
31. van Ravesteijn HJ, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, Muskens E, Lucassen PL, van Weel C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: Process of change. J Psychosom Res 2014;77(1):27-33.
32. Hanssen I, Boele M, van der Horst N, van Bennekom ML, Regeer E, Speckens A. The process of change of mindfulness-based cognitive therapy for people with bipolar disorder: A qualitative study. Mindfulness 2021;12(4):863-72.