

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันรับ : 22 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 9 พฤศจิกายน 2564
วันตอบรับ : 10 พฤศจิกายน 2564

วิภาวี เผ่ากันทรารกร, พร.ด.
นภา จิรัฐจินตนา, พย.ม.
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการ : เป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีการควบคุม ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 44 คนที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้รูปแบบจับคู่ตามอายุ เพศ และระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มบำบัดได้รับโปรแกรมสติบำบัดจำนวน 8 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังโปรแกรมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory IA) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที

ผล : กลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 10.71, p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.80, p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -12.38, p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.92, p < .01$) การติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ในกลุ่มบำบัดมี 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมมี 10 คนที่มีอาการกำเริบ

สรุป : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต โปรแกรมสติบำบัด ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิภาวี เผ่ากันทรารกร; e-mail: wkuntara@hotmail.com

Original article

Effects of Mindfulness-Based Therapy Program on depression and quality of life among patients with Major Depressive Disorder

Received : 22 January 2021

Revised : 9 November 2021

Accepted : 10 November 2021

Wipawee Phaokuntatakorn, Ph.D.

Napa Jiratjitan, M.N.S.

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To examine the effects of a mindfulness-based therapy program on depressive symptoms and quality of life among patients with major depressive disorder.

Methods: This was a randomized controlled trial in outpatients with major depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Forty-four participants were matched in pairs based on age, gender, and severity of depression, and randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received eight sessions of mindfulness-based therapy, whereas the control group received treatment as usual. Both groups were followed with a telephone interview six months after the program. Depression and quality of life were measured before and after the program using the Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) and the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI), respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and t-test.

Results: The mean depression score after the program in the experimental group was significantly lower than before the program ($t = 10.71, p < .01$) and that in the control group ($t = 3.80, p < .01$). The mean quality of life score after the program in the experimental group was significantly higher than before the program ($t = -12.38, p < .01$) and that in the control group ($t = 3.92, p < .01$). At a six-month follow-up, two participants in the experimental group met the criteria for relapse, compared to 10 in the control group.

Conclusion: The mindfulness-based therapy program is potential in reducing depression severity and improving the quality of life in patients with major depressive disorder.

Keywords: depression, major depressive disorder, Mindfulness-Based Therapy program, quality of life

Corresponding author: Wipawee Phaokuntatakorn; e-mail: wkuntara@hotmail.com

ความรู้เดิม : การเจริญสติหรือสติบำบัดเป็นวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผลดี

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมสติบำบัดสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับการดูแลปกติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมสติบำบัดสามารถนำมาเป็นทางเลือกในการบำบัดร่วมกับการดูแลปกติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า

บทนำ

โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพและปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years; DALYs) อย่างมาก โดยพบว่า ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 - 2015 ประชากรที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18.4¹ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ โดยมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน² นอกจากผลกระทบด้านความรุนแรงของอาการแล้ว ภาวะซึมเศร่ายังมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ³⁻⁴ และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการฆ่าตัวตายสำเร็จ⁵ จากการสำรวจระดับสุขภาพจิตระดับชาติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 โดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ⁶ พบว่าโรคซึมเศร้าโดยรวมมีความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 1.9 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ

การรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน³ โดยมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบจิตบำบัดที่มีความเสี่ยงน้อยและได้ผลดีขึ้น เพื่อใช้เป็นการบำบัดแบบเสริมหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Goldberg และคณะ⁷ พบว่า การเจริญสติหรือการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy; MBT) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

โดยลดความคิดครุ่นคิด⁸ โดยเฉพาะความคิดด้านลบซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า ช่วยให้มีสติเพิ่มขึ้น⁴ มีความยืดหยุ่นทางความคิดและอารมณ์มากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถกำกับตนเองและมีความเมตตาต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความสุขมากขึ้น⁹ และลดความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ^{10,11} ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจนำการเจริญสติตามแนวพุทธและการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมาประยุกต์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹²⁻¹⁴ และผู้ป่วยโรคทางกาย^{15,16}

โปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy program) หรือชื่อเต็มคือ การบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counseling; MBTC) ถูกพัฒนาขึ้นโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์¹⁷ โดยผสมผสานหลักการของจิตวิทยาและพุทธธรรมตามแนวคิดการให้การปรึกษาแนวพุทธ (Buddhist counseling) และการมีสติในการเมตตาตนเอง (mindfulness self-compassion) มีโครงสร้างตามการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (mindfulness based cognitive therapy; MBCT) ได้แก่ การเรียงลำดับด้วยการฝึกจิต หยุดความคิดด้วยลมหายใจจนจิตสงบ และฝึกสติด้วยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ มีการศึกษาผลของโปรแกรมนี้นในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่า สามารถลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้¹⁸ ในกลุ่มผู้ต้องขังพบว่า สามารถลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นได้^{19,20} และในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้²¹ แต่ยังไม่พบการศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวม ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วิธีการ

เป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีการควบคุม (randomized controlled trial) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี และสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการทางจิต เช่น หูแว่วและประสาทหลอน ใช้สารเสพติด มีโรคทางกาย เช่น ความผิดปกติทางระบบประสาท หรือมีภาวะที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test)²² โดยอ้างอิงผลการศึกษาของพรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย¹² กำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 17 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมวิจัย (drop out) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) และจัดให้ตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่เพศ ช่วงอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมจนครบ 22 คู่ ได้กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสติบำบัดพัฒนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์¹⁷ ประกอบด้วยกลุ่มกิจกรรม 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ กิจกรรมแบ่งเป็น 1) การจัดการกับความวุ่นวายใจด้วยการฝึกสมาธิ ให้ผู้ป่วยสามารถแยกสมาธิกับสติ ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด และเรียนรู้วิธีพัฒนาสภาวะจิตขั้นสูง 2) การดำเนินชีวิตด้วยความสงบด้วยการมีสติในกิจและการรู้ลมหายใจในขณะที่มีกิจกรรมเพื่อวางแผนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์ มีสติกับความรู้สึกทั่วร่างกายด้วยการฝึก body scan ในท่านั่ง และการเรียนรู้การปล่อยวางอารมณ์ที่เกิดขึ้น 4) รู้ทันความคิด และปล่อยวาง มีสติกับความคิดที่สัมพันธ์กับบุคคลสำคัญ แยกแยะได้ระหว่างความคิดกับความจริง และเรียนรู้วิธีปล่อยวาง

ความคิดที่เกิดขึ้น 5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6) ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้นด้วยการใคร่ครวญสัมพันธภาพ มองเห็นความเป็นจริงที่มีจริง มีการปรับปรุงความสัมพันธ์และมีสติในการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง 7) เมตตาและให้อภัยด้วยการเมตตาตัวเอง ให้อภัยกับประสบการณ์ที่เจ็บปวด เรียนรู้การรักตัวเอง การมองคนรอบข้างอย่างที่เขาเป็น ให้อภัยสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองและผู้อื่น รวมทั้งความปรารถนาดีต่อตนเองและผู้อื่น และ 8) ชีวิตต้องเดินหน้า มองสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติ ควบคุมการใช้สติสมาธิในการรักษาสมดุลของการดำเนินชีวิตในอนาคต หลังกิจกรรมแต่ละครั้งมีการบ้านให้ฝึกต่อเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนฝึกในกิจกรรมครั้งต่อไป โปรแกรมนี้ได้รับการพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 คน นักจิตวิทยาคลินิก 6 คน พยาบาลจิตเวช 7 คน นักสังคมสงเคราะห์ 7 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.94 และนำฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า 2 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory IA; BDI-IA) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์²³ ประกอบด้วย 21 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 63 คะแนน แบ่งระดับซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ปกติ (0 - 9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ²⁴ มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้าน

สิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 - 130 คะแนน แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61 - 95 คะแนน) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²⁵ สำหรับคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย มีข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อยมาก (0 - 6 คะแนน) อาการระดับเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน) อาการระดับปานกลาง (13 - 17 คะแนน) และอาการระดับรุนแรง (≥ 18 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่าความไวร้อยละ 75.6 และค่าความจำเพาะร้อยละ 92.8

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2561 - มิถุนายน 2562 โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) **ขั้นตอนเตรียมการวิจัย** มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เครื่องมือในการวิจัย สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกตัวอย่างด้วยแบบประเมิน 9Q 2) **ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** แบ่งตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มบำบัดได้รับโปรแกรมสติบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนโปรแกรมด้วยแบบประเมิน BDI-IA และ WHOQOL-BREF-THAI 3) **ขั้นตอนการประเมินผล** ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยแบบประเมิน BDI-IA และ WHOQOL-BREF-THAI และติดตามผลทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 ด้วยคำถาม 1) ตอนนี้คุณเป็นอย่างไร 2) มีอาการซึมเศร้าหรือไม่เพราะอะไร ทำอย่างไร 3) คุณทำอะไรถึงอยู่ได้ตลอด 6 เดือน มีอะไรช่วย หรือมีอะไรทำให้เกิดความยุ่งยากใจ และจัดการอย่างไร โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน ก่อนการติดตามผลทางโทรศัพท์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัดด้วยสถิติทดสอบที กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตามเอกสารรับรอง รหัสโครงการที่ 023/2561 วันที่ 18 มิถุนายน 2561 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์วิธีการ การเก็บข้อมูล สิทธิในการรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบต่อบริการ การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 49 ปี มีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้พอใช้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยอมรับว่ามีปัญหาสุขภาพจิต มีบางส่วนเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคเครียดวิตกกังวล แต่ไม่ทราบว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และไม่เคยถามว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยา โดยได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า เช่น fluoxetine, sertraline, amitriptyline และ trazodone และยาคลายวิตกกังวลและยานอนหลับ เช่น diazepam, lorazepam, clorazepate และ clonazepam กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ยกเว้นการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัดจากแบบประเมิน 9Q และ BDI-IA ของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ทั้งกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง

การทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจต่างกันมากกว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 4

การติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มบำบัดจำนวน 20 คน ไม่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า โดย 14 คนมีความคิดฟุ้งซ่านลดลง รู้สึกว่าอาการซึมเศร้าลดลง มีสติในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต และแพทย์ได้ปรับลดขนาดยา อีก 6 คนมีความคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นหลังการบำบัด 4 เดือน เนื่องจากมีเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจแต่สามารถจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น และดูแลตัวเองด้วยการมีสติรู้ลมหายใจ ส่วนอีก 2 คนมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าเนื่องจากมีปัญหาครอบครัวและการทำงานที่รุนแรง จึงใช้การดื่มสุราเพื่อจัดการกับปัญหา กลุ่มบำบัดทุกคนรู้สึกรักตัวเองมากขึ้น ให้อภัยบุคคลรอบข้างได้มากขึ้น โดยเฉพาะ 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คนไม่มีอาการของโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ โดย 8 คนมีความคิดฟุ้งซ่าน มีความทุกข์และความเศร้าเป็นระยะ และมีการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา อีก 4 คนมีความคิดฟุ้งซ่านและความเศร้าเกิดขึ้นบ้าง แต่ควบคุมตัวเองได้โดยการออกกำลังกายและฟังเพลง และมีคนรอบข้างเข้าใจคอยรับฟัง ส่วนอีก 10 คนมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และดื่มสุราเพื่อสังสรรค์หรือเวลาที่มีความทุกข์ และมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดต่ำกว่า และมีคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Dang และคณะ³ ที่พบว่า งานวิจัยที่ใช้การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานจำนวน 16 เรื่อง ประกอบด้วย mindfulness-based stress reduction (MBSR) จำนวน 5 เรื่อง MBCT จำนวน 5 เรื่อง และการประยุกต์วิธีการของ MBT จำนวน 6 เรื่อง สามารถลดอาการซึมเศร้า (Cohen's $d = 0.04 - 1.06$) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Cohen's $d = 0.05 - 1.09$) ภายหลังการบำบัด 8 สัปดาห์เมื่อเทียบกับการดูแลปกติ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Naibili และ Permana²⁶ ที่พบว่า MBCT มีประสิทธิภาพสามารถลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความทุกข์ทางอารมณ์ และปรับปรุงคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ในสังคม และความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจ ในขณะที่สมชาย ปโยโค และอุทัย สุดสุข¹⁶ ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่า แนวโปรแกรมสติบำบัดสามารถใช้ในประชากรกลุ่มอื่น เช่น ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว²¹ และลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเมตตาต่อผู้อื่นในกลุ่มผู้ต้องขังได้²⁰

การศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนบำบัด และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจสูงกว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการของสมชาย ปโยโค และคณะ¹⁶ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนบำบัด โดยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมต่างกันสูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่การศึกษาของ Dang และคณะ³ พบว่าการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น อาการปวดเรื้อรัง (Cohen's $d = .39, p = .04$) หรือภาวะเรื้อรังอื่น ๆ ที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	7 (31.8)	7 (31.8)	> .99
	หญิง	15 (68.2)	15 (68.2)	
อายุ	20 - 29 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)	
	30 - 39 ปี	7 (31.8)	7 (31.8)	
	40 - 49 ปี	7 (31.8)	7 (31.8)	
	50 - 59 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)	
อายุเฉลี่ย		$\bar{X} = 38.5$; S.D. = 11.62 Min = 21; Max = 59	$\bar{X} = 37.04$; S.D. = 10.25 Min = 20; Max = 53	.51
สถานภาพสมรส	โสด	15 (68.2)	15 (68.2)	.31
	คู่	5 (22.7)	7 (31.8)	
	แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	2 (9.1)	-	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	-	2 (9.1)	.33
	มัธยมศึกษา	-	1 (4.5)	
	ปวช./ปวส.	2 (9.1)	2 (9.1)	
	ปริญญาตรี	12 (54.5)	14 (63.6)	
	สูงกว่าปริญญาตรี	8 (36.4)	3 (13.6)	
อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (31.8)	2 (9.1)	.16
	ธุรกิจส่วนตัว	4 (18.2)	7 (31.8)	
	รับจ้าง	6 (27.3)	6 (27.3)	
	ว่างงาน	2 (9.1)	6 (27.3)	
	อื่น ๆ	3 (13.6)	1 (4.5)	
รายได้	มีเหลือเก็บ	5 (22.7)	-	.10
	พอใช้	14 (63.6)	16 (72.7)	
	ไม่พอใช้	3 (13.6)	6 (27.3)	
ปัญหาสุขภาพ	สุขภาพทางจิต			.03
	- ความเครียด	2 (9.1)	2 (9.1)	
	- วิตกกังวล	1 (4.5)	5 (22.7)	
	- ซึมเศร้า	15 (68.2)	10 (45.5)	
	- เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าร่วมกัน	4 (18.2)	5 (22.7)	
	สุขภาพทางกาย			
	- มี	4 (18.2)	2 (9.1)	
	- ไม่มี	18 (68.2)	20 (90.9)	
ระยะเวลาการรักษาทางจิตเวช	น้อยกว่า/เท่ากับ 5 ปี	22 (100.0)	21 (95.5)	.26
	รักษา > 5 ปี และ < 10 ปี	0 (0.0)	1 (4.5)	
การรักษาด้วยยา		22 (100.0)	22 (100.0)	> .99
การบำบัดอื่น ๆ	- เคย	3 (13.6)	2 (9.09)	.36
	- ไม่เคย	19 (86.4)	20 (90.9)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	T	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)				
ระดับน้อยมาก	0 (0.0)	0 (0.0)		
ระดับเล็กน้อย	9 (40.9)	9 (40.9)		
ระดับปานกลาง	7 (31.8)	7 (31.8)		
ระดับรุนแรง	6 (27.3)	6 (27.3)		
	$\bar{X}$ = 15.82 (S.D. = 5.88)	$\bar{X}$ = 16.14 (S.D. = 6.42)	0.17	.45
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-IA)				
ภาวะอารมณ์ปกติ – ระดับน้อย	0 (0.0)	0 (0.0)		
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	4 (18.2)	6 (27.3)		
ภาวะซึมเศร้าระดับมาก	10 (45.4)	8 (36.4)		
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	8 (36.4)	8 (36.4)		
	$\bar{X}$ = 28.14 (S.D. =10.99)	$\bar{X}$ = 28.23 (S.D. = 11.42)	0.87	.63

BDI-IIA = Beck depression inventory IA

ตารางที่ 3 คะแนนซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนน	กลุ่มบำบัด (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)
ภาวะซึมเศร้า	28.14 (10.99)	7.27 (5.36)	28.23 (11.42)	14.00 (6.34)
ความแตกต่างก่อน - หลัง	t = 10.71, p = < .01		t = 7.28, p < .01	
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	t = 3.80, p = <.01			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70.82 (19.36)	104.95 (10.06)	73.41 (15.52)	90.77 (13.66)
ความแตกต่างก่อน-หลัง	t = - 12.38, p = < .01		t = - 6.59, p < .01	
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	t = 3.92, p = < .01			

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบหลังการทดลองของกลุ่มบำบัดและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบ	กลุ่มบำบัด (n = 22)	กลุ่มควบคุม (n = 22)	T	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
ด้านสุขภาพกาย	28.18 (2.86)	25.05 (4.03)	- 2.98	< .01
ด้านจิตใจ	24.36 (2.82)	20.36 (4.23)	- 3.69	< .01
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.73 (1.80)	10.32 (2.08)	- 2.40	.02
ด้านสิ่งแวดล้อม	32.91 (3.89)	28.36 (6.99)	- 2.67	.01

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างกัน ในแต่ละการศึกษา อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกัน และเนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง จึงขึ้นกับบริบทวัฒนธรรม และความเชื่อในขณะนั้น

จากการติดตามทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มบำบัดมีผู้ป่วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสามารถดูแลตัวเองได้ดีกว่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการของ Schuman-Olivier และคณะ²⁷ ที่พบว่า การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถควบคุมกำกับตัวเองทั้งด้านความคิดและอารมณ์ เพิ่มความทนต่อสิ่งเร้า ปรับปรุงวิธีจัดการกับปัญหา ปรับปรุงมุมมองและพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพิ่มความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลงและไม่เกิดอาการกำเริบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังการทำกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับสติเพิ่มสูงขึ้นหลังทำกลุ่มครบ 3 เดือน จำนวนกลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือร้อยละ 25 หลังการทำกลุ่ม และลดลงเหลือร้อยละ 11 หลังครบ 3 เดือน การศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังของอัจฉรา มุ่งพานิช และกิตติยา กุดกุง²⁰ พบว่า เมื่อติดตามผลที่ระยะ 1 เดือน กลุ่มบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงและความเมตตาต่อผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.99$, $p\text{-value} = .046$ และ $Z = -2.08$, $p\text{-value} = .038$ ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาของธีรยุทธ เกิดสังข์ และคณะ¹⁸ ที่ใช้โปรแกรมสติบำบัดในนักศึกษาพยาบาล โดยติดตามผลความเครียดและระดับสติที่ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้สัมภาษณ์ของกลุ่มบำบัดที่ระยะ

6 เดือนพบว่า การมีสติอยู่กับลมหายใจและกับร่างกายช่วยให้สามารถรับรู้ถึงความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ สามารถปล่อยให้สิ่งต่าง ๆ ผ่านไปได้ ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับสถานการณ์และความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับตนเองและคนรอบข้าง ส่งผลให้ความเครียดและความซึมเศร้าลดลง มีความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน และให้อภัยสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิตมากขึ้น สามารถทำงานได้ดี และอยู่กับคนรอบข้างอย่างมีความสุข ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “รู้สึกดีขึ้นมาก จากที่เคยกลัวสามีเก่าที่เคยตบตีเราแม้จะหย่ากันแล้ว เวลาเขามาเยี่ยมลูก เราเห็นเขาเราจะสั่นมาก แต่เดี๋ยวนี้เราไม่เป็นเลย เราคุยกับเขาได้ เรารู้สึกเมตตาและอภัยเขาได้ คุยกับเขาอย่างปกติ มองเขาอยู่กับลูกอย่างมีความสุข ไม่โกรธ ไม่กลัวเขาเลย” จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้การนำสติมากำกับอารมณ์ และการแผ่เมตตาทำให้เกิดสภาวะจิตและอารมณ์เชิงบวก²⁸ ลดความโกรธ ความขัดเคือง ความไม่พอใจ ช่วยให้มีสมาธิเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาการกำเริบลดลง

สรุป

โปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอาการกำเริบในระยะ 6 เดือนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมสติบำบัดเป็นโปรแกรมใหม่ที่ต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์ในแง่มุมต่าง ๆ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหลายประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน เช่น ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานอื่น ๆ ที่เป็นโปรแกรมสากล การวัดตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการกำเริบ/ป่วยซ้ำ การวัดการครุ่นคิด การควบคุมอารมณ์ ปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อความเครียด ความเห็นอกเห็นใจตนเอง ความเมตตา ระดับความมีสติ การดื่มสุรา และโรคร่วมต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และนางสาวสมพร อินทร์แก้ว กรมสุขภาพจิต ที่ให้ความรู้และข้อคิดเห็นในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Dang JM, Bashmi L, Meenaghan S, White J, Hedrick R, Djurovic J, et al. The efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms and quality of life: a systematic review of randomized controlled trials. *OBM Integr Complement Med*. 2018;3(2):011. doi:10.21926/obm.icm.1802011.
4. Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):460-8. doi:10.1192/bjp.bp.115.175059.
5. Geurts DEM, Compen FR, Van Beek MHCT, Speckens AEM. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for major depressive disorder: evidence from routine outcome monitoring data. *BJPsych Open*. 2020;6(6):e144. doi:10.1192/bjo.2020.118.
6. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สวัสดิ์ อัมมามังกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):1-19.
7. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;59:52-60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011.
8. Perestelo-Perez L, Barraca J, Peñate W, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y. Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Health Psychol*. 2017;17(3):282-95.
9. Pérez-Aranda A, García-Campayo J, Gude F, Luciano JV, Feliu-Soler A, González-Quintela A, et al. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: the mediating role of resilience. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(2):100229. doi:10.1016/j.ijchp.2021.100229.
10. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565-74. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.
11. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013.
12. พรเพ็ญ อารีกิจ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2555;26(3):71-80.
13. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปรียา ประณีตพลกรัง, ปราณีต ชุ่มพุทรา, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล. กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น : การศึกษานำร่อง [The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2558;23(3):143-53.
14. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงกญา โคตรนารา, ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [Efficacy of Buddhist counseling on decrease depressive symptoms of patients with depressive disorder]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(4):381-93.

15. สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภัทรพร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทีส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน [Effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):66-75.
16. สมชาย ปโยโค, อุทัย สุดสุข. พุทธบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย [Buddhist integration of caring for chronic diseases in Thai society]. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2558;3(2):45-64.
17. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทปิโยนส์พับลิชชิง จำกัด; 2559.
18. อธิยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, เบญจวรรณ งานวงศ์วัฒน์. ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล [Effects of Mindfulness-Based Therapy and Counseling program on stress and mindfulness in Nursing students]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(1):33-48.
19. ภัทรภรณ์ วงษกรณ์. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความเครียดในผู้ต้องขัง [The effects of mindfulness-based practice on stress among inmates] [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. อัจฉรา มุ่งพานิช, กิตติยา กุดกุง. ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง [Effect of mindfulness-based therapy and counseling group on suicidal risk of prisoners]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(3):240-51.
21. นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว [The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression of bipolar disorder patients]. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2562;11(2):421-32
22. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for android. Songkla: The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University; 2014.
23. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค [Beck depression inventory IA (BDI-IA)]. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2522.
24. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด [Comparison of the WHO-QOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items)]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต; 2540.
25. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง [Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
26. Naibili M, Permana I. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) Towards Depression. Jurnal Ilmu Keperawatan: Journal of Nursing Science. 2020;8(1):35-42. doi:10.21776/ub.jik.2020.008.01.6.
27. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, Brewer JA, Vago DR, Gawande R, et al. Mindfulness and behavior change. Harv Rev Psychiatry. 2020;28(6):371-94. doi:10.1097/HRP.0000000000000277.
28. Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(2):138-46. doi:10.1590/2237-6089-2019-0016.