



## กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกัน โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง

ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, พบ.<sup>1</sup>

ญาดา จงธรรมรัตน์, วท.ม.<sup>2</sup>

ปรียา ปราณีตพลกรัง, พย.ม.<sup>2</sup>

ปราณีต ชุ่มพุทรา, พย.ม.<sup>2</sup>

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, พบ.<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนากลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (Mindfulness-based cognitive therapy; MBCT) ในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น

**วัสดุและวิธีการ** พัฒนาโปรแกรม MBCT สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 15-24 ปี ที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ประเมินภาวะเครียดซึมเศร้าและระดับสติก่อนเข้ากลุ่ม, หลังเข้ากลุ่มและหลังเข้ากลุ่มครบ 3 เดือน ด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต, Beck Depressive Inventory-II และ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย ตามลำดับ ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียด ซึมเศร้าและสติในแต่ละช่วงเวลา

**ผล** ภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังการทำกลุ่มลดลงต่ำกว่าก่อนทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ระดับสติหลังทำกลุ่มต่ำกว่าก่อนทำกลุ่ม แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นหลังทำกลุ่มครบ 3 เดือน จำนวนกลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือร้อยละ 25 หลังทำกลุ่มและลดลงเหลือร้อยละ 11 หลังครบ 3 เดือน

**สรุป** กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการฝึกสติช่วยลดภาวะเครียดและซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงลงได้ ทั้งในระยะสั้นสุดกิจกรรมและต่อเนื่อง 3 เดือน ส่วนการเปลี่ยนแปลงระดับสติยังต้องศึกษาเพิ่มเติม

**คำสำคัญ:** การบำบัดรู้คิด ผู้ใหญ่ตอนต้น โรคซึมเศร้า วัยรุ่น สติ

<sup>1</sup> สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

<sup>2</sup> โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

<sup>3</sup> กลุ่มที่ปรึกษากลุ่มสุขภาพจิต



## The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study

Dutsadee Juengsiragulwit, MD.<sup>1</sup>

Yada Thongthamarat, MA.<sup>2</sup>

Pariya Praneetpolgrung, MNs.<sup>2</sup>

Praneet Choompudsa, MNs.<sup>2</sup>

Prawate Tantipiwattanasakul, MD.<sup>3</sup>

### Abstract

**Objective** To develop and evaluate the efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in targeted prevention of depressive disorder in adolescents and young adults with an elevated risk of depression.

**Materials and methods** Mindfulness practice in Thailand and standard MBCT programs were reviewed. Then discussion with experts in mindfulness practice in adolescence were done before developing the mindfulness-based cognitive therapy for young people aged 15-24 years old with sub-syndromal depression and anxiety. Forty-four participants were recruited in the study and received group intervention for MBCT. Measurements evaluated pre- and post- intervention included: the Anxiety Rating Scale, Beck Depressive Inventory-II, Thai version, and the Philadelphia Mindfulness Scale, Thai version. Descriptive statistics and paired t-test were used in data analysis.

**Results** Data analysis indicated post-intervention advantage for prevention program. Anxiety and depressive scale score decreased significantly after the intervention and 3 months later. However, the mindfulness scale score did not show significant improvement at the end of group session but increased significantly after 3 months. Qualitatively, almost all participants reported positive effects of the program towards their internal mindfulness experience. 'Mismatch between the content measured in the PHLMS and the content in the program' and 'misunderstanding of what is mindfulness' are suspected causes of this contrary. Moreover, proportion of risk group decreased to 25% and 11% at 0 and 3 months after the end of the program, respectively.

**Conclusion** The MBCT showed efficacy in reducing anxiety and sub-syndromal depressive symptoms and therefore decrease risk of developing depressive disorder. Change in the mindfulness score was controversial and need further investigation.

**Key words:** adolescence, cognitive therapy, depression, mindfulness, young adults

<sup>1</sup> Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health

<sup>2</sup> Nakhonratchasimarajanagarindra Psychiatric Hospital

<sup>3</sup> Advisory Unit, Department of Mental Health

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า ความคิดด้านลบ ความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งยังสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในวัยรุ่น ทั้งปัญหาเรื่องเพศ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกเร<sup>1,2</sup> ความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นในช่วง 1 ปี (1 year prevalence) คิดเป็นร้อยละ 4-5 ของประชากร<sup>3</sup> คิดเป็นภาระโรค (Disability Adjusted Life Years; DALYs) อันดับหนึ่งในกลุ่มประชากรอายุ 10-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.2 ของภาระโรคทั้งหมด<sup>4</sup> เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของวัยรุ่นอายุ 10-24 ปีทั่วโลก จะพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับสามในวัยรุ่นซึ่งพบสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างมาก

การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันเน้นที่การให้ยาต้านเศร้า (antidepressants) และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy CBT) ซึ่งมีประสิทธิผลในการรักษาดี<sup>5</sup> แต่ปัจจุบันอัตราการเข้าถึงบริการของโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 34 เท่านั้น และแม้จะจัดบริการได้ทั้งหมดก็จะลดภาระโรคลงได้เพียงหนึ่งในสาม การป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจะช่วยจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ตั้งแต่ก่อนเกิดโรค เป็นทางออกในการลดภาระโรคซึมเศร้า และผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด<sup>6</sup>

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น คือ การมีประวัติครอบครัวโรคซึมเศร้า, ปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคม (psychosocial stressor)<sup>3</sup>

และภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย การดูแลรักษาด้วยวิธีการที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น จิตบำบัด จะช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในอนาคตในกลุ่มประชากรนี้ได้<sup>6</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย เนื่องจากเป็น precursor ของการเกิดโรคซึมเศร้าในอนาคต<sup>6,8</sup> ซึ่งพบประมาณร้อยละ 7.3 ของประชากร<sup>9</sup>

การป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นในปัจจุบันอาศัยการทำจิตสังคมบำบัดซึ่งเป็นแนวทางที่มีความเสี่ยงต่ำ จากการวิเคราะห์หออภิธานในปี 2009<sup>10</sup> พบว่า โปรแกรมที่ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้เป็น selective or indicated programs ทั้งหมดโดยมี 3 โปรแกรมเป็นกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) อีก 1 โปรแกรมเป็นกลุ่มบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy IPT) การบำบัดแบบ CBT พัฒนามาถึงระยะที่ 3 คือ Mindfulness-based CBT (MBCT) ซึ่งฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติ ตามความเคยชิน เป็นการระลึกถึงสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น<sup>11</sup> รูปแบบการบำบัดแบบ MBCT สอดคล้องกับการฝึกสติซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีมานานในสังคมไทยน่าจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความคุ้นเคยและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายและบ่อยกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบเดิม

ปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มี การป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นในลักษณะนี้ การพัฒนากลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมบน

พื้นฐานของการฝึกสติ (MBCT) เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าแบบจำเพาะเจาะจง (indicated prevention) ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นแนวทางที่น่าจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะโรคของโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

**วัตถุประสงค์และวิธีการ** การศึกษานี้เป็น targeted prevention program ที่พัฒนาขึ้นโดยเริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งของไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับ MBCT, IPT และการฝึกสติในรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทยจากนั้นจึงจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการทำสติบำบัด, การสอนการเจริญสติ, การทำ MBCT, การทำกิจกรรมกลุ่มกับวัยรุ่น, การให้คำปรึกษาวัยรุ่นและกับกลุ่มวัยรุ่นที่ผ่านกิจกรรมการฝึกสติโดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและการติดต่อผ่านโทรศัพท์หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) จากนั้นจึงจัดทำร่างโปรแกรมและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน MBCT, ด้านการฝึกสติรวมทั้งพระสงฆ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสอนการฝึก

สติทบทวนและวิพากษ์ร่างชุดกิจกรรมป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อนปรับปรุงแก้ไขได้เนื้อหาหลักเป็นการผสมผสานแนวคิด MBCT กับ IPT และความเมตตาตามหลักศาสนาเพื่อฝึกให้สามารถให้อภัยและยอมรับความผิดพลาดซึ่งเกิดจากตนเองและผู้อื่นได้ โดยปรับเปลี่ยนชื่อ เพื่อให้เหมาะกับการทำกลุ่มในเชิงป้องกันโรคเป็น “กลุ่มฝึกสติเพื่อการยอมรับและพัฒนาดตนเอง” (The Mindfulness-based acceptance and self development; MBASD) หรือ “โปรแกรมจับใจ”

กลุ่มกิจกรรมแบ่งเป็น 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ท่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เหมาะสำหรับสมาชิกกลุ่มละ 10-15 คน รวมทั้งสิ้น 4 กลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่ม 1-2 คน เป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลจิตเวชที่ผ่านหลักสูตรการฝึกสติแบบเรียนรู้กายใจและการบำบัดแบบ CBT ระยะเวลาสั้น ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องทั้ง 8 ครั้ง โดยผู้นำกลุ่มชุดเดิมกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

- |            |                   |   |
|------------|-------------------|---|
| ครั้งที่ 1 | รู้จักกัน         | เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม  |
| ครั้งที่ 2 | รู้จักสติ         | เพื่อเรียนรู้การฝึกสติ ตามหลักการ mindfulness-based therapy โดยเน้นการระลึกรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในกายและใจผ่านการเคลื่อนไหวและเกม  |
| ครั้งที่ 3 | รู้จักอารมณ์      | เพื่อเรียนรู้อารมณ์และความสัมพันธ์ของอารมณ์กับความคิดตามหลักการของ cognitive therapy  |
| ครั้งที่ 4 | รู้จักความคิด     | เพื่อเรียนรู้ความคิดและการดักจับความคิด ตามหลักการของ cognitive therapy   |
| ครั้งที่ 5 | รู้จักเมตตาตัวเอง | เพื่อเรียนรู้การฝึกสติเพื่อการยอมรับและเมตตาตัวเอง เป็นการประยุกต์การฝึกสติในการพัฒนา compassion ต่อตนเองในกรณีที่มีความขัดแย้งภายในตนเองซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า |

ครั้งที่ 6 รู้จักเมตตาผู้อื่น	เพื่อเรียนรู้การฝึกสติเพื่อการยอมรับและเมตตาผู้อื่น เป็นการประยุกต์ใช้หลัก compassion ในกรณีที่มีความขัดแย้งกับผู้อื่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตรงกับประเด็น interpersonal deficit ของ interpersonal psychotherapy
ครั้งที่ 7 รู้จักสื่อสาร	เพื่อเรียนรู้การฝึกสติเพื่อการสื่อสารและเยียวยาความสัมพันธ์ เป็นการประยุกต์ใช้หลัก compassion ในการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคล และนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าตรงกับประเด็น interpersonal deficit ของ interpersonal psychotherapy
ครั้งที่ 8 รู้จักใช้ชีวิต	เพื่อทบทวนบทเรียนและวางแผนการฝึกสติในชีวิตประจำวัน

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่มีภาวะเครียดนานกว่า 6 เดือน หรือ มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV-TR) จากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง M.I.N.I. ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

- 1) วัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้นอายุระหว่าง 15-24 ปีที่ได้รับการคัดกรองภาวะเครียดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมีค่าคะแนนระหว่าง 18-60 คะแนน (ความเครียดในระดับสูงกว่าปกติ) โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองย้อนหลังหรือได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย Beck Depressive Inventory-II (BDI-II) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป

2) อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า หรือ โรคจิตเวชรุนแรง เช่น จิตเภท อารมณ์แปรปรวน ออทิสติก
- 2) สัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (Mini-International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I.)<sup>16</sup> แล้วได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า

3) สติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ในกรณีที่เคยตรวจระดับสติปัญญาแล้ว หรือ ผลการเรียนต่ำกว่า 50% ซึ่งสะท้อนระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ การค้นหากลุ่มตัวอย่างและเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่กระบวนการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จากนั้นจึงทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ/อธิการบดีของแต่ละสถานศึกษาเพื่อขอพบครูที่ปรึกษาที่ได้รับมอบหมายเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการและขอความร่วมมือใน

การชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย คณะผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการแจกแบบสอบถามเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าเพื่อชี้แจงและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดหากกลุ่มเป้าหมายยินยอมจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการทุกราย ส่วนรายชื่ออายุระหว่าง 15-17 ปี ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ส่งใบยินยอมให้ผู้ปกครอง เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ กรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างเกิดโรคซึมเศร้าในระหว่างการศึกษาคณะผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามระบบ และคัดออกจากการศึกษา

### เครื่องมือและการวัดผล

การวัดผลทำใน 3 ช่วง คือ ก่อนทำกลุ่มหลังทำกลุ่มและหลังทำกลุ่มครบ 3 เดือน โดยใช้ช่วงเวลากิจกรรมนอกหลักสูตรของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อไม่ให้เกิดการรบกวนการเรียน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. Beck Depressive Inventory-II (BDI-II) เพื่อคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดทันที และ หลังการบำบัด 3 เดือน BDI-II ฉบับภาษาไทย<sup>13</sup> แบบสอบถามมีทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน ใช้สำหรับประชากรอายุ 13-80 ปี ใช้เวลาทำเฉลี่ย 5-10 นาที โดยเกณฑ์คะแนน 0-14 คะแนน หมายถึง ไม่มีหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก (minimal), 15-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild), 21-27 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate), 28-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe) มีความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าคงที่ความสอดคล้องภายในโดยวิธี split-half reliability เท่ากับ 0.93 วิธีวัดซ้ำ เท่ากับ 0.74 และมีความ

สอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ 0.91<sup>13</sup>

2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขเพื่อคัดกรองและประเมินระดับความเครียดก่อนและหลังการบำบัดทันที และหลังการบำบัด 3 เดือน แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองกรมสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือประเมิน ความเครียดในประชากรทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ตัวเลือกเป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 0-3 (0=ไม่เคยเลย 3=เป็นประจำ) โดยค่า 0-5 คะแนน หมายถึง อาจตอบไม่ตรงตามความจริงหรือเข้าใจคำถามคลาดเคลื่อน, 6-17 คะแนน หมายถึง ปกติ/ไม่เครียด, 18-25 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย, 26-29 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง, 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดมาก โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.86 มีค่าความไวเท่ากับ 70.4% ค่าความจำเพาะเท่ากับ 64.6%<sup>14</sup>

3. Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย (PHLMS-Thai)<sup>15</sup> เพื่อประเมินระดับสติก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันทีและหลังการบำบัด 3 เดือน PHLMS-Thai เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับของสติซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การตระหนักรู้และการยอมรับอย่างละ 10 ข้อ ตัวเลือกเป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 1-5 (1=ไม่เคยเลย 5=บ่อยมาก) ค่าความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ Pearson's correlation ของการตระหนักรู้และการยอมรับ เท่ากับ 0.88 และ 0.89 ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) ของการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ<sup>15</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะประชากร เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ความเครียด และระดับสติ ก่อนบำบัด หลังบำบัด และหลังบำบัดครบ 3 เดือน

### ผล

จากการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายจำนวน 247 ราย พบกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนความเครียดหรือซึมเศร้าสูงกว่าปกติ จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.4 เข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ จำนวน 51 ราย ทุกรายเข้ากลุ่มอย่างน้อย 4 ครั้ง แต่ไม่สามารถติดตามผลการประเมินหลังเข้ากลุ่มได้จำนวน 7 ราย เนื่องจากจบการศึกษา 3 ราย ออกจาก

โรงเรียน 1 ราย ส่วนอีก 3 ราย ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ตั้งแต่หลังการบำบัด ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างระดับอุดมศึกษา 4 ราย ระดับมัธยมศึกษา 3 ราย เป็นหญิง 6 ราย ชาย 1 ราย รวมมีกลุ่มตัวอย่างที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 44 ราย มีอายุเฉลี่ย 16.6 ปี

อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคำนวณจากจำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 73 ผลคะแนนระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับสติ ก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และหลังเข้ากลุ่ม 3 เดือน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับสติ ก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และหลังเข้ากลุ่ม 3 เดือน (n=44)

ระดับคะแนน	ก่อนเข้ากลุ่ม	หลังเข้ากลุ่ม	หลังเข้ากลุ่ม 3 เดือน	เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง เข้ากลุ่ม	เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง เข้ากลุ่ม 3 เดือน
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	p-value
ความเครียด	19.4 (5.2)	13.3 (6.2)	11.8 (5.4)	<.01	<.01
ภาวะซึมเศร้า	17.7 (6.3)	6.2 (3.8)	6.7 (5.0)	<.01	<.01
ระดับสติ	37.4 (7.7)	33.5 (9.0)	39.3 (6.1)	<.01	<.01

เมื่อวิเคราะห์ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงเปรียบเทียบก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และหลังเข้ากลุ่ม 3 เดือน พบว่า จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะ

เครียดหรือเศร้านลดลงจาก 44 คน เหลือ 11 คน หลังการทดลอง (ร้อยละ 25) และเหลือ 5 คน หลังเข้ากลุ่มครบ 3 เดือน (ร้อยละ 11) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ร้อยละกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า ก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และหลังเข้ากลุ่ม 3 เดือน (n=44)

กลุ่มเสี่ยง	ก่อนเข้ากลุ่ม		หลังเข้ากลุ่ม		หลังเข้ากลุ่ม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเครียด	32	73	11	25	4	9
ภาวะซึมเศร้า	31	70	1	2	3	7
ภาวะเครียดและเศร้า	19	43	1	2	2	5

### วิจารณ์

กลุ่มฝึกสติเพื่อการยอมรับและพัฒนาตนเองซึ่งพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติในการศึกษานี้มีผลลดภาวะเครียดและซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-24 ปีที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าสูงกว่าปกติลงได้และลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงลงเหลือ 1/4 หลังการทดลอง และเหลือราว 1/9 เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน จัดเป็นการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงด้วย targeted prevention สอดคล้องกับข้อมูลจากฐานข้อมูลบทบทวน (Cochrane review) เรื่องจิตบำบัดหรือการให้สุขภาพจิตศึกษาในการป้องกันโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในปี 2004 พบว่าจิตบำบัดที่เป็น targeted prevention สามารถลดอาการซึมเศร้าได้เมื่อสิ้นสุดการบำบัดเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดเลย แต่จะไม่ได้ผลหากทำเป็น universal prevention<sup>17</sup> และสอดคล้องกับการวิเคราะห์ทอภิมาน (meta-analysis) โปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในปี 2009 พบว่าโปรแกรมที่ทำในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ผลดีกว่าโปรแกรมที่ทำในกลุ่มประชากรปกติ<sup>10</sup>

กลุ่มบำบัดที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็น MBCT มีจุดเน้นในการฝึกให้สังเกตการเคลื่อนไหวของใจ การรับ

รู้ว่ามีกำลังคิดหรือรู้สึกผ่านกิจกรรมต่างๆ (awareness of thought and feeling) เป็นหลัก ขณะที่ MBCT ส่วนใหญ่<sup>18</sup> เน้นการรับรู้การเคลื่อนไหวของร่างกาย (movement) และความรู้สึก (sensation) ควบคู่ไปกับการรับรู้ความคิดและความรู้สึก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีเพศหญิงมากกว่าชาย และมีการมอบหมายงานหรือการบ้านในบางกิจกรรม สองปัจจัยนี้สอดคล้องกับปัจจัยสำเร็จจากการวิเคราะห์ทอภิมานที่พบว่ากลุ่มที่มีเพศหญิงมากกว่าจะได้ผลดีกว่าซึ่งอาจเกิดจากการที่เพศหญิงมักจะมีอาการซึมเศร้านานกว่าทำให้มีแรงจูงใจในการร่วมกิจกรรมมากกว่า โปรแกรมที่ทำในระยะเวลาสั้นกว่าและมีการมอบหมายการบ้านได้ผลดีกว่าโปรแกรมระยะยาวไม่มีการบ้าน และโปรแกรมที่ดำเนินการโดยผู้บำบัดที่เชี่ยวชาญเนื้อหาและรูปแบบของการบำบัดได้ผลการรักษาในระยะติดตามดีกว่า โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรทั่วไปมาก ซึ่งเป็นผลจากการฝึกฝน การให้คำปรึกษา ประสบการณ์ และภาระงานที่อาจจะน้อยกว่า<sup>10</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากต้องการให้บุคลากรทั่วไปดำเนินงาน ต้องเน้นการฝึกอบรมที่เข้มข้น และมีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัจจัยสำเร็จอื่นๆ ได้แก่ ความ



หลากหลายทางชาติพันธุ์ ซึ่งไม่พบในการศึกษานี้ เนื่องจากทำในกลุ่มชาติพันธุ์เดียว กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าจะได้ผลดีกว่า ซึ่งไม่ได้แยกวิเคราะห์ในการศึกษานี้

ส่วนระดับสติที่พบว่าลดลงหลังเข้ากลุ่มเมื่อเทียบกับก่อนเข้ากลุ่มอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น

- 1) แบบประเมินระดับสติ Philadelphia Mindfulness Scale ซึ่งเป็นแบบวัดสติฉบับภาษาไทยฉบับเดียวในขณะนั้นที่มีการศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือแล้ว มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับเนื้อหาในโปรแกรม Philadelphia Mindfulness Scale พัฒนาขึ้นเพื่อวัดระดับสติจากการฝึกตามโปรแกรมซึ่งมีทั้งการรับรู้การเคลื่อนไหวของร่างกายและความรู้สึก รวมถึงการรับรู้ความคิดและความรู้สึก แต่การฝึกสติในโปรแกรมนี้ เน้นการฝึกสติรู้กายรู้ใจผ่านกิจกรรม/เกม ทำให้ข้อคำถามบางข้อไม่สอดคล้องกับวิธีการฝึก
- 2) ก่อนเข้ากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสติ ทำให้เข้าใจข้อคำถามในแบบประเมินไม่ตรงตามจริง เนื่องจากคนทั่วไปมักจะมีสติที่ใช้ในการทำงาน แต่สติที่ฝึกในโปรแกรม เป็นสติรู้กายรู้ใจ ซึ่งเป็นหลักการที่แตกต่างกัน และพบไม่บ่อยนัก ในระยะหลังเข้ากลุ่ม เกิดการเรียนรู้ว่า “สติ” ที่แท้จริงเป็นอย่างไร ทำให้ค่าคะแนนหลังเข้ากลุ่มลดลง และเมื่อเรียนรู้วิธีการฝึกแล้ว ทำให้มีสติรู้กายรู้ใจเพิ่มขึ้น จากคะแนนประเมินระดับสติที่เพิ่มขึ้นในระยะ 3 เดือน
- 3) กิจกรรมกลุ่มไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับสติ อยางไรก็ดี จากการสัมภาษณ์ปิดกลุ่มครั้งที่ 8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในทิศทางเดียวกัน คือ “รู้ตัวบ่อยขึ้น” “มีสติมากขึ้น” “รู้ทันอารมณ์ตัวเองบ่อยขึ้น” ประกอบกับผลระดับสติหลังเข้ากลุ่มครบ 3 เดือน พบว่าสูงขึ้นกว่าช่วงก่อนและหลังเข้า สะท้อน

ว่าน่าจะเป็นผลจากการเรียนรู้และมีสติรู้ตัวบ่อยขึ้นจริง จึงมีความเป็นไปได้ว่าผลคะแนนระดับสติที่ลดลงในช่วงหลังเข้ากลุ่มอาจเกิดจากความไม่เข้าใจเรื่องสติ ก่อนเข้ากลุ่มร่วมกับแบบประเมินที่วัดผลไม่สอดคล้องกับเนื้อหาในโปรแกรม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ เป็นการทดลองแบบ pretest-posttest single group design ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้อาจเกิดปรากฏการณ์ regression toward the mean effect โดยเฉพาะเมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนความเครียดหรือซึมเศร้าสูง การกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกตามความสมัครใจ อาจเกิดอคติจาก selection bias ได้ รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 รายอยู่ร่วมโครงการวิจัยไม่ครบ อาจทำให้เกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูล อยางไรก็ตาม ข้อมูลหลังการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง 4 ใน 7 รายที่รวบรวมได้พบว่าคะแนนซึมเศร้าลดลงเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงเป็นได้ว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบของกลุ่มตัวอย่างจำนวนนี้ น่าจะไม่ทำให้เกิดความแตกต่างในการวิเคราะห์ข้อมูลมากนัก หากต้องการพัฒนางานวิจัยต่ออาจทำได้โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม จะช่วยให้ได้หลักฐานซึ่งมีคุณภาพสูงขึ้น การประเมินประสิทธิภาพในระยะยาวจะช่วยทดสอบความคงทนของผลการทำกลุ่ม หากศึกษาผลของการทำกลุ่มต่อระดับความสุข จะช่วยประเมินผลกระทบด้านบวกจากโปรแกรม นอกเหนือจากการวัดผลกระทบจากการลดอาการเพียงอย่างเดียว หากต้องการขยายผลนำไปใช้จริง ควรประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ทำโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยให้นำไปใช้ได้ง่ายขึ้น

## สรุป

กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการฝึกสติช่วยลดภาวะเครียดและซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุ 15-24 ปี ลงได้ทั้งในระยะสั้นสุดกิจกรรมและต่อเนื่อง 3 เดือน ส่วนการเปลี่ยนแปลงระดับสติยังต้องศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยสำเร็จในการเข้ากลุ่มคือการมีส่วนร่วมวัยรุ่นหญิงมากกว่า มีการมอบหมายงานในระหว่างการบำบัดและการนำกลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ ขอขอบคุณเครือข่าย พระสงฆ์ และครูสมาธิผู้สอนการเจริญสติในรูปแบบต่างๆ พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล วัดป่าสุคะโต, พระอาจารย์ดุษฎี เมธังกูโร วัดทุ่งไผ่, และอาจารย์ สหรัฐ เจตมโนรมย์

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4<sup>th</sup> ed. TR. Washington, DC: American psychiatric publishing; 2000.
2. Rutter M, Dorothy B, Daniel P, Scott S, Stevenson JS, Taylor E, Thapar A. Child and adolescent psychiatry 5<sup>th</sup> ed. Hoboken: Blackwell publishing; 2008.
3. Thapar A., Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet 2012;379:1056-67.
4. Gore FM, Bloom PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet 2011;377:2093-102.
5. Emelie G, Kratochvil C, Vitiello B, Silva S, Mayes T, McNulty S, et al. Treatment for adolescents with depression study (TADS): safety results. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:1440-55.
6. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:703-10.
7. Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:936-44.
8. Shank man SA, Lewinsohn PM, Klein DN, Small JW, Seeley JR, Altman SE. Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: a 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. J Child Psychol Psychiatry 2009;50:1485-94.
9. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. Arch Gen Psychiatry 2005;62:66-72.
10. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. J Consult Clin Psychol 2009;77:486-503.
11. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. J Consult Clin Psychol 2002;70:275-87.
12. Stice E, Rohde P, Seeley J, Gau J. Brief cognitive behavioral depression prevention program for high risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. J Consult Clin Psychol 2008;76:595-606.

13. Mungpanich A. The development of the Beck Depressive Inventory-II (BDI-II), Thai version. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric; Hospital; 2008.
14. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Thai self-analysis stress test; 1995.
15. Silpakit S, Silpakit O, Wisajun P. The validity of Philadelphia Mindfulness Scale Thai version. J Ment Health Thai 2011;19:140-7.
16. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998;59:22-33.
17. Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2004.
18. Klainin-Yobas P, Cho MA, CreedyD. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. Int J Nurs Stud 2012;49:109-21.