ผลของโปรแกรมบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความเครียดและระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Effects of a mindfulness-based therapy and counseling program on stress and mindfulness levels among patients with major depressive disorders at the Mental Health Clinic, Ubon Ratchathani University Hospital

จิตตวีร์ ภัทรวัชช์รวีร์[1] พัชรี พรรณพานิช[1] พนธกร บุญเจริญ[2] นภาจรีย์ เผ่าพันธุ์[1] แพรววรินทร์ ว่องสุภัคพันธุ์[1*]

Jittawee Pattaravatrawi[1] Patcharee Phanpanich[1] Pontakorn Booncharoen[2] Napajaree Paopan[1]
Praewwarin Vongsuphakphan[1*]

(Received: June 1, 2026; Revised: June 23, 2026; Accepted: July 7, 2026)

[*]**Corresponding author: praewwarin.v@ubu.ac.th**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความเครียดและระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 40 คน เข้ารักษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีระหว่างกันยายน 2567 - มีนาคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ซึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมสติบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 8 ครั้ง และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย (PHLMS) และแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test: SPST-20) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยลดลงร้อยละ 59.72 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ระดับสติของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.47 ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างระดับสติกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($r=-0.31$, $p<0.05$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานมีประสิทธิผลในการลดความเครียด รวมทั้งช่วยเพิ่มระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สติบำบัด โรคซึมเศร้า ความเครียด ระดับสติ

[1]**วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**

[1]**College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University**

[2]**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**

[2]**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

Abstract

The purpose of this research was to study the effects of a Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) Program on stress and mindfulness levels among patients with major depressive disorders (MDD). A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was employed. The participants consisted of 40 patients with major depressive disorders who attended the Mental Health Clinic at Ubon Ratchathani University Hospital during September 2024 to March 2025. All participants included in this study were university students. Participants were divided into an experimental group (n = 20), which received standard treatment combined with an individual MBTC program once weekly for 60-90 minutes over eight sessions, and a control group (n = 20), which received standard treatment alone. Research instruments included the Thai version of the Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) and the Suanprung Stress Test (SPST-20). The results revealed that, following the intervention, the experimental group demonstrated significant reductions in stress levels ($p < 0.01$), with stress scores decreasing by 59.72%, which was greater than the reduction observed in the control group. In addition, mindfulness levels in the experimental group increased significantly ($p < 0.01$) by 25.47%, whereas the control group showed no statistically significant change. Furthermore, mindfulness levels were negatively correlated with stress, indicating that higher mindfulness was significantly associated with lower levels of stress ($r=-0.31$, $p<0.05$). These findings suggest that the mindfulness-based therapy and counseling program is effective in reducing stress while enhancing mindfulness among patients with major depressive disorders.

Keywords: Mindfulness-based therapy, Major depressive disorders, Stress, Mindfulness

1. บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม และก่อให้เกิดภาระโรคในระดับโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 280 ล้านคนทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากว่า 1.5 ล้านคน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั่วโลก[3] สอดคล้องกับข้อมูลของคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา[4]

สาเหตุของโรคซึมเศร้ามีความซับซ้อน โดยเกิดจากปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรม ชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และจิตสังคม[5] ผนวกกับการมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) ตามทฤษฎี Cognitive Triad ที่ผู้ป่วยมักมองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ ซึ่งนำไปสู่อารมณ์เศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือถดถอย[6] นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีระดับความเครียดสูงร่วมด้วย โดยความเครียดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิด การคงอยู่ และการกำเริบของอาการซึมเศร้า ผ่านกลไกของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis การอักเสบของระบบประสาท และความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง[7,8] โดยความเครียดสามารถส่งผลต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้าได้ทั้งในเชิงชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลเผชิญความเครียดต่อเนื่อง ระบบ HPA axis อาจถูกกระตุ้นเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความผิดปกติของการหลั่งคอร์ติซอล ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ การนอนหลับ สมาธิ และความสามารถในการฟื้นตัวของสมองจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ความเครียดยังอาจกระตุ้นรูปแบบความคิดด้านลบ เช่น การคิดวนซ้ำ การตีความตนเองในแง่ลบ และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการซึมเศร้าคงอยู่หรือกลับมารุนแรงขึ้น ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อน ความเครียดอาจกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีทักษะการจัดการความเครียดไม่เพียงพอ ขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา จึงอาจทำให้อาการซึมเศร้าแย่ลง ดังนั้นการลดระดับความเครียดจึงถือเป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปัจจุบันแนวทางการรักษามาตรฐานประกอบด้วยการใช้ยาต้านซึมเศร้าและจิตบำบัด อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านการตอบสนองต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้มีความพยายามพัฒนาแนวทางการรักษาเสริมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[9]

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Interventions: MBIs) ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในฐานะแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถเพิ่มระดับสติ ลดความเครียด และส่งเสริมความสามารถในการกำกับอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10-11] โดยระดับสติที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความสามารถในการตระหนักรู้และยอมรับประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างไม่ตัดสิน ส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการความเครียดและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้ดีขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้าในระยะยาว

สำหรับบริบทประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Therapy and Counseling Program: MBTC) [12] โดยประยุกต์แนวคิดการเจริญสติของ Kabat-Zinn[13] ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย โปรแกรมดังกล่าวมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถช่วยเพิ่มระดับสติ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะยาว[14,15]

แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิภาพของโปรแกรม MBTC แต่การศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่ประเมินผลต่อระดับสติและความเครียดร่วมกับอาการ

ซึมเศร้า ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค จากช่องว่างทางวิชาการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานต่อระดับความเครียดและระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้ในรูปแบบรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาความพร้อม และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพและวัฒนธรรมไทยต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มควบคุม (Two-group Pretest-Posttest Quasi-experimental Design) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษานี้กำหนดกรอบแนวคิดว่าโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานจะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ การยอมรับความคิดและอารมณ์ และการกำกับอารมณ์ ส่งผลให้ระดับสติเพิ่มขึ้นและระดับความเครียดลดลง ทั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาปัจจัยที่อาจมีผลต่อระดับสติของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์การฝึกสติมาก่อน ระดับความเครียดก่อนการทดลอง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น และการได้รับการรักษาหรือกิจกรรมทางจิตสังคมอื่นร่วมด้วย โดยควบคุมผ่านเกณฑ์คัดเข้า–คัดออก การให้ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และการไม่รับผู้ที่อยู่ระหว่างการทำจิตบำบัดหรือโปรแกรมฝึกสติรูปแบบอื่นร่วมด้วย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 สำหรับ independent t-test โดยกำหนด effect size = 1.146[14], α = 0.05 และ power = 0.90 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างรวม 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ดังภาพที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ป่วยไทย อายุ 18–59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-5 และมีอาการรุนแรงระดับน้อยถึงปานกลาง

2) ได้รับการรักษาตามมาตรฐานด้วยยาต้านซึมเศร้าและมีอาการคงที่อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

3) ไม่ได้อยู่ในระหว่างการทำจิตบำบัดหรือการปรับพฤติกรรมในรูปแบบอื่น

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีอุปสรรคในการสื่อสาร และยินยอมลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) มีอาการทางจิต หรือมีโรคจิตเวชอื่นร่วม

2) มีความบกพร่องด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) หรือมีภาวะสับสน (Disorientation) ต่อวัน เวลา สถานที่ หรือบุคคล

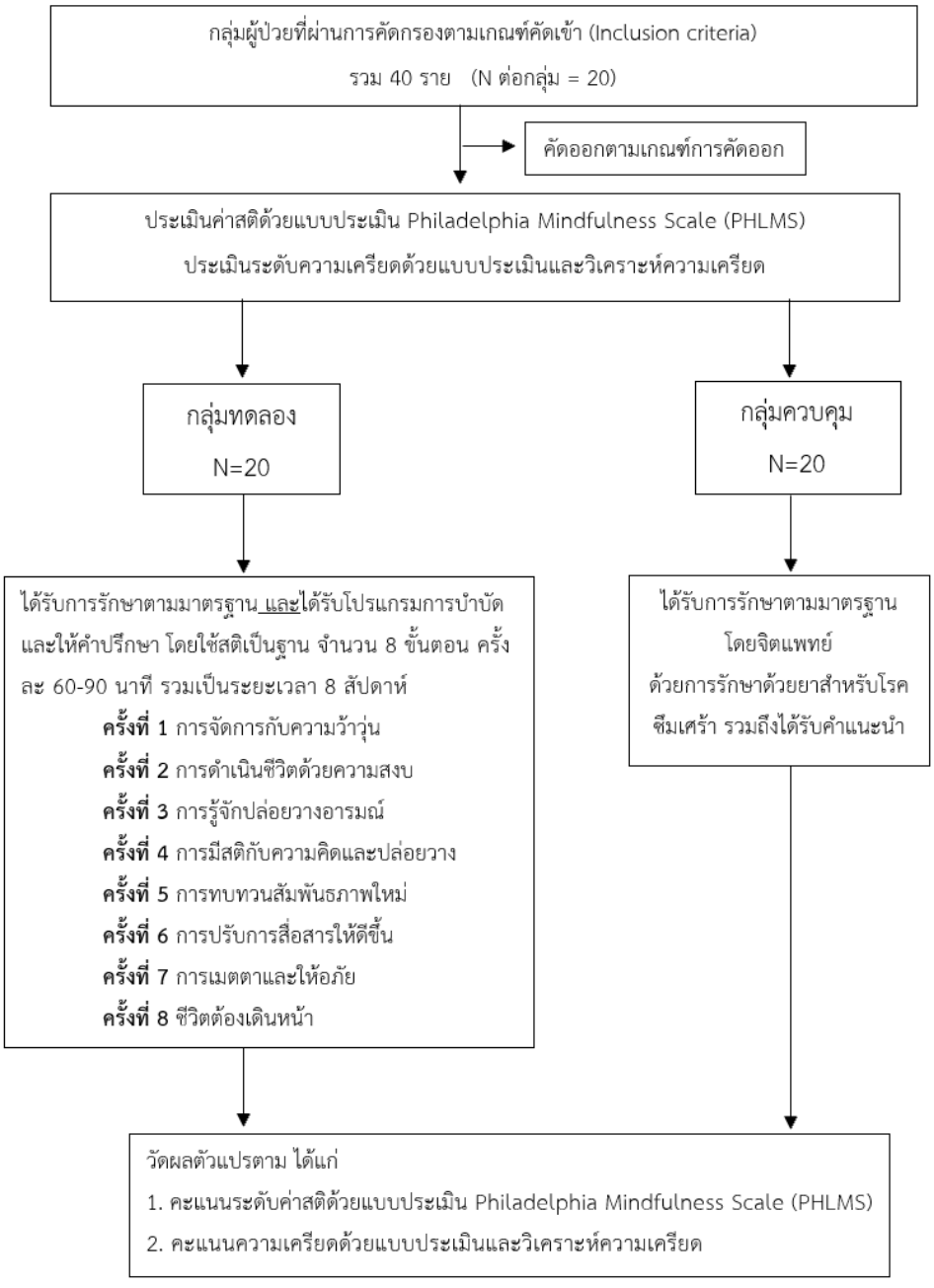
3) อาการมีความรุนแรงจนไม่สามารถคงสมาธิหรือให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจนจบได้

4) มีโรคทางกายรุนแรงหรือโรคเรื้อรังที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางหรือการเข้าร่วมกิจกรรมตลอด 8 สัปดาห์

จัดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสลับลำดับตามลำดับการเข้าร่วมการศึกษา (alternating assignment) โดยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมคนแรกอยู่ในกลุ่มทดลอง และคนถัดไปอยู่ในกลุ่มควบคุม สลับกันจนครบกลุ่มละ 20 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่ม เช่น คะแนนความเครียด คะแนนระดับสติก่อนการทดลอง และตัวแปรพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความใกล้เคียงของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง

วิธีที่ใช้ศึกษา กลุ่มทดลองได้รับการรักษาตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (MBTC) พัฒนาจากแนวคิดของ Kabat-Zinn และประยุกต์ร่วมกับแนวทางพุทธโดยกรมสุขภาพจิต

โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมฝึกสติ 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ครอบคลุมการฝึกสมาธิ การตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ การปล่อยวาง การสื่อสารอย่างมีสติ และการเมตตาตนเอง โดยผู้บำบัดได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเป็นผู้บำบัด หลักสูตรสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counselling : MBTC) โดยกรมสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐานโดยจิตแพทย์ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการให้คำแนะนำทั่วไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงลำดับขั้นตอนในการแบ่งกลุ่มและทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินสติฉบับภาษาไทย (Philadelphia Mindfulness Scale Thai version; PHLMS-Thai) เพื่อประเมินระดับสติก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโดยชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ[16] ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การตระหนักรู้และการยอมรับ องค์ประกอบละ 10 ข้อ รวม 20 ข้อ ให้คะแนน 1–5 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงระดับสติที่สูงขึ้น แบบประเมินมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างโดเมน (Pearson's correlation) ของด้านการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

2) แบบประเมินความเครียด พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test: SPST-20) [17] สำหรับประเมินอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ผู้ตอบเลือกตามระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0–4 คะแนน (0 = ไม่รู้สึกเครียด, 1 = เครียดเล็กน้อย, 2 = เครียดปานกลาง, 3 = เครียดมาก, 4 = เครียดมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–80 คะแนน

การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่
0–23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ
24–41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง
42–52 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง และ
53 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดระดับรุนแรง
โดยใช้ประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมาน

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 20.58 ปี (SD = 1.44) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 20.15 ปี (SD = 1.98) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติโดยใช้ t-test และ chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แล้ว พบว่า อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 70.00 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55.00 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีสถานภาพโสดเหมือนกัน ในส่วนของประวัติการฝึกสติ พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่เคยมีประสบการณ์ฝึกสติ (ร้อยละ 40.00) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 20.00) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันก่อนเริ่มการทดลอง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล (n=40)

รายการ	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
หญิง	14 (70.00)	11 (55.00)	> 0.05
ชาย	4 (20.00)	6 (30.00)	
ไม่ระบุเพศ	2 (10.00)	3 (15.00)	
อายุ (ปี)			
Mean ± SD	20.58 ± 1.44	20.15 ± 1.98	> 0.05
(min = 18.00 max = 24.00 **)**			
ประสบการณ์ฝึกสติ			
เคย	12 (60.00)	16 (80.00)	> 0.05
ไม่เคย	8 (40.00)	4 (20.00)	

3.2 ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อคะแนนความเครียดและระดับสติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองทุกคนเข้าร่วมโปรแกรม MBTC ครบทั้ง 8 ครั้งตามที่กำหนด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและระดับสติ ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลองพบผลการวิจัยดังนี้

1) คะแนนความเครียด: ก่อนเริ่มการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงถึงความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง แต่หลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 17.35 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ลดลงเฉลี่ย 10.15 คะแนน โดยมีขนาดของผลกระทบ (Cohen's d) ในระดับสูง (2.00) สำหรับกลุ่มทดลอง

2) คะแนนระดับสติ ก่อนเริ่มการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนระดับสติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.20 คะแนน และมีขนาดของผลกระทบ (Cohen's d) ในระดับสูงมาก (2.21) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (0.30 คะแนน) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม MBTC มีประสิทธิผลในการลดความเครียดและร่วมเพิ่มระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อความเครียดและระดับสติ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง Mean ± SD	หลังการทดลอง Mean ± SD	Mean Difference ± SD (95% CI)	p-value	Cohen's d
ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=20)	29.05 ± 10.93	11.70 ± 4.29	17.35 ± 8.70 (13.29 to 21.41)	**< 0.01***	2.00
	กลุ่มควบคุม (n=20)	30.00 ± 9.66	19.85 ± 8.04	10.15 ± 8.35 (6.26 to 14.04)	**< 0.01***	1.22
	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	t = 0.29, p > 0.05	t = 4.00, p < 0.01	—	—	—
ระดับสติ	กลุ่มทดลอง (n=20)	32.20 ± 8.48	40.40 ± 6.56	-8.20 ± 3.71 (-9.96 to -6.44)	**< 0.01***	2.21
	กลุ่มควบคุม (n=20)	29.40 ± 6.89	29.70 ± 6.53	-0.30 ± 1.56 (-1.04 to 0.44)	> 0.05	0.19
	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	t = -1.15, p > 0.05	t = -5.17, p < 0.01	—	—	—

หมายเหตุ: p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติและความเครียดโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบผลการวิจัยดังนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรวมกัน (n = 40) พบว่าระดับสติมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.31$, $p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับสติที่เพิ่มขึ้น ระดับความเครียดจะลดลงอย่างไรก็ตาม เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มทดลอง (n = 20) พบว่า ระดับสติมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมากกับความเครียด ($r = -0.17$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติและความเครียด

ตัวแปร	ระดับสติ	ความเครียด
ทั้งสองกลุ่มรวมกัน (n=40)		
ระดับสติ	1.00	-
ความเครียด	-0.31*	1.00
กลุ่มทดลอง (n=20)		
ระดับสติ	1.00	-
ความเครียด	-0.17	1.00

หมายเหตุ: *$p < 0.05$

4. อภิปรายผล

4.1 ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อระดับความเครียด

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) สามารถลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิผล โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงร้อยละ 59.72 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ลดลงร้อยละ 33.83 และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's d = 2.00) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกลไกทางทฤษฎีของการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Interventions: MBIs) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการเปิดรับและเท่าทันสภาวะปัจจุบัน กระบวนการนี้ช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อสิ่งเร้าและลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์แบบอัตโนมัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถเผชิญหน้าและจัดการกับความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อภิมานของ Khoury และคณะ[18] และ Galante และคณะ[19] ที่ยืนยันว่าการฝึกสติช่วยลดความเครียดทางจิตใจและลดอารมณ์เชิงลบในผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์และวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางถึงสูง เช่นเดียวกับการศึกษาทางคลินิกของ Wielgosz และคณะ[20] ที่พบว่าการเจริญสติช่วยปรับกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อย่างไรก็ตาม เป็นข้อสังเกตที่สำคัญว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวก็มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลรักษาทางจิตเวชตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการสนับสนุนทางจิตสังคม มีประสิทธิผลในการประคับประคองและบรรเทาความเครียดของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่การผสมผสานโปรแกรมสติบำบัดเสริมเข้าไปในการรักษาร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดภายในตัวผู้ป่วย ทำให้ระดับความเครียดลดลงได้เด่นชัดและรวดเร็วยิ่งขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวอาจเป็นทางเลือกเสริมที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4.2 ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อระดับสติ

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรม MBTC สามารถเพิ่มระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิผล โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.47 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 1.02 และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's d = 2.21) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม MBTC ทำงานได้ตรงตามวัตถุประสงค์หลักที่มุ่งเน้นการปรับเพิ่มทักษะสติในผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่รายงานว่าการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถเพิ่มระดับการตระหนักรู้และการยอมรับประสบการณ์ภายในอย่างไม่ตัดสิน รวมทั้งพัฒนาความสามารถในการกำกับอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและเท่าทันอารมณ์ทางลบได้ดีขึ้น และลดการตอบสนองแบบอัตโนมัติเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า[10,11]

ผลลัพธ์ที่พบอาจอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของโปรแกรม MBTC ซึ่งได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยผสมผสานแนวคิดการเจริญสติตามหลักจิตวิทยาแนวพุทธและกระบวนการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเข้าด้วยกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำทักษะการฝึกสติไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินโปรแกรมในรูปแบบรายบุคคลอาจเอื้อต่อการเรียนรู้ การสะท้อนประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมากกว่าการให้คำแนะนำทั่วไป ปัจจัยเหล่านี้อาจมีส่วนทำให้ขนาดอิทธิพลที่พบในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับสูงกว่าที่รายงานในงานทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ และสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรม MBTC ในการพัฒนาระดับสติและลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทไทยได้อย่างมีประสิทธิผล

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติกับความเครียด

ผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 40) พบความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำระหว่างระดับสติกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.31$, $p < 0.05$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดทางทฤษฎีที่ว่า

ระดับสติที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่ลดลง โดยสติจะทำหน้าที่ลดกระบวนการคิดวนเวียนเชิงลบและการหมกมุ่นอยู่กับอารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาความเครียดและความทรมานใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[10-11,22] อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มทดลอง(n = 20) พบว่าความสัมพันธ์ยังคงเป็นทิศทางเชิงลบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.17, p > 0.05) ซึ่งอาจอธิบายได้จากสองประเด็นหลัก ประเด็นแรกอาจเกิดจากอำนาจทางสถิติที่ลดลงเนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อยลง ประเด็นที่สองคือ การลดลงของความเครียดในกลุ่มทดลองอาจไม่ได้เกิดขึ้นจากกลไกการเพิ่มขึ้นของสติเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลมาจากปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อยู่ในกระบวนการบำบัด เช่น การสะท้อนประสบการณ์ระหว่างการบำบัด การได้รับการสนับสนุนจากผู้บำบัด และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่อาจมีผลต่อการลดความเครียดเช่นกัน ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และพิจารณาวิเคราะห์ตัวแปรกลาง เพื่ออธิบายกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างระดับสติ ความเครียด และอาการซึมเศร้าได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ การใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองและมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจากสถานพยาบาลแห่งเดียว มีข้อจำกัดจากอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้การจัดกลุ่มแบบสลับลำดับซึ่งไม่ใช่การสุ่มอย่างแท้จริง และอาจมีอคติในการประเมินผล เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ประเมินอาจทราบกลุ่มการรักษา อีกทั้งผลลัพธ์เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจริงทั้งหมดเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย ทำให้อาจอ้างอิงผลไปยังประชากรผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มอื่นๆได้จำกัด อีกทั้งการศึกษานี้ยังไม่มีการติดตามผลระยะยาว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและติดตามผลต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการรักษาระยะยาว

5. สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานสามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โปรแกรมนี้อาจนำไปใช้เป็นการรักษาเสริมร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานในคลินิกสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเครียดร่วมกับโรคซึมเศร้า ในอนาคตควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีการติดตามผลในระยะยาว

6. กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนบุคลากรประจำคลินิกสุขภาพจิต จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง จนกระทั่งงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 May 30]. Available from: https://www.who.int/health-topics/depression
2. Department of Mental Health. Annual Mental Health Report 2023. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
3. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;398(10312):1700-12.
4. จิตตวีร์ ภัทรวัชช์รวีร์. การวิเคราะห์สถานการณ์โรคทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565-2567 [รายงานภายใน]. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2568.
5. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75(4):336-46.

6. Beck AT. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. Am Psychol. 1991;46(4):368-75.
7. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-312.
8. O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and health: A review of psychobiological processes. Annu Rev Psychol. 2021;72:663-88.
9. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Purgato M, Barbui C. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes. World Psychiatry. 2023;22(2):327-39.
10. Goldberg SB, Riordan KM, Sun S, Davidson RJ. The empirical status of mindfulness-based interventions: a systematic review of 44 meta-analyses. Perspect Psychol Sci. 2022;17(1):108-30.
11. Zuo X, Wu S, Wang S, Zhang Y, Chen X. The efficacy of mindfulness-based interventions on mental health outcomes: an umbrella review. Front Psychiatry. 2023;14:1278121.
12. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต. คู่มือโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2556.
13. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10(2):144-56.
14. วิภาวี เผ่ากันทรากร, นภา จิรัฐจินตนา. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(4):286-296.
15. เกษราภรณ์ เคนบุปผา. การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566;37(3):45-60.
16. ชัชวาล ศิลปกิจ, ภัทรพร วิสาจันทร์, อรวรรณ ศิลปกิจ. ความตรงของแบบวัดการมีสติ: Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554;19(3):140-147.
17. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด SPST-20 โรงพยาบาลสวนปรุง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2569]. แหล่งข้อมูล: https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024 /10/แบบประเมินความเครียด-SPST-20-โรงพยาบาลสวนปรุง.pdf
18. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. J Psychosom Res. 2015;78(6):519-28.
19. Galante J, Friedrich C, Dawson AF, Modrego-Alarcón M, Buckley P, Fedujova R, et al. Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in non-clinical settings: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS Med. 2021;18(1):e1003484.
20. Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TRA, Dunne JD, Davidson RJ. Mindfulness meditation and psychopathology. Annu Rev Clin Psychol. 2019;15:425-47.
21. Gkintoni E, Dimopoulos N, Tzimos A. Mindfulness-based cognitive therapy in clinical practice: neurocognitive mechanisms and therapeutic outcomes. J Clin Med. 2025;14(5):1703.
22. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. Clin Psychol Rev. 2015;37:1-12.