

การทบทวนงานวิจัยทางพุทธศาสนากับสุขภาพจิต

ในระหว่างปี พ.ศ. 2543-2552*

A narrative review of researches on Buddhist teaching and mental health during 2000-2009*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2553

Volume 33 No. 3 (July-September) 2010

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ RN, Ph.D.** อิงคภา โคตนาธา RN, พย.ม.*** แสงจันทร์ รุ่งเรืองกลกิจ RN, NP, Ph.D.****

Somporn Rungreangkulkij RN.Ph.D.** Ingkata Kotnara RN.MSN.*** Sangjan Rungreangkulkij RN. NP, Ph.D.****

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการนำพุทธศาสนามาใช้ในการ สุขภาพจิต ที่เผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2552 โดยทำการสืบค้นด้วยอิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูลต่างๆ และสืบค้นด้วยมือ รายงานที่คัดเลือกผ่านการประเมินและสังเคราะห์ผลแบบสรุปเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า มีงาน วิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือก งานวิจัยที่ได้ส่วนใหญ่มาจากวิทยานิพนธ์ ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายทั้ง ที่เป็นผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป รูปแบบการบำบัดแนวพุทธที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นการเจริญสติ และให้ผลในทางบวกคือส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี การนำผลการวิจัยไปใช้ควรให้ความระมัดระวังเนื่องจากงานวิจัยที่ ทบทวนมีข้อจำกัดในระเบียบวิธีการวิจัยมาก ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยดังนี้ ผู้วิจัยต้องให้ความระมัดระวังต่อ ระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้ โปรแกรมที่ศึกษาต้องอธิบายให้ชัดเจน ระยะเวลา และความถี่ในการเจริญสติ ควรที่มีการ ติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว วิเคราะห์ผลในรูปแบบ intention to treat analysis ใช้วิธีการประเมินผลหลาย วิธีการเช่น การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การประเมินผลด้วยแบบสอบถาม และการประเมินผลเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ: พุทธศาสนา สุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This systemic review research aims to critically review the researches published during 2000-2009, that reported Buddhism and its relation to mental health. Electronic data bases and literature searches for Buddhist intervention studies were used. Evaluation of the research studies was conducted by methodological quality criteria and narrative review. Fourteen studies met the criteria. Most of the studies were theses. The study samples included both general population and clinical patients. The results from reviewed studies provided positive results on promoting mental health. However, there is a need to be cautious in utilizing the research results into practice due to research methodology weakness. Future researches need to be rigorous on its research methodologies. Buddhist programs should be clearly explained, including the length and frequency of mindfulness.

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****APN, University of Washington, Seattle, USA

Longitudinal follow-up study and intention to treat analysis need to be consider for future research. Finally, multiple strategies for research outcomes should be used including qualitative data.

keywords : buddhist, mental health, mental health promotion

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาระดับประเทศและระดับโลก มีประชากรทั่วโลกประมาณ 450 ล้านคน เจ็บป่วยทางจิตหรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ แต่มีจำนวนน้อยที่ได้รับการรักษา และพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ และของโลก¹ ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตโดยมีการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และลดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนโยบายเชิงรุกและเชิงรับไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) และดำเนินงานตามแผนงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554)²

องค์ความรู้ที่บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ใช้ฐานคิดตะวันตก เช่น ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย หรือให้การบำบัดทางจิตสังคมโดยการฝึกผ่อนคลาย การฝึกการกล้าแสดงออก การปรับเปลี่ยนความคิดให้มีความคิดในทางบวก มีเหตุมีผล ยึดหยุ่นมากขึ้น^{3,4} ในขณะที่คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งคำสอนทางพุทธศาสนามุ่งเน้นในการลดความทุกข์ ดังที่พระธรรมปิฎก⁵ กล่าวว่า การที่มนุษย์มีปัญหา มีความทุกข์ใจนั้น เป็นเพราะมนุษย์สัมพันธ์กับกฎของธรรมชาติ คือ หลักไตรลักษณ์ ด้วยตัณหาและอุปาทาน ตัณหา คือ ความอยาก ความปรารถนาต่อสิ่งต่าง ๆ โดยไม่รู้ทันความจริงของมัน อุปาทานคือ การเข้าไปยึดมั่น ถือมั่นให้เป็นอย่างที่ต้องการ เอาความปรารถนาของตนเป็นตัวกำหนด ในทางตรงกันข้าม ถ้าเรามีความสัมพันธ์กับธรรมชาติด้วยการรู้เท่าทันความจริงของโลกและชีวิต ปฏิบัติตามมรรคมีองค์ 8 ซึ่งให้ความสำคัญต่อการคิดชอบปฏิบัติชอบจะช่วยลดความทุกข์ทางใจได้ ปัจจุบันการศึกษา

วิจัยโดยการนำหลักพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดปัญหาทางอารมณ์มีเพิ่มมากขึ้น แต่ในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยที่ทำการสังเคราะห์ผลการวิจัยเป็นระบบ จากการทบทวนเบื้องต้นพบว่า งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย รูปแบบในการนำคำสอนทางพุทธธรรมมาใช้แตกต่างกัน ใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์หลากหลาย อีกทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม และสุ่มตัวอย่างมีค่อนข้างจำกัด ทำให้ไม่สามารถใช้วิธีการสังเคราะห์ผลการวิจัยในรูปแบบการสังเคราะห์แบบอนุมาณ (meta-analysis) ได้ ดังนั้นในการวิจัยนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยแบบ การสังเคราะห์แบบบรรยาย (narrative review)⁶ บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการนำพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2552 ในด้านกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการทดลอง และตัวแปรผลลัพธ์

วิธีการศึกษา

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้รวบรวมจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์พุทธศาสนาใช้ในงานสุขภาพจิต โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองที่ทำในประเทศไทย ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2552 จำนวนทั้งสิ้น 14 เรื่อง

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยได้แก่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำพุทธศาสนาใช้ในงานสุขภาพจิต ในหัวข้อ อริยสัจสี่ การเจริญสติ การทำสมาธิ การสวดมนต์เป็นองค์ประกอบหลักในการพิสูจน์โปรแกรมการทดลอง (intervention) และใช้ตัวแปรผลลัพธ์ที่ศึกษาคือปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้วิจัยไม่จำกัด

เนื่องจากวัตถุประสงค์ในการทบทวนครั้งนี้ต้องการอธิบายว่ามีการนำคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในกลุ่มตัวอย่างประเภทใดบ้าง

การสืบค้นงานวิจัย

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ประกอบด้วย การบำบัดแนวพุทธ พระพุทธศาสนา อริยสัจสี่ การเจริญสติ การทำสมาธิ การสวดมนต์ สุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และวิตกกังวล ใช้วิธีการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย ฐานข้อมูล TDC (Thai Digital Collection) ในเครือข่าย ThaiLIS ฐานข้อมูลจากห้องสมุด Online 24 มหาวิทยาลัยทั่วประเทศไทย ฐานข้อมูลจากห้องสมุดวิจัยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ฐานข้อมูลวารสารวิชาการระดับประเทศ ได้แก่ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย วารสารสวนปรุง พยาบาลสาร วารสารวิชาการสาธารณสุข วารสารสภาการพยาบาล วารสารกรรมการแพทย์ ได้บทความจำนวน 1,540 เรื่อง และได้คัดออก จำนวน 1,500 เรื่อง เนื่องจากไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คงเหลืองานวิจัย 40 เรื่อง เมื่อนำมาอ่านรายละเอียด คัดออกอีก 27 เรื่อง เนื่องจาก ไม่ใช่รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการวิจัยเองเป็นการประเมินผลโครงการของหน่วยงานต่างๆ หรือ การประยุกต์แนวพุทธไม่ได้เป็นโปรแกรมการทดลองหลัก เช่น การฝึกสมาธิร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม คงเหลืองานวิจัยจำนวน 13 เรื่องเพื่อใช้ในการสังเคราะห์ครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการสืบค้นด้วยมือ จากวารสารในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อีก 8 วารสาร ดังนี้ วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วารสารพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล วารสารพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัย วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 45 พ.ศ. 2543 ฉบับที่ 1 และ 2 ปีที่ 46 พ.ศ. 2544 เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงวารสารแบบ online ได้ ได้บทความวิจัยเพิ่มเติมอีก 1 เรื่อง รวมเป็นงานวิจัยที่ใช้ในการสังเคราะห์ครั้งนี้ 14 เรื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ดำเนินการสืบค้น หากไม่แน่ใจจะนำเรื่องที่สืบค้นได้มาปรึกษากับผู้วิจัยคนที่ 1 เพื่อหาข้อสรุป

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนครั้งนี้มี 2 ชุดได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) ผู้วิจัยดัดแปลงจาก The Joanna Briggs Institute⁷ และ Mars and Abbey⁸ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การทดลอง การประเมินผลลัพธ์ สถิติใช้ในการวิเคราะห์ และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) ประยุกต์ใช้จากแบบรวบรวมข้อมูล The Joanna Briggs Institute หัวข้อหลักในการบันทึกเป็นไปตามหัวข้อที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบความตรงกันของผู้บันทึก 2 คน ได้แก่ผู้วิจัยคนที่ 1 และ คนที่ 2 โดยมีการนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกการสกัดข้อมูลไปทดลองใช้กับรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง^{9,10,11} หลังจากนั้นนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก เมื่อพบความแตกต่างได้พิจารณาหาข้อบกพร่องปรับปรุงจนได้ความเห็นที่ตรงกันก่อนนำไปใช้จริง เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับงานวิจัย 3 เรื่องพบว่างานวิจัยผ่านเกณฑ์การประเมินเพียงร้อยละ 75 หากกำหนดคะแนนรวมในการประเมิน คุณภาพงานวิจัยว่าต้องผ่านร้อยละ 100 จะพบว่าไม่มีงานวิจัยใดผ่านเกณฑ์ เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยทั้ง 14 เรื่องมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 1 สรุปงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก

งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ/อายุ	โปรแกรมทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	เครื่องมือวัด	ติดตาม	ผลการศึกษา
พลภัทร์ โสเสถียรกิจ และคณะ, 2549 ¹²	กลุ่มเดียววัดก่อนหลัง	เป็นแบบสะดวก บุคลากรในโรงพยาบาล 15 คน	หญิง > ชาย (มี 1 คน) อายุเฉลี่ย..37.3 ปี	ฝึกสติตามแนวทางมหาสติปัฏฐานสูตร 3 วัน	ไม่มี	แบบประเมินความเครียด และแบบวัดสุขภาพจิตคนไทย ของกรมสุขภาพจิต	1, 3 เดือน	หลังสิ้นสุดการทดลอง ค่าคะแนนความเครียดลดลง แต่ค่าคะแนนความสุขไม่แตกต่างกันทางสถิติ
หัตถกมล พรหมมา และ มาโนชหล่อตระกูล, 2551 ¹³	กึ่งทดลองมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนหลัง ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง	เป็นแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วย Mixed anxiety-depressive disorder ทดลอง 30 เปรียบเทียบ 30	หญิง > ชาย อายุเฉลี่ย.. 50.6. ปี	กลุ่มสมาธิบำบัด เป็นกลุ่ม 5-6 คน 8 สัปดาห์แต่ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	กลุ่มจิตบำบัด cognitive theory เป็นกลุ่ม 3- 10 คน 8 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	ภาวะวิตกกังวล และ ซิมสรีร่า HADS และ HAM-A	ไม่มี	หลังสิ้นสุดการทดลอง ค่าคะแนนวิตกกังวลและซิมสรีร่าของ 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
อริ นุ้ยบ้านด่าน และ คณะ, 2551 ¹⁴	กึ่งทดลอง วัดก่อนหลังมีกลุ่มควบคุม	เป็นแบบเฉพาะเจาะจง นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านการฝึกสมาธิแบบเมตตาภาวนา ความคุม 28	หญิง อายุเฉลี่ย 19.7 ปี	10 วันๆละ 40 นาที โดยแผ่เมตตา เติมนั่งสมาธิ และ นิ่งสมาธิ	ไม่ระบุ	แบบสอบถามความเครียดในคนไทย ของสุชีรา และคณะ ระดับสติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง	ไม่มี	หลังการทดลอง ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ/อายุ	โปรแกรมทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	เครื่องมือวัด	ติดตาม	ผลการศึกษา
อริ นุ้ยบ้านด่าน และ คณะ, 2548 ¹⁵	กึ่งทดลอง วัค ก่อนหลังมีกลุ่มควบคุม	เป็นแบบเฉพาะเจาะจง ใช้การจับคู่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านการฝึกสมรรถิแบบ วิปีสสนกรรมฐานของคุณแม่สิริ ความคุม 39 คน ทดลอง 39 คน จับฉลาก เข้ากลุ่มทดลอง และ ความคุม	หญิง อายุเฉลี่ย 19.9 ปี	6 สัปดาห์ ละ 1 ชั่วโมง เติมนังสมาธิ	ไม่ระบุ	แบบสอบถาม ความเครียดในคนไทย ของศิริรา และคณะ ระดับสติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง	ไม่มี	หลังการทดลอง ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม
กนกศรี จาดเงิน, 2543 ¹⁶	การทดลอง เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม	เป็นแบบสุ่ม นักเรียนชั้นป. 5 ที่มีความเข้มศรัว่าระดับต้น สมบัติ	ไม่ระบุ	1. สมบัติแบบอนาปานสติ 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 45 นาที 2. การให้คำปรึกษา	ไม่ระบุ	แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI	4 สัปดาห์	หลังการทดลองและติดตามผล ค่าคะแนนซึมเศร้าของทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกัน กลุ่มสมบัติแบบอนาปานสติ และ กลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ/อายุ	โปรแกรมทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	เครื่องมือวัด	ติดตาม	ผลการศึกษา
		แบบออนไลน์ 7 คน ให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผลและ อารมณ์ 7 คน ควบคุม 7 คน		แบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 45 นาที				มีค่าคะแนนเสริมสร้างพลังการทดลองน้อยกว่า ก่อนทดลอง ทั้งระยะสิ้นสุดการทดลอง และ คิดตามผล แต่ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม การทดลอง และไม่แตกต่างกันในกลุ่ม ควบคุม
อุไรวรรณ พานิช เจริญผล, 2546 ¹⁷	การทดลอง เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม	เป็นแบบสุ่ม พนักงานหญิงใน โรงงานที่มี ความเครียด 18 คน ออนไลน์ 6 คน ให้การปรึกษาแบบ กลุ่ม 6 คน ควบคุม 6 คน	หญิง ไม่ระบุ	ออนไลน์ 5 สัปดาห์ละ 2 วันๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 10 ครั้ง ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ที่มีผู้เป็นศูนย์กลาง 5 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 10 ครั้ง	ไม่ระบุ	แบบวิเคราะห์ ความเครียดของ กรมสุขภาพจิต	2 สัปดาห์	พนักงานที่ได้รับการฝึกแบบออนไลน์ ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่ม ควบคุมมีค่าคะแนนความเครียดหลังการ ทดลอง และ การติดตามผลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ แต่ ไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างแบบออนไลน์ สติ ได้รับการให้การ ปรึกษาแบบกลุ่ม
ศิริพร บำรุงจิตต์, 2548 ¹⁸	การทดลอง วัด ก่อนหลังมีกลุ่ม ควบคุม	เป็นแบบสุ่ม สตรีวัยทองที่มา คลินิก ได้รับการ รักษาด้วยฮอร์โมน ทดแทนและมีภาวะ ซึมเศร้า	หญิง ไม่ระบุ อายุ	ออนไลน์ 5 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 10 ครั้ง	มีแต่ไม่ระบุ	แบบวัดภาวะ ซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ	2 สัปดาห์	กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเสริมสร้างพลังการ ทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ทั้งระยะ สิ้นสุดการทดลอง และ คิดตามผล อย่างไรก็ตามพบ ว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนภาวะ ซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลองน้อยกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ/อายุ	โปรแกรมทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	เครื่องมือวัด	ติดตาม	ผลการศึกษา
สุทธิพิช บวรพันธ์, 2546 ¹⁹	การทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม	เป็นแบบสุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีความวิตกกังวลด้านการเรียนปานกลาง สมมติแบบอานาปานสติ 22 นวดคลายเครียด 22 คน	หญิงและชาย อายุไม่ระบุ	นั่งสมาธิแบบอานาปานสติ 8 สัปดาห์ และ 2 ครั้งๆ ละ 40 นาที	นวดคลายเครียด 8 สัปดาห์ และ 2 ครั้งๆ ละ 40 นาที	แบบสอบถามความวิตกกังวลด้านการเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น คุณสมบัติของเครื่องมือดี	ไม่มี	นักเรียนทั้ง 2 กลุ่มที่ได้รับการฝึกนั่งสมาธิแบบอานาปานสติ กับ นวดคลายเครียดหลังสิ้นสุดการทดลอง มีความเครียดในการเรียนลดลง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่นั่งสมาธิแบบอานาปานสติมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มนวดคลายเครียด ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในผลของการฝึกทั้ง 2 กลุ่ม
สุพรรณ วงศ์วุฒติ, 2545 ²⁰	การทดลองเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม	เป็นแบบสุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีความวิตกกังวลด้านการเรียนสูง อานาปานสติ 6 คน ผ่อนคลายด้วยตนเอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน	ไม่ระบุ	สมมติแบบอานาปานสติ 5 สัปดาห์ และ 3 ครั้งๆ ละ 45 นาที ฝึกการผ่อนคลายด้วยตนเอง 5 สัปดาห์ และ 3 ครั้งๆ ละ 45 นาที	ไม่ระบุ	แบบสอบถามความวิตกกังวลด้านการเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น คุณสมบัติของเครื่องมือดี	4 สัปดาห์	นักเรียนทั้ง 2 กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง และ ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีความวิตกกังวลด้านการเรียน หลังสิ้นสุดการทดลอง 5 สัปดาห์ และติดตามผล 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
นัยนา เหลือง	กึ่งทดลอง	เป็นแบบสะดวก	ไม่ระบุ เพศ	ดำเนินแบบกลุ่ม 8	ไม่ระบุ	การจัดการกับ	ไม่มี	กลุ่มทดลองมีทักษะในการจัดการกับ

งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ/อายุ	โปรแกรมทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	เครื่องมือวัด	ติดตาม	ผลการศึกษา
ประวิทย์, 2547 ²¹	เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม	นิสิตชั้นปีที่ 1 ตัวอย่างง่ายควบคุม 20 คน ทดลอง 20 คน	และอายุ	ครั้งละ 60 นาที อานาปานสติ 2 ครั้ง ฝึกคิดแบบอริยสัจ 2 ครั้ง ฝึกเกร็งและคลาย กล้ามเนื้อ 2 ครั้ง		ความเครียด สร้าง เอง		ความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก อย่างมีนัยสำคัญ
ขวัญตา เพชร มณี ใจดี, 2543 ²²	กึ่งทดลอง เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม	เป็นแบบ เฉพาะเจาะจง และ จับคู่เข้ากลุ่ม สามี 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน	หญิง อายุ 20- 60 ปีเฉลี่ย 44.6	สมาธิตามแบบพุทธ วิธี เชื่อมบ้าน 6 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วม โครงการฝึกสมาธิ ทุกวันๆละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที	ให้ความรู้ และ รักษาพยาบาล ตามปกติ แต่ ไม่ระบุ รายละเอียด	แบบวัดความ วิตกกังวล STAI แบบประเมิน ความรุนแรง ของอาการปวด แบบบันทึก ข้อมูลการฝึก สมาธิ	ไม่มี	หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่า คะแนนวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความ เจ็บปวดทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน
รัตนาพร สันติ วงษ์, 2550 ²³	กลุ่มเดียว วัด ก่อนหลัง	เป็นแบบสะดวก ผู้ป่วยติดเตียง HIV 8 คน	ชาย (2) และ หญิง 29-55 ปี	MBCT 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 90 นาที	ไม่มี	ระดับความรู้คิด. MAAS ภาวะซึมเศร้า ThaiHRSD	2 สัปดาห์	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนระดับ ของการมีสติเพิ่มขึ้นมีค่าคะแนนอาการ ซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อ เปรียบเทียบกับก่อนทดลอง

งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ/อายุ	โปรแกรมทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	เครื่องมือวัด	ติดตาม	ผลการศึกษา
วันวิสาข สาส์น, 2551 ²⁴	กึ่งทดลอง เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม	เป็นแบบเฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุบ้านบางแค ควบคุม 13 คน ทดลอง 13 คน	ผู้สูงอายุ เพศหญิงที่มีความวิตกกังวล	สมาธิแบบอานาปานสติ 10 สัปดาห์ ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลืนน้ำ แบบก้าวหน้า 10 สัปดาห์ ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	แบบสอบถาม ความวิตกกังวล แบบสถานการณ์ อัตราการเต้นหัวใจ และความดันโลหิต	ไม่มี	หลังการทดลอง 10 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มมีความวิตกกังวลแบบสถานการณ์ อัตราการเต้นหัวใจ และ ความดันโลหิต ไม่แตกต่างกัน
พระมหาศกุล มหาวีโรม, 2546 ²⁵	กึ่งทดลอง เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม	เป็นแบบสะดวก ผู้ป่วยระยะโรคจิต เชื้อเอช ไอวีควบคุม 8 คน ทดลอง 9 คน	หญิง 21 - 50 ปี	ดำเนินแบบกลุ่ม 45 วัน สมาธิ ในวัดภูกันจะละ 1 ชั่วโมง	กิจกรรมปกติ	แบบวัดความวิตกกังวล และ ชิมส์เร้าของ Zung	ไม่มี	ค่าคะแนนความวิตกกังวลและชิมส์เร้าภายในกลุ่มก่อนและหลังของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินคุณภาพงานวิจัยและการสกัดข้อมูล
ทำโดย ผู้วิจัย 2 คน (คนที่ 1 และ 3) มีขั้นตอนดังนี้

1. อ่านรายงานวิจัยรอบที่หนึ่ง เพื่อประเมิน
คุณภาพของรายงานวิจัยตามรายการในแบบประเมิน
คุณภาพงานวิจัย

2. อ่านรายงานวิจัยรอบที่สองเป็นการอ่านอย่าง
ละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของ
การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และบันทึกลงใน
แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล

3. ตรวจสอบความตรงกันของการประเมิน
คุณภาพของรายงานวิจัยและการบันทึกข้อมูล หากพบ
ว่ามีการบันทึกไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาหารือกันและ
หาข้อตกลง ร่วมกันในการลงบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การสังเคราะห์ในรูปแบบการ
วิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative review)⁶

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อใช้ในการ
ศึกษาครั้งนี้มี 14 เรื่อง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 เป็น
รายงานการวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่ในวารสารมี peer review
3 เรื่อง¹²⁻¹⁴ รายงานวิจัย 1 เรื่อง¹⁵ วิทยานิพนธ์
10 เรื่อง สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา 3 เรื่อง¹⁶⁻¹⁸
จิตวิทยาการศึกษา 1 เรื่อง¹⁹ จิตวิทยาแนะแนว²⁰ วิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์²¹ การพยาบาลสาธารณสุข²²
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช²³ วิทยาศาสตร์การ
กีฬา²⁴ วิจัยและพัฒนาท้องถิ่น²⁵ พบว่ามีการจัดทำ
โปรแกรมการนำคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในงาน
สุขภาพจิตที่หลากหลายดังรายละเอียด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ส่วน
ใหญ่เป็นการศึกษาในบุคคลทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วย (9/
14) เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา 1 เรื่อง¹⁶
มัธยมศึกษา 2 เรื่อง¹⁹⁻²⁰ นักศึกษาในมหาวิทยาลัย
3 เรื่อง^{14,15,21} คนวัยแรงงาน 2 เรื่องคือพนักงานใน
โรงงาน¹⁷ กับ บุคลากรทั่วไปในโรงพยาบาล¹² ผู้สูงอายุ
1 เรื่อง²⁴ เป็นผู้ป่วย 5 เรื่องโดยเป็นผู้ป่วยข้ออักเสบ
1 เรื่อง²² ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี 1 เรื่อง²⁵ สตรีวัยทอง

ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน 1 เรื่อง¹⁸ ผู้ป่วย
ซึมเศร้า 1 เรื่อง²³ และ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตกังวลและ
ซึมเศร้า 1 เรื่อง¹³

ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ทบทวนคือ 7 เรื่อง^{16-21,24}
จาก 14 เรื่องไม่ระบุรายละเอียดที่เป็นลักษณะทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง มี 7 เรื่องที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่
ศึกษาเป็นเฉพาะเพศหญิง^{14,15,17,18,22,24,25} มี 4 เรื่องที่
ศึกษาทั้งเพศหญิงและชาย^{17,22,23,25} อย่างไรก็ตามใน
จำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มี
3 เรื่องที่ไม่ได้ระบุเพศ^{16,20,21} สำหรับอายุส่วนใหญ่อยู่
ในระหว่าง 20-55 ปี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาผลลัพธ์

สุขภาพจิตที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการ
ศึกษา เรื่องความเครียด 5 เรื่อง^{12,14,15,17,21} จิตกกังวล
4 เรื่อง^{19,22,24,25} และหรือ ซึมเศร้า^{13,16,23,25} และ
สุขภาพจิต²² นอกจากนี้มีการศึกษาผลต่อสมาธิหรือสติ
ซึ่งใช้เป็นตัวแปรประกอบ^{13,14,23}

สถานที่ที่ทำการศึกษา

งานวิจัย 6 เรื่องดำเนินการศึกษาในสถาบันการ
ศึกษา^{14-,16,19-21} ดำเนินการศึกษาในสถานที่ทำงาน
2 เรื่อง^{12,17} ศึกษาในคลินิกเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป
4 เรื่อง^{13,18,22,23} เป็นสถานที่สำหรับคนเฉพาะกลุ่ม 2 เรื่อง
คือ บ้านบางแคสำหรับผู้สูงอายุ²⁴ และวัดที่ให้การดูแล
ผู้ป่วยเฉพาะโรค²⁵

ระเบียบวิธีวิจัย

พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในระเบียบวิธี
การวิจัยมากทำให้การนำไปใช้มีข้อจำกัดมีรายละเอียด
ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัย 14 เรื่อง พบว่าเป็นงาน
วิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม
จำนวน 5 เรื่อง¹⁶⁻²⁰ เป็นแบบกึ่งทดลอง 7 เรื่อง^{13-15,21,22,24,25}
และแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง 2 เรื่อง^{12,23} จำนวน
3 ใน 14 เรื่องไม่มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่าง^{12,15,25} การได้มาของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่ม
จากประชากรที่ศึกษา 5 เรื่อง¹⁶⁻²⁰ เป็นแบบเฉพาะเจาะจง
5 เรื่อง^{13-15,22,24} เป็นแบบสะดวก 4 เรื่อง^{23,25} พบว่ามี
งานวิจัยเพียง 2 เรื่อง^{14,21} ที่มีการคำนวณขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่าง อย่างไรก็ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มค่อนข้างเล็กคือ 20 คน²¹ และ 28 คน¹⁴ ตามลำดับ สำหรับงานวิจัยที่ไม่ได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 6 คน ถึง 39 คน ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม พบว่าใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม 8 เรื่อง (ในจำนวนนี้มีกระบวนวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 เรื่อง^{16,18} อีก 6 เรื่องไม่ระบุวิธีการสุ่ม) ใช้การจับคู่ 3 เรื่อง^{14,15,22} ไม่ระบุวิธีการสุ่ม 1 เรื่อง²⁵ งานวิจัยทั้งหมดไม่มีการปกปิดลักษณะกลุ่มทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง และมีเพียง 1 งานวิจัยที่ระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ออกกลางคัน¹²

2. การใช้กลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาพบว่าม้งงานวิจัย 12 เรื่องที่ใช้การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (พุทธศาสนา) กับ การใช้รูปแบบอื่น ๆ (เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ) พบ รายงานวิจัยถึง 6 เรื่องที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดกิจกรรมในกลุ่มควบคุม^{14,15,18,21,22,25} ส่วนงานวิจัยอีก 3 เรื่องมีการเปรียบเทียบกับ การใช้รูปแบบอื่น ๆ ได้แก่ สมาธิบำบัดกับจิตบำบัด¹³ และ อานาปานสติเปรียบเทียบกับวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจำนวน 2 เรื่อง^{19,24} นอกจากนี้ยังพบว่าม้งงานวิจัยอีก 3 เรื่องที่ใช้การเปรียบเทียบระหว่าง 3 กลุ่ม คือ อานาปานสติ กับ กลุ่มควบคุม (ซึ่งไม่ได้ระบุรายละเอียดกิจกรรม) และ เปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น ๆ คือ วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ²⁰ การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง¹⁷ การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล¹⁶

มี 5 งานวิจัยที่ระบุรายละเอียดในการเตรียมผู้ดำเนินการทดลองให้มีความรู้ความชำนาญในวิธีการทดลอง^{13,16,20,21,23} แต่ไม่มีงานวิจัยใดที่ระบุวิธีการควบคุมหรือตรวจสอบว่าผู้ดำเนินการทดลองดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ทุกงานวิจัยไม่ได้มีการปกปิดลักษณะของกลุ่มทดลองต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

3. โปรแกรมการทดลอง

โปรแกรมการทดลองส่วนใหญ่เน้นเรื่องของการเจริญสติ รายละเอียดเนื้อหาวิธีการในการนำคำสอนมาใช้ในการทดลองมีหลากหลายดังนี้ การปฏิบัติอานาปานสติอย่างเดียว^{17-19,22,24,25} การปฏิบัติอานาปานสติร่วม

กับการคิดแบบอริยสัจสี่ การเจริญและคลายกล้ามเนื้อ²¹ วิปัสสนากรรมฐานของคุณแม่สิริ¹⁵ สมาธิ^{22,25} สมาธิบำบัด¹³ มหาสติปัฏฐานสูตร¹² สมาธิแบบเมตตาภาวนา¹⁴ และ การใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศคือ MBCT²³ ระยะเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ 6 วัน ถึง 45 วัน ระยะเวลา 30 นาที ถึง 60 นาที มี 1 งานวิจัยที่ใช้การฝึกต่อเนื่อง 3 วัน¹² มีเพียง 1 งานวิจัย¹³ ที่ระบุจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมเป็นที่ยอมรับได้ ลักษณะการดำเนินกิจกรรมพบว่าเป็นแบบรายกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง อีก 3 เรื่อง^{16,18,23} ไม่ระบุว่าเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

ปัญหาสุขภาพจิตที่นักวิจัยให้ความสนใจส่วนใหญ่จะอยู่ที่ความเครียดจำนวน 5 เรื่อง^{12,14,15,17,18} และ เครื่องมือที่ใช้ศึกษามีความหลากหลาย เป็นการสร้างขึ้นเองให้เหมาะสมกับตัวแปรที่ศึกษา 1 เรื่อง²¹ และ ใช้เครื่องมือที่มีผู้สร้างขึ้นและมีการนำไปใช้ในการศึกษาอื่นๆ อีก 5 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้เหมือนกันและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต 2 เรื่อง^{12,17} อีก 2 เรื่องเป็นนักวิจัยคนเดียวกันใช้เครื่องมือของแบบสอบถามความเครียดในคนไทย ของสุชีรา และคณะ ปัญหาความวิตกกังวลเป็นเรื่องที่นักวิจัยให้ความสนใจเป็นอันดับรองลงมา โดยเป็นความวิตกกังวลด้านการเรียน 2 เรื่อง^{19,20} ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิตกกังวลตามสถานการณ์^{22,24} ใช้ เครื่องมือ State Anxiety ที่มีผู้แปลเป็นภาษาไทยและใช้แพร่หลาย ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า 2 เรื่อง ใช้เครื่องมือ ของ Zung²⁰ ที่มีผู้แปลเป็นภาษาไทยและใช้แพร่หลาย และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)¹³ เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างตามอายุของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เครื่องมือแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ²⁴ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก¹⁶ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่²³ ภาวะสุขภาพจิตใช้แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย¹³ ที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นและใช้แพร่หลาย

มี 3 งานวิจัยที่ศึกษาผลของการทดลองต่อสติ หรือสมาธิ โดยใช้ Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)²³ ผู้วิจัยแปลเครื่องมือจากต่างประเทศและมีการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อนใช้ และระดับสติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง^{14,15}

5. ระยะเวลาในการติดตามผล

มีเพียงงานวิจัยเดียวที่นักวิจัยไม่ได้เป็นผู้ประเมินผลลัพธ์เอง²⁴ อย่างไรก็ตามไม่ได้ระบุว่ามีการปกปิดลักษณะกลุ่มทดลองต่อผู้ประเมินหรือไม่ มี 7/14 งานวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์ทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง มี 6 งานวิจัยที่มีการติดตามผล โดยมีการติดตามผล 2 สัปดาห์^{17,18,23} ติดตามผล 4 สัปดาห์ 2 เรื่อง^{16,20} และมี 1 เรื่อง¹² ที่ติดตามผล 2 ครั้งคือ 4 สัปดาห์ และ 3 เดือน

6. การวิเคราะห์ผล

พบว่าม้งานวิจัย 2 เรื่อง^{21,25} ที่อาจใช้สถิติวิเคราะห์ที่ไม่เหมาะสมคือการใช้ t-test เปรียบเทียบตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแต่มีการใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ 9 คน และ 20 คน

มีเพียงงานวิจัยเดียวที่รายงานผลการออกจากการศึกษากลางคัน¹³ ที่เหลือไม่ได้รายงานผล อย่างไรก็ตาม intention to treat analysis (การวิเคราะห์ผลลัพธ์ในผู้ป่วยทุกรายตามแผนที่วางแผนไว้ตั้งแต่ต้น) ไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

งานวิจัยส่วนใหญ่ได้ผลเป็นไปในทางบวกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือสามารถลดความเครียดหรือ ความวิตกกังวล หรือ อารมณ์ซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของระเบียบวิธีการวิจัยที่มากมายทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้มีข้อจำกัดและต้องมีความระมัดระวังในการนำไปใช้ มีงานวิจัย 9 เรื่องได้ผลในทางบวก ในงานวิจัย 6 เรื่องที่ทำการเปรียบเทียบการบำบัดโดยวิธีอื่นพบว่าทั้ง 2 วิธีได้ผลไม่แตกต่างกัน^{13,16,17,19,20,24} มีงานวิจัย 1 เรื่องที่ผลการศึกษาไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม²⁵

อภิปรายผล

จากการทบทวนงานวิจัย 14 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่ได้ส่วนใหญ่มาจากวิทยานิพนธ์ ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เป็นผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป หลากหลายอายุตั้งแต่ นักเรียนจนถึงผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าพุทธศาสนาสามารถนำมาใช้ส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และบำบัดผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ทุกวัย รูปแบบการบำบัดแนวพุทธที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นการเจริญสติซึ่งสอดคล้องกับคำสอนทางพุทธศาสนาว่าพุทธศาสนาเน้นที่การฝึกปฏิบัติและใช้วิธีการที่แตกต่างกัน ซึ่งพระพุทธเจ้าก็ได้เน้นว่าการเจริญสติจะต้อง ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งแต่ขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล²⁶

อย่างไรก็ตามการนำผลการวิจัยไปใช้ควรให้ความระมัดระวังเนื่องจากงานวิจัยที่ทบทวนมีข้อจำกัดในระเบียบวิธีการวิจัยค่อนข้างมาก คือ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก ไม่จำกัดตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ที่ศึกษา เช่น ประสพการณ์เกี่ยวกับการทำสมาธิ หรือ การเจริญสติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนเข้าร่วมโครงการ คุณสมบัติของผู้ที่ฝึกหรือดำเนินการทดลองว่าได้ผ่านการฝึกฝนกับตนเองจนมีความชำนาญที่สามารถสอนคนได้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ดำเนินการทดลองมีสมรรถนะในโปรแกรม การติดตามว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมการทดลองที่วางไว้จริงมีเพียง 3 งานวิจัยที่ประเมินผลของการเจริญสติโดยตรง งานวิจัยอื่นๆ ใช้การประเมินเฉพาะตัวแปรหลักที่ศึกษา เมื่อรวมกับการไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ (ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ประสพการณ์ก่อนเข้าทดลอง เป็นต้น) ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ ระยะเวลาที่ฝึกการทำสมาธิ หรือ การเจริญสติ ก็มีความแตกต่างกันมากตั้งแต่ 6 ถึง 45 วันๆ ละ 30 นาที ถึง 60 นาที การศึกษาถึงระยะเวลานานต่ำในการทำสมาธิ หรือการเจริญสติเพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์เป็นสิ่งสำคัญ

การประเมินผลลัพธ์พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือวัดที่เป็นให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเองแล้วแปรค่าคะแนนออกมาเป็นตัวเลขใช้สถิติในการประเมินผล ปัจจุบันองค์ความรู้จากงานวิจัย

ตะวันตกซึ่งศึกษาในประเด็นเดียวกันได้ทำการศึกษาวิจัยให้ผลว่าการทำสมาธิ หรือ การเจริญสติต่อสรีระของร่างกาย เช่น การวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ปริมาณออกซิเจนที่ใช้ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การวัดระดับ cortisol สารสื่อประสาท (เช่น serotonin, dopamine) การตอบสนองทางไฟฟ้าของผิวหนัง การวัดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เป็นต้น²⁷ นอกจากนี้ การประเมินผลลัพธ์โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพก็จะมีประโยชน์ในการเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล เพราะการเข้าใจธรรมชาติที่แท้จริงของมนุษย์นั้น การศึกษาทางทฤษฎีอย่างเดียวไม่เพียงพอ ความรู้ที่แท้จริงจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการพิสูจน์ด้วยประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติ หรือในการภาวนา (เจริญสติ)²⁶

ข้อเสนอแนะ

คำสอนขององค์พระพุทธเจ้าที่สอนว่าความทุกข์เกิดจากการยึดติดกับตัวตน มีกิเลส ตัณหานำมาสู่ความทุกข์ หนทางดับทุกข์ได้คือการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ มีชีวิตอยู่กับปัจจุบันลดวงจรการคิดปรุงแต่งด้วยการฝึกปฏิบัติการเจริญสติอย่างสม่ำเสมอ เป็นองค์ความรู้ที่ถูกพิสูจน์ให้เห็นอยู่ในชีวิตประจำวันมาช้านานกว่า 2500 ปี ดังนั้น พยาบาลสามารถที่จะนำคำสอนของพระพุทธเจ้าไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฝึกการเจริญสติและหากพยาบาลได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติด้วยตนเองย่อมจะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาวิจัยเพื่อใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบในการค้นหาวិธีการนำคำสอนของพระพุทธเจ้าไปใช้ในการดูแล มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยต้องให้ความระมัดระวังต่อระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้อย่างมาก หากต้องการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพิสูจน์โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เริ่มต้นตั้งแต่การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หากไม่สามารถใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้การวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน การใช้วิธีการปกปิดผู้ประเมินผลการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. โปรแกรมที่ศึกษาต้องอธิบายให้ชัดเจน เริ่มตั้งแต่คุณสมบัติของผู้ดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ประสบการณ์ในการมีความเชี่ยวชาญในโปรแกรมที่ฝึกความเที่ยงตรงในการปฏิบัติตามโปรแกรมทั้งตัวผู้ดำเนินการทดลอง และตัวกลุ่มตัวอย่างที่ต้องปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนด ระยะเวลาในการเจริญสติ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความเชื่อถือได้ในงานวิจัยแล้วยังมีประโยชน์ต่อนักวิจัยต่อไปที่ต้องการศึกษาซ้ำในรูปแบบนั้นๆ นำไปสู่การขยายผล และ หากโปรแกรมดังกล่าวถูกพิสูจน์ได้ด้วยการวิจัยแบบการสังเคราะห์แบบอนุมาณ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายให้นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลหรือโรงเรียนได้

3. เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ควรที่จะศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อแสดงผลว่าโปรแกรมที่ศึกษาช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดการกับภาวะสุขภาพจิต แม้ว่า จะสิ้นสุดผลการทดลองแล้ว และหากกลุ่มตัวอย่างมีการออกระหว่างการทดลอง (drop out) ผู้วิจัยต้องรายงานผล และควรใช้วิธีการวิเคราะห์ผลในรูปแบบ intention to treat analysis

4. ควรใช้วิธีการประเมินผลหลายวิธีการเช่น การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การประเมินผลด้วยแบบสอบถาม และการประเมินผลเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2001 World Health Report. Introduction. (2001). ค้นจาก from <http://www.who.int/whr/> วันที่ 29 พฤษภาคม 2545.
2. คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ. 2550. แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th/Plan10/Plan10-50.pdf> วันที่ 11 ตุลาคม 2552.
3. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวล, (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เอส.ซี. พรินท์; 2548.

4. อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด; 2543.
5. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). ทุกข์สำหรับเห็น แต่สุขสำหรับเป็น, พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์; 2547.
6. Cook JD, Mulrow DC, Haynes BR. Systemic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126(5): 376-9.
7. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2008 edition ค้นจาก http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/JBIReviewManual_CiP11449.pdf ค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2553.
8. Mars, T. S. & Abbey, H. Mindfulness meditation practice: A systematic review. *Int J Osteopath Med* 2009; doi:10.1016/j.ijosm. 2009. 07.005.
9. ประไพ มีศิลป์. การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการปรับพฤติกรรมด้วยการเริ่มแรงทางบวกที่มีผลต่อนิสัยการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
10. อรัญญา รักษาบท. การปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนาพุทธ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความหวังในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
11. มาลัย แสงวิไลสาธ. ผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และการสวดมนต์ต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
12. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ สวัสดิ์ เทียงธรรม และ คเชนทร์ พันธุ์โชติ. รายงานเบื้องต้น ผลของการฝึกสติต่อความเครียด ความสุขและการประยุกตในชีวิตประจำวัน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2549; 14(3): 199-206.
13. ทัดกมล พรหมมา และ มาโนช หล่อตระกูล. การเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยโรค Mixed anxiety-depressive disorder ในพื้นที่อุทกภัยของจังหวัดอุตรดิตถ์ระหว่างการใช้กลุ่มสมาธิบำบัดกับกลุ่มจิตบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2551; 53(2): 165-75.
14. อารี นัยบ้านด่าน ประนอม หนูเพชร จินตนา ดำเกลี้ยง ทิพนาส ชินวงศ์. ผลของการฝึกสมาธิแบบเมตตาภาวนาต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2551; 28 (2): 71-90.
15. อารี นัยบ้านด่าน และ คณะ. ผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบวิปัสสนากรรมฐานต่อความเครียดและระดับสติของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*; 2548.
16. กนกศรี จาดเงิน. เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2543.
17. อุไรวรรณ พานิชเจริญผล. การศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อความเครียดของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.

18. ศศิธร บำรุงจิตต์. ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยทอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
19. สุทธิพิทย์ บุรพันธ์. ผลของการใช้เทคนิคการนั่งสมาธิกับเทคนิคการนวดคลายเครียดต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.
20. ชูพรรณ วงศ์วุฒิ. เปรียบเทียบผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองที่มีต่อความวิตกกังวลด้านการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545
21. นัยนา เหลืองประวดี. ผลของการใช้วิธีการจัดการความเครียดโดยการฝึกสมาธิการคิดแบบอริยสัจ และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อการจัดการกับความเครียดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
22. ขวัญตา เพชรมณีโชติ. ผลของการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
23. รัสตาพร สันติวงษ์. การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
24. วันวิสาข์ สายสนั่น. การเปรียบเทียบการจัดการความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า . วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551
25. พระมหาสกุล มหาวีโร. ประสิทธิผลทางด้านสุขภาพจิตของการฝึกสมาธิตามแนวทางพระอาจารย์รัตน์ รตนญาณ ในผู้ติดเชื้อเอช ไอวี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น บัณฑิตวิทยาลัยสถาบันราชภัฏเชียงใหม่; 2546.
26. พระธรรมปิฎก. (ป.อ. ปยุตโต). จากจิตวิทยาสู่จิตภาวนา. ม.ป.ท. : ธรรมสภาและสถาบันบันลือธรรม, ม.ป.ป.
27. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ. 2552.พื้นฐานเรื่องสมาธิ. ใน ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี, ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ (บรรณาธิการ) . สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552 หน้า 3-20.