



การเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder ในพื้นที่อุทกภัยของจังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่าง การใช้กลุ่มสมาธิบำบัดกับกลุ่มจิตบำบัด

ทัตกมล พรหมมา พบ.* มาโนช หล่อตระกูล พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder ระหว่างการรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดกับกลุ่มจิตบำบัด

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder ในพื้นที่อุทกภัยของจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มละ 30 คน ผู้ป่วยทุกคนได้รับยา amitriptyline ขนาด 25-75 มิลลิกรัม /วัน กลุ่มแรกได้รับการรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด กลุ่มละ 5-6 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-1 1/2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มที่สองได้รับการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) โดยประเมินก่อนเริ่มการรักษา สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดการรักษามีการประเมินเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น

ผลการวิจัย ณ สัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าใน HADS และคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลใน HAM-A ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลที่สัปดาห์ที่ 4 พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยสมาธิบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลและซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าระหว่างสองกลุ่มหลังสิ้นสุดการรักษาที่สัปดาห์ที่ 8 พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับประโยชน์จากโปรแกรมสมาธิบำบัด

สรุป การรักษาแบบสมาธิบำบัดและกลุ่มจิตบำบัดให้ผลดีเท่าเทียมกันในการรักษาผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder การรักษาแบบสมาธิบำบัดนั้นผู้รักษาทำได้ง่ายกว่า และเป็นวิธีที่คนไทยคุ้นเคย จึงเป็นวิธีการรักษาที่นำใช้มากกว่า

คำสำคัญ สมาธิบำบัด, กลุ่มจิตบำบัด, mixed anxiety-depressive disorder

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(2): 165-175

* โรงพยาบาลศรีบุญญา ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน 55000 e-mail address: tatkamnp@yahoo.com

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพระราม 6 กรุงเทพฯ 10400



A Comparison of group meditation and group psychotherapy in the treatment of mixed anxiety-depressive disorder in patients suffered from flood disaster at Uttaradit province

Tatkamon Promma, M.D. * Manote Lotrakul, M.D. **

Abstract

Objective: To compare the treatment outcome between group meditation and group psychotherapy in the treatment of mixed anxiety-depressive disorder.

Methods: The study was an 8-week randomized controlled trial in 60 mixed anxiety-depressive disorder patients who were suffered from flood disaster at Uttaradit province. Participants were randomly allocated into two groups. Both groups received amitriptyline 25-75 mg per day. Patients in the first group were assigned to the 8-week course of group meditation, one session (1-1 1/2 hours) per week. Patients in the second group were assigned to the 8-week course of group psychotherapy, one session (1 hour) per week. Participants were assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) at baseline, week 4, and endpoint (week 8).

Results: At week 4 and week mean HADS depression score, and mean HAM-A anxiety score of both groups decreased significantly ($p < 0.05$). At week 4, participants who received group meditation improved significantly more than those who received group psychotherapy in both depression and anxiety scores ($p < 0.05$). At endpoint, there was no significant difference in improvement between the two groups. All patients in the group meditation reported benefit from this treatment approach.

Conclusions: Group meditation and group psychotherapy were equally effective in the treatments for mixed anxiety-depressive disorder. Given its convenient and familiarity, meditation is a more favorable approach for the treatment of mixed anxiety-depressive disorder in Thailand.

Keywords: meditation, group psychotherapy, mixed anxiety-depressive disorder

J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(2): 165-175

* Srithanya Hospital, Tiwanont Road, Bangkok 11000. e-mail address: tatkamonp@yahoo.com

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama 6 Road Bangkok 10400

บทนำ

โรค mixed anxiety-depressive disorder เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมาก จัดว่าเป็นโรคหนึ่งในกลุ่ม anxiety disorders ความชุกของโรคนี้ประมาณร้อยละ 10 ในประชากรทั่วไป และในบริการระดับปฐมภูมิพบมีความชุกประมาณร้อยละ 50¹ โรคนี้ทำให้มีความรู้สึกไม่สบายใจ เช่น ซึมเศร้าวิตกกังวลอยู่บ่อยๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 4 ข้อ ได้แก่ สมาธิลดลง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิด วิตกกังวล ร้องไห้ง่าย ตกใจง่าย คิดลวงหน้าว่า มีสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้น รู้สึกสิ้นหวัง และรู้สึกตนเองไร้ค่า¹

จังหวัดอุตรดิตถ์มีผู้ป่วยด้วยโรค mixed anxiety-depressive disorder จำนวนมากเช่นกัน ในปีงบประมาณ 2549 พบว่า ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ทั้งหมด จำนวน 16,121 คน มีผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder จำนวน 1,667 คน และในปี พ.ศ. 2549 ได้เกิดอุทกภัยน้ำท่วมโคลนถล่มขึ้นในจังหวัดอุตรดิตถ์เป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ซึ่งเกิดจากปรากฏการณ์ลานีญาที่ทำให้เกิดฝนตกหนัก ทำให้มีประชากรในพื้นที่อุทกภัยจำนวนมากได้รับความเสียหายในบ้านเรือนและทรัพย์สิน และบางครอบครัวยังมีการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย นอกจากนี้ หลังเกิดอุทกภัยน้ำท่วมโคลนถล่มแล้ว ชาวบ้านในพื้นที่อุทกภัยยังประสบภาวะภัยแล้งอีก ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder เพิ่มขึ้นมากในจังหวัดอุตรดิตถ์

การที่ผู้ป่วยทางจิตเวชมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากขณะที่บุคลากรด้านจิตเวชมีน้อย หากมีการรักษาที่สามารถทำกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มได้ โดยที่ผู้บำบัดรักษาไม่ต้องผ่านการฝึกฝนมากก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ประเทศไทยมีประชากรส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา การทำสมาธิภาวนาเป็นสิ่งที่ประชาชนคุ้นเคย มีหลายการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยสมาธิบำบัดช่วยลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้²⁻⁷ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาการรักษาด้วยสมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder หากการรักษาด้วยวิธีนี้มีประสิทธิภาพ ก็จะช่วยลดภาระงานของจิตแพทย์และเจ้าหน้าที่การขยายผลเพื่อการดูแลสุขภาพจิตแบบพึ่งตนเองโดยภาคประชาชนอย่างยั่งยืน

ในปี พ.ศ. 2542 ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ และคณะ⁸ ได้ทำการศึกษาสำรวจถึงผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช และประชาชนทั่วไปที่สนใจจำนวน 139 คน พบว่าการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด 8 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรค mood disorders, anxiety disorders, psychological factors affecting medical conditions, adjustment disorders, substance use disorders และ organic mental disorders มีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งช่วยลดอาการความเครียดในบุคคลทั่วไปได้⁶ มีรายงานการศึกษาในต่างประเทศของ Finucane และ Mercer ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย recurrent depressive disorder หรือ recurrent depression and anxiety พบว่าได้ผลเช่นกัน แต่การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดคือผู้ป่วยในการศึกษามีจำนวนน้อย และไม่มีการควบคุม⁸

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรักษาด้วยสมาธิบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder โดยเปรียบเทียบกับการรักษาแบบกลุ่มจิตบำบัดซึ่งมีรายงานว่าสามารถช่วยลดอาการวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้⁹⁻¹²

วิธีการศึกษา

จากการศึกษาที่อำเภอลับแล และอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์ ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ประชากรที่ศึกษาอาศัยอยู่ในพื้นที่อุทกภัย มีอายุ 20-60 ปี เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 และ

ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็น mixed anxiety-depressive disorder ตาม DSM IV- TR research criteria จำนวน 60 คน ทั้งนี้ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนและยินยอมเข้าร่วมโครงการหลังได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัยแล้ว

ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจะใกล้เคียงกัน โดยกำหนดระดับความรุนแรงของโรคก่อนเข้ารับการรักษาด้วยค่าคะแนนรวมของ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai version)¹⁴ มากกว่าหรือเท่ากับ 11 และ HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)¹⁵ ระหว่าง 18-56 ผู้ป่วยจะไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากพบว่ามีความผิดปกติอย่างอื่น โรคซึมเศร้า (depressive disorder) มีประวัติทางการแพทย์ เช่น โรคทางอายุรกรรมที่อวัยวะไม่สามารถชดเชยการทำงานได้ (medical decompensation) ได้แก่ โรคหัวใจวาย โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคมะเร็งและกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีการสูญเสียเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของบุรณการตามปกติ ในเรื่องของความจำในอดีต การรับรู้ในเอกลักษณ์และประสาทสัมผัสกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (dissociative disorders)

เครื่องมือวัดในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมิน HADS เป็นแบบประเมินที่สามารถวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ดี โดยนอกจากจะใช้ในการคัดกรองความผิดปกติได้แล้ว HADS ยังสามารถบ่งถึงระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลได้ด้วย ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไปจัดเป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า ในขั้นควรให้การช่วยเหลือ¹⁴ เครื่องมือวัดชุดที่สองคือ HAM-A ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลโดยผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 18-24 คะแนนจัดว่ามีภาวะวิตกกังวลขั้นต่ำ 25-34 มีภาวะวิตกกังวลขั้นปานกลางและ ตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไปจัดอยู่ในระดับรุนแรง¹⁵ ผู้ประเมินซึ่งเป็นนักจิตวิทยาจำนวน 2 คนจะได้รับการอบรมวิธีใช้แบบประเมินโดยจิตแพทย์ และ

เพื่อป้องกันความลำเอียง (bias) ผู้ประเมินจะเป็นคนละคนกับผู้ให้การรักษา และไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบใด ผู้ป่วยจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน โดยการสุ่ม ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับยาตามมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder คือ amitriptyline ขนาด 25-75 มิลลิกรัมต่อวัน โดยปรับขนาดยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยกลุ่มแรกจะได้รับการรักษาโดยใช้กลุ่มสมาธิบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-1 1/2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มที่สอง ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

กลุ่มจิตบำบัดในโครงการวิจัยนี้จะทำแบบกลุ่มเปิด สมาชิกกลุ่มละ 3-10 คน โดยใช้หลักการของจิตบำบัดระดับประคองอิงหลักการของ cognitive theory เพื่อแก้ไขความนึกคิด ผู้ที่ให้การรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดจะได้รับการอบรมด้านสมาธิบำบัดจากรองศาสตราจารย์นายแพทย์ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจเป็นเวลา 4 วัน โดยผู้รักษาไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรด้านจิตเวช ผู้ที่สนใจด้านสมาธิบำบัดก็สามารถให้การรักษาได้ โปรแกรมสมาธิบำบัดในโครงการวิจัยนี้ใช้หลักการฝึกสมาธิลมหายใจ การเฝ้าดูอารมณ์ความรู้สึกของร่างกายเพื่อให้มีสติรู้อารมณ์ภายในใจ มีการฝึกเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขของความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ที่มักเป็นสาเหตุของความทุกข์ใจ ทำให้จิตใจสามารถเลือกที่จะมีมุมมองใหม่ เข้าใจใหม่ รู้สึกใหม่ แสดงออกใหม่ในทางที่สร้างสรรค์แก่ชีวิตมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปัญญา ความรัก ความเข้าใจตนเอง เกิดความสุขสงบภายในจิตใจ การรักษาแต่ละครั้งจะทำการเป็นกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5-6 คน ในโครงการวิจัยนี้ผู้รักษาคือจิตแพทย์ 1 คน หลังจากอบรม 4 วันแล้ว ผู้รักษาจะฝึกต่อโดยนำหลักการที่ได้เรียนรู้มาฝึกใช้กับตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มประสบการณ์เป็นเวลา 5 เดือน ผู้รักษาได้ฝึกสอนผู้ป่วยอย่างน้อย

2 คน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วจึงเริ่มการรักษาผู้ป่วยในโครงการวิจัย

โปรแกรมสมาธิบำบัดนี้ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ มีการบ้านของแต่ละสัปดาห์ ให้ผู้ป่วยนำไปฝึกต่อทุกวันที่บ้าน ตัวอย่างของการบ้านได้แก่ การนั่งสมาธิ การเฝ้าสังเกตอารมณ์ที่เกิดภายในจิตใจในระหว่างกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน และการระลึกถึงเงื่อนไขของความคิด มีตารางแสดงวันที่เป็นแบบปฏิทิน โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงในช่องของวัน ที่ได้ทำการบ้านและมีการตรวจการบ้านทั้งสองสัปดาห์ ซึ่งการบ้านถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในโปรแกรมการฝึกนี้ เนื่องจากการทำการบ้านทำให้ผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญในการฝึก สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมการฝึกนี้ไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวันทำให้มีความเข้าใจในบทเรียนของแต่ละสัปดาห์มากขึ้น และผู้ป่วยสามารถนำข้อสงสัยจากการฝึกมาถามผู้รักษาได้

ผู้ที่ให้การรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัด มีจำนวน 3 คน คือ พยาบาลปริญญาโทสาขาจิตเวช จำนวน 2 คน และ นักจิตวิทยาจำนวน 1 คน ผู้รักษาทั้ง 3 คนได้ศึกษาทฤษฎีการทำกลุ่มจิตบำบัด ได้ผ่านการฝึกทำกลุ่มกับผู้ป่วยมาในหลักสูตรเฉพาะทางแล้ว มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัดมานานหลังเรียนจบ และเพื่อให้ผู้รักษาทั้ง 3 คนมีมาตรฐานเดียวกันกับจิตแพทย์ในการทำกลุ่มจิตบำบัด ก่อนเริ่มการรักษาในโครงการวิจัย ผู้รักษาได้ทำกลุ่มจิตบำบัดอย่างน้อย 2 ครั้ง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา จิตแพทย์จะสังเกตการทำกลุ่มจิตบำบัดทั้ง 2 ครั้ง จะมีการประเมินร่วมกันหลังการรักษาในประเด็นที่ควรปรับปรุง ก่อนจะเริ่มการรักษาในโครงการวิจัย

การประเมินผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะทำ 3 ครั้ง ครั้งแรกก่อนเริ่มทำการรักษา ครั้งที่ 2 ประเมินในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 3 ประเมินเมื่อสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนที่ได้จากการประเมิน HADS และ HAM-A จะเป็นตัวชี้วัดผลการรักษา หลังจากสิ้นสุด

การรักษาจะมีการประเมินเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด ผู้ที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ที่ได้รับการฝึกวิธีใช้แบบสัมภาษณ์จากจิตแพทย์แล้ว

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เพศชายและหญิง ระดับการศึกษา แสดงในรูปของความถี่ ส่วนอายุ ความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แสดงในรูปของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วยที่ศึกษา และผลลัพธ์ของการรักษาทั้งสองแบบด้วยวิธี t-test และ chi-square

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศหญิง 60 คน เพศชาย 7 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมฝึกตามโปรแกรม 8 ครั้ง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 89.56) และกลุ่มที่ออกจากการรักษากลางคัน 7 คน (ร้อยละ 10.44) กลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการรักษากลางคัน เป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด 4 คน (ร้อยละ 5.97) และเป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัด 3 คน (ร้อยละ 4.47) กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาย่างเพียงพอ แบ่งเป็นกลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด 30 คนและกลุ่มจิตบำบัด 30 คน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดและกลุ่มจิตบำบัด โดยวิธี analysis of variance และ fisher exact test พบว่า เพศหญิงและชาย อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา และความรุนแรงของอาการก่อนเริ่มการรักษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

เปรียบเทียบผลการรักษา

ผลการศึกษาระดับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจากการประเมินด้วยแบบวัด HADS และแบบวัด HAM-A พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดและกลุ่มตัวอย่างที่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐาน		กลุ่มสมาธิบำบัด	กลุ่มจิตบำบัด	p-value
		(N=30) ค่าเฉลี่ย (SD)	(N=30) ค่าเฉลี่ย (SD)	
อายุ		50.56 (6.47)	50.57 (4.57)	0.982
การศึกษา (ร้อยละ)	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.30	3.30	0.839
	ประถมศึกษา	90.00	93.30	
มัธยมศึกษา		6.70	3.30	
ความรุนแรงของอาการก่อนการรักษา	อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าที่ประเมินจากคะแนนรวมของ HADS	19.37 (4.48)	18.23 (4.15)	0.314
	อาการวิตกกังวลที่ประเมินจาก HADS	10.27 (2.75)	9.87 (3.27)	0.610
	อาการซึมเศร้าที่ประเมินจาก HADS	9.10 (5.29)	8.37(6.42)	0.248
	ค่าคะแนนรวม HAM-A	28.73 (5.29)	29.70 (6.42)	0.527
เพศ	ชาย : หญิง	4 : 26	2 : 28	0.41

รักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลใน HADS และ HAM-A คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าใน HADS และคะแนนรวมเฉลี่ยใน HADS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษา ระหว่างก่อนรับการรักษา (สัปดาห์ที่ 0) กับสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างสัปดาห์ที่ 0 กับสัปดาห์ที่ 8 และระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8 (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลใน HADS และ HAM-A คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าใน HADS และคะแนนรวมเฉลี่ยใน HADS ลดลงมากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

หลังสิ้นสุดการรักษานในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลใน HADS และ HAM-A คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าใน HADS และคะแนนรวมเฉลี่ยใน HADS ระหว่างสองกลุ่ม

พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 1)

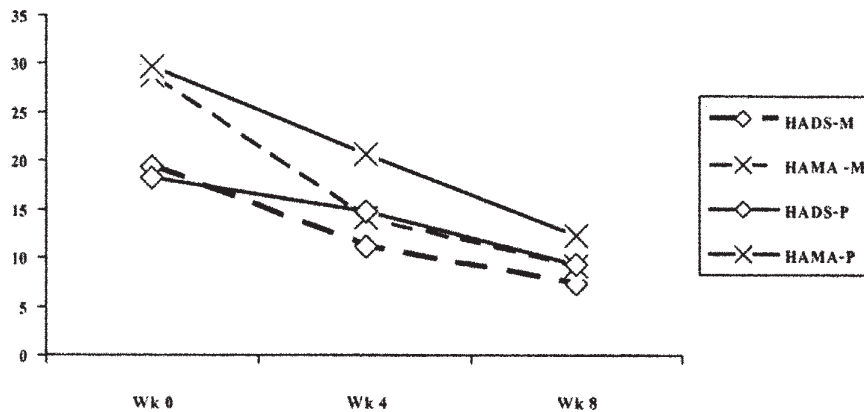
จากการประเมินโดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดได้รับประโยชน์จากโปรแกรมสมาธิบำบัด โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากกว่าได้ประโยชน์ และค่อนข้างเฉพาะกับการรักษาวิธีนี้ คือ ทำให้สมาธิดีขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ความคิดไม่ฟุ้งซ่าน รู้ทันอารมณ์ตนเอง ยอมรับได้ว่าสิ่งต่างๆ ในโลกนี้ไม่แน่นอน ซึ่งข้อดีที่อาจพบได้จากการทำกลุ่มบำบัดคือ การได้รู้ว่าคุณอื่นมีปัญหาไม่ต่างจากตนเอง การได้ระบายอารมณ์ และการรู้วิธีลดความเครียดเป็นต้น จากการสัมภาษณ์ความเหมาะสมของระยะเวลา 8 สัปดาห์ของโปรแกรมสมาธิบำบัด พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 30 คน (ร้อยละ 100) คิดว่าระยะเวลา 8 สัปดาห์ของการรักษาเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยจำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ต้องการให้ผู้รักษามาฝึกสมาธิบำบัดให้อีก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ณ สัปดาห์ที่ 0, 4 และ 8

เครื่องมือ	ก่อน			สัปดาห์ที่ 4			สัปดาห์ที่ 8		
	สมาธิ	จิต	P.V	สมาธิ	จิต	P.V	สมาธิ	จิต	P.V
HADS									
คะแนนรวมซึมเศร้ากังวล	19.37 (4.48)	18.23 (4.15)	0.314	11.10 (4.58)	14.80 (4.69)	0.003	7.43 (4.41)	9.33 (5.53)	0.147
อาการวิตกกังวลที่ประเมิน	10.27 (2.75)	9.87 (3.27)	0.610	6.20 (2.40)	7.80 (2.54)	0.015	4.33 (2.59)	4.83 (2.94)	0.487
อาการซึมเศร้าที่ประเมิน	9.10 (5.29)	8.37 (6.42)	0.248	4.90 (2.58)	7.00 (2.89)	0.004	3.10 (2.19)	4.37 (3.42)	0.094
HAM-A									
อาการวิตกกังวลที่ประเมิน	28.73 (5.29)	29.70 (6.42)	0.527	14.10 (8.73)	20.77 (7.83)	0.003	9.20 (6.79)	12.27(6.96)	0.089

* ค่า p-value ของกลุ่มสมาธิบำบัดเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาในกลุ่มเดียวกันที่สัปดาห์ที่ 0 กับ 4, 0 กับ 8 และ 4 กับ 8 ทุกกลุ่มน้อยกว่า 0.05

* ค่า p-value ของกลุ่มจิตบำบัดเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาในกลุ่มเดียวกันที่สัปดาห์ที่ 0 กับ 4, 0 กับ 8 และ 4 กับ 8 ทุกกลุ่มน้อยกว่า 0.05



* M = กลุ่มสมาธิบำบัด P = กลุ่มจิตบำบัด

รูปที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนรับการรักษา สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

วิจารณ์

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดช่วยลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย mixed anxiety-depressive disorder ได้เร็วกว่ากลุ่มจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเห็น

ความแตกต่างได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 ของการรักษา หลังจากสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าการรักษาแบบกลุ่มสมาธิบำบัดและกลุ่มจิตบำบัดให้ผลการรักษาที่ดีเท่าเทียมกัน ในการรักษาผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder โดยทั้งสองกลุ่ม

ตัวอย่างมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยของอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าในแบบประเมิน HADS จัดอยู่ในระดับที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (คะแนน<11) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ HAM-A จัดอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน<17)

หลังจากสิ้นสุดการรักษากลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัดมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร่าลดลง เกิดจากระบบการดังต่อไปนี้

1. การนั่งสมาธิและการฝึกสติให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ในปัจจุบัน จะช่วยลดความคิดที่ ทำให้ไม่สบายใจที่จะช่วยให้ทำงานดีขึ้น

2. การฝึกเจริญสติ การระลึกอารมณ์ ฝึาคิด ความคิดและเงื่อนไขของความคิด การฝึกการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข และการพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรักความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างสามารถรู้อารมณ์ของตนเองได้ ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ใจเย็นขึ้น เกิดปัญญาได้มากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการโต้ตอบกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างได้เห็นความจริงของชีวิตที่เป็นสภาวะที่ไม่แน่นอน ทำให้สามารถยอมรับได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่มีอะไรแน่นอน และไม่มีอะไรที่คงอยู่เหมือนเดิมตลอดไป การได้เรียนรู้ความจริงในข้อนี้ ทำให้ลดความยึดติดในชีวิต ทรัพย์สิน และที่ดินทำกินที่ต้องสูญเสียไปหลังจากประสบอุทกภัย ทำให้ได้กับความสูญเสีย สามารถปรับตัวได้ดีขึ้นกับการที่จะต้องอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัย ซึ่งอาจพบกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้จากการเกิดภัยธรรมชาติ

ซึ่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยระบุจะได้รับจากการทำกลุ่มสมาธิบำบัดนั้น มีลักษณะเฉพาะตัว มิได้เป็นเพียงประโยชน์จากระบบการกลุ่ม เช่น ได้ระบายปัญหา เห็นว่าผู้อื่นมีปัญหาเหมือนตนเอง หรือความรู้สึกสามัคคีกัน²⁰ ซึ่งเป็นประโยชน์ของทั้งกลุ่มสมาธิบำบัด และกลุ่มจิตบำบัด

ในระหว่างทำการศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มสมาธิบำบัด 2 คน ได้ประสบเหตุการณ์วิกฤติรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยรายแรกมีอาการอาชีพทำสวน เกิดเหตุการณ์ไฟไหม้สวนทุเรียนที่เหลือหลังจากน้ำท่วมทั้งหมด 20 ไร่ ในสัปดาห์ที่ 5 ของการรักษา ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดเหตุการณ์บิดาเสียชีวิตกะทันหันในสัปดาห์ที่ 6 ของการรักษา จากการประเมินผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 คนมีค่าคะแนนรวมของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าใน HADS จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช และคะแนนใน HAM-A มีระดับของอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน<17) แสดงให้เห็นว่าผลจากการฝึกตามโปรแกรมนี้ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยทั้งสองคนสามารถปรับตัวได้ดี แม้ว่าจะเกิดเหตุการณ์วิกฤติรุนแรงในชีวิตขึ้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัด ไม่มีเหตุการณ์วิกฤติรุนแรงเกิดขึ้นในระหว่างที่ทำการรักษา

จุดเด่นของการรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด ได้แก่ สามารถทำกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มได้ และผู้รักษาไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรที่เชี่ยวชาญทางจิตเวช บุคคลทั่วไปที่สนใจด้านสมาธิบำบัด และได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรมนี้จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วย 1 รายที่สามารถสอนสมาธิบำบัดให้กับเพื่อนบ้านที่มีปัญหาได้ และพบว่าเพื่อนบ้านมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับการฝึกเป็นการสนับสนุนว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ง่ายต่อการทำมากกว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดซึ่งจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางจิตเวช ดังนั้น การรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด จึงสามารถช่วยลดภาระงานให้กับจิตแพทย์และบุคลากรทางจิตเวชซึ่งมีจำนวนน้อยได้

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ที่เข้ารับการฝึกตามโปรแกรมสมาธิบำบัดจนครบ 8 สัปดาห์ ได้ทำการบ้านของแต่ละสัปดาห์ทุกคน หลังจากการรักษา 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าฝึก

จนครบ 8 ครั้งและได้นำความรู้จากโปรแกรมสมาธิบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน จะได้ผลดีจากการฝึก

การศึกษานี้ไม่พบว่าผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการฝึกสมาธิบำบัด และไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีอาการมากขึ้นหรือเกิดอาการโรคจิตในระหว่างรับการรักษา 8 สัปดาห์

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ได้แก่ เนื่องจากการศึกษานี้มีระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด จึงไม่สามารถศึกษาผลการรักษาในระยะยาวได้ หากมีการศึกษาต่อไป ควรศึกษาผลการรักษาในระยะยาวของทั้งกลุ่มสมาธิบำบัดและกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วย mixed anxiety-depressive disorder ในพื้นที่อุทกภัย เช่น ติดตามผลการรักษาที่ 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการรักษา 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินว่าการรักษาสามารถก่อให้เกิดผลที่ยั่งยืนได้หรือไม่

ข้อจำกัดประการต่อมาคือการขาดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว โดยไม่ได้รับการรักษาอื่นๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยเข้าใจการศึกษามีจำนวนไม่มาก การแบ่งกลุ่มย่อยออกไปอีกจะทำให้ผลการศึกษามีน้ำหนักทางสถิติต่ำ จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มสมาธิบำบัด กลุ่มจิตบำบัด และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวยกต่อไป

สรุป

การรักษาแบบกลุ่มสมาธิบำบัด และกลุ่มจิตบำบัด ร่วมไปกับการใช้ยาตามปกติให้ผลดีเท่าเทียมกันในการรักษาผู้ป่วยโรค mixed anxiety-depressive disorder การรักษาแบบกลุ่มสมาธิบำบัดมีข้อดีเหนือกว่าในแง่ทำให้อาการดีขึ้นเร็วกว่า ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิต การทำการรักษาทำได้ง่ายกว่า และเป็นวิธีที่คนไทยคุ้นเคย จึงเป็นวิธีการรักษาที่ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาเป็นอวยงยิ่งของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิรัชชัย กฤษณะประกรกิจ นายแพทย์เกษมตันติผลาชีวะ รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรนภา พรหมมา ศาสตราจารย์นายแพทย์ พิเชฐ อุดมรัตน์ และ ศาสตราจารย์นายแพทย์ มานิต ศรีสุรภานนท์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยที่เป็นผู้สนับสนุนทุนในการนำเสนองานวิจัยและโครงการเครือข่ายการวิจัยภาคเหนือตอนล่างที่เป็นผู้สนับสนุนทุนวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. tenth edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007:631-3.
2. Arias AJ, Steinberg K, Banga A, Trestman RL. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. J Altern Complement Med 2006; 12:817-32.
3. Kobat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry 1992; 149:936-43.
4. Raskin M, Bali LR, Peeke HV. Muscle biofeedback and transcendental meditation. A controlled evaluation of efficacy in the treatment of chronic anxiety. Arch Gen Psychiatry 1980; 37:93-7.

5. Miller JJ, Fletxcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17:192-200.
6. ธีรัชชัย กฤษณะประกกรกิจ, สมจิตร์ มณีกานนท์, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544; 46:13-24.
7. Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyarhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database of Syst Rev* 2006, Issue 1.
8. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* 2006; 6:14. 2006;
9. Shapiro J, Sank LI, Shaffer CS, Donovan DC. Cost effectiveness of individual vs. group cognitive behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population. *J Clin Psychol* 1982; 38:674-7.
10. Kaminski R. Effect of group psychotherapy on changes in symptoms and personality traits in patients with anxiety syndromes. *Ann Acad Med Stetin* 2001; 47:177-88.
11. Page AC, Hooke GR. Outcomes for depressed and anxious inpatients discharged before or after group cognitive behavior therapy: A naturalistic comparison. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:653-9.
12. Pomini V. Do cognitive-behavioral group therapies in the treatment of anxiety disorders have an advantage over individual treatments ? *Sante Ment Que* 2004; 29:115-26.
13. Chan-Ob T, Boonyanaruthee V. Meditation in association with psychosis. *J Med Assoc Thai* 1999; 82:925-30.
14. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารัตน์ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41:18-30.
15. Mackinnon R, Yudofsky S. *Principles of the Psychiatric Evaluation*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkin, 1991:195-6.
16. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom* 1997; 66: 97-106.
17. Shannahoff-Khalsa DS. An introduction to Kundalini yoga meditation techniques that are specific for the treatment of psychiatric disorders. *J Altern Complement Med* 2004; 10:91-101.
18. Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom* 2005; 74:108-12.
19. King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess* 2000; 4:1-83.

19. รณชัย คงสภณธ์, ปราโมทย์ เขาวศิศิลป์. กลุ่มจิตบำบัด สำหรับคนไข้ใน. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย 2542:2-5.
20. จันทิมา องค์โฆษิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ฐเนี่ยน 2545:70-89.
21. Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. J Psychosom Res 2007; 62:189-95.