



ประสิทธิผลของการให้การบำบัดแนวพุทธธรรม ต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปรด.** , สวิตตา ธงยศ พย.ม.***,
อิงคภา โคตนารา พย.ม**, ขจรศักดิ์ วรรณทอง พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้การบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบ randomized controlled trial หลังจากอาสาสมัครยินยอมเข้าโครงการ
วิจัย กลุ่มตัวอย่าง 54 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย ผู้ป่วยในกลุ่ม
ทดลองถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 6-7 ราย ได้รับการบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่ม โปรแกรม
บำบัดเป็นกลุ่มปิด สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 6 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ และเน้นให้ผู้ป่วยฝึกการ
เจริญสติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามที่คลินิกจัดขึ้นรวม
ถึงการรักษาด้วยยาจากแพทย์ แพทย์ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
ประกอบด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินความเครียด แบบประเมินระดับ
การมีสติ ประเมินก่อน และ ติดตามผลหลังการทดลอง 2 ครั้งคือเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 หลังการ
ทดลอง ใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า
อาการครุ่นคิดลดลงและมีค่าคะแนนการมีสติมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความ
แตกต่างคะแนนโรคซึมเศร้าตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม พบว่ากลุ่มทดลอง
มีค่าคะแนนมัธยฐานของคะแนนโรคซึมเศร้า ความครุ่นคิดน้อยกว่า และระดับการมีสติมากกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินเดือนที่ 1 และ 3

สรุป การบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าจากการได้รับการบำบัดตามปกติ

คำสำคัญ การบำบัดแนวพุทธธรรม การเจริญสติ สมาธิ ซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(4): 381-393

* ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ

** ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** โรงพยาบาลเรณูนคร



Efficacy of Buddhist Counseling on Decrease Depressive Symptoms of Patients With Depressive Disorder

*Somporn Rungreangkulkij RN, Ph.D***, *Sawitta Thongyot RN, MNS****,
*Ingkata Kothara RN, MNS***, *Kajornsak Wannatong M.D.****

ABSTRACT

Objective : To assess the efficacy of Buddhist group therapy on patients with depressive disorder.

Methods : A randomized controlled trial was used. 54 patients with depressive disorder enrolled after giving informed consent and were random assigned to either experimental group (Buddhist group therapy plus treatment as usual) (n=27) or control group (treatment as usual (TAU) (n=27). Patients in the experimental group were divided into 4 groups (6-7 patients per group), attending the Buddhist group therapy. The intervention consisted of a weekly Buddhist group lasting 2 hours for 6 weeks plus home meditation practice. Patients in the control group received treatment as usual. Both group received treatment from physician as normal including medication. Physicians did not know who was in either the control or experimental groups. The study measurements included PHQ-9, Mindfulness Attention Awareness Scale. Depressive symptoms, ruminative symptoms, and mindfulness attention awareness level were assessed before and after the first month and the third months follow-up. Mann-Whitney U test was used to test the differences between groups.

Results : The Buddhist group therapy plus TAU showed a significant reduction in depressive and ruminative symptoms and increase mindfulness attention awareness in at the first and third months follow-up after intervention.

Conclusion : This program was enhancing efficacy in decreasing depressive symptoms in addition on treatment as usual.

Keywords : Buddhist therapy, mindfulness, meditation, depression, depressive disorder.

J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(4): 381-393

* Research grant by National Research of council of Thailand

** Center for Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Ranunakorn Hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโรค (WHO) คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ (disease burden) เป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020¹ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2551 พบความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 2.4² โรคซึมเศร้าเกิดได้หลายปัจจัย เช่น ปัจจัยชีวภาพ คือ กรรมพันธุ์ การทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาท ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดสะสม การมีความคิดในทางลบ³ เป็นที่ยอมรับว่าการรักษาที่ได้ผลมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าคือ ยาแก้ซึมเศร้า ควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา⁴

ในต่างประเทศ มีการนำคำสอนทางพุทธธรรมมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยประเภทต่างๆ มากขึ้น ในตอนแรกใช้ชื่อว่า Mindfulness therapy ต่อมา มีการให้ชื่อต่างๆ กัน เช่น Mindfulness-based cognitive therapy, Mindfulness-based stress reduction, Acceptance and commitment therapy ในกระบวนการบำบัดเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดให้ยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้การเจริญสติร่วมด้วย ระยะในการบำบัดอยู่ระหว่าง 6-12 สัปดาห์ ละ 1-2 ชั่วโมง และให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีปัญหาทางอารมณ์เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า⁵⁻⁸ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังมีอาการซึมเศร้าเหลืออยู่⁹⁻¹¹

การศึกษาในประเทศไทยมีการนำคำสอนทางพุทธธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดพุทธธรรมในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะวิตกกังวล¹² การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธธรรมในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า^{13,14} การใช้กลุ่มสมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรค Mixed anxiety-depressive disorder¹⁵ พลภัทร์ไล่เสถียรกิจ¹⁶ รายงานผลการบำบัดแบบเดียวกัน

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 2 ราย ที่เป็นโรคซึมเศร้ามา 5 และ 20 ปี พบว่า หลังจากใช้เวลาในการฝึกสัณฐาน 3 เดือน ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงมาก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถลดขนาดยาลงได้หลังติดตามการรักษา 8 เดือน อย่างไรก็ตามงานวิจัยข้างต้นเป็นการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ¹⁷ ศึกษาประสิทธิภาพการเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยหญิงและชายบอกว่าการฟังพระเทศน์ การทำสมาธิช่วยให้ตนเองปล่อยวาง ทำใจกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจได้ การศึกษาค้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควบคู่ไปกับการรักษาตามปกติ โดยวัดคะแนนอาการซึมเศร้า ความครุ่นคิดและความมีสติของทั้งสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลที่ได้เป็นข้อเสนอแนะรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความครุ่นคิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความมีสติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากรที่ศึกษา

คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม เลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sample) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ และประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามมีค่าคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่า 7
2. ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วม โดยการวินิจฉัยของจิตแพทย์

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยมีปัญหาทางอารมณ์รุนแรงมากและมีความคิดฆ่าตัวตาย

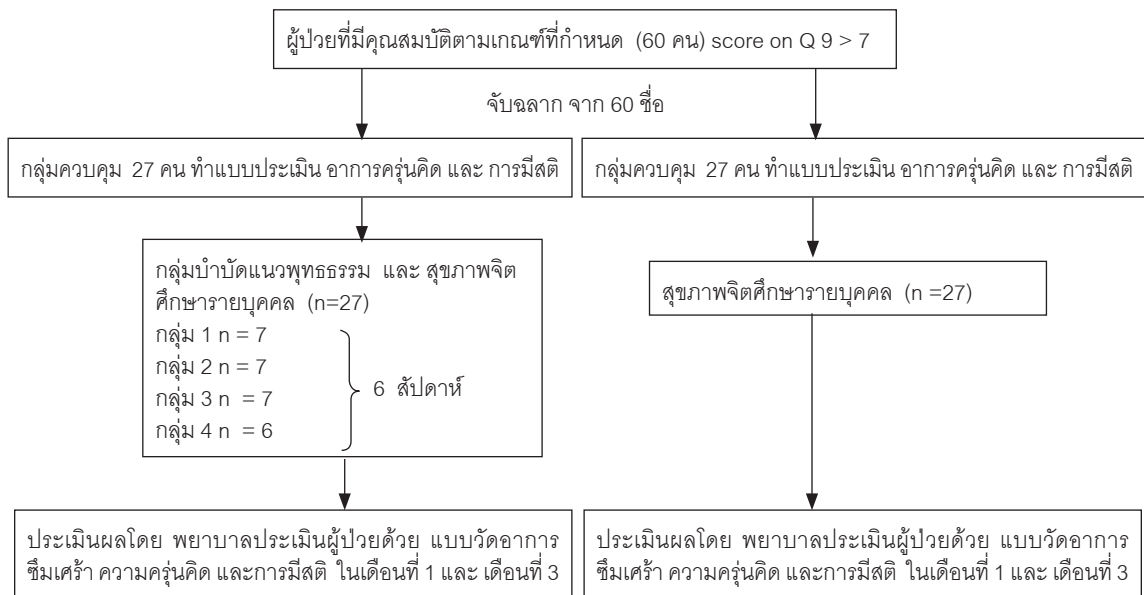
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก power analysis โดยกำหนด power ที่ 0.80 และ effect size ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง (Cohen's $d = .4$)¹⁸ ค่า significant level อยู่ที่ 0.05 จากการคำนวณพบว่าต้องการขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ต่อกลุ่มเนื่องจากต้องคิดจำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการ drop out

จากการศึกษา จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจึงเพิ่มเป็น 27 รายต่อกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวน 60 ราย พยาบาลที่รับผิดชอบทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมสลับกันไปจนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE552282

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. พยาบาลผู้ประสานงานประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้ากับอาสาสมัครโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามภาษาอีสาน ประเมินระดับความครุ่นคิด และ ระดับการมีสติ
2. นักวิจัยนำรายชื่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการมาจับสลากเพื่อ ทำการคัดเลือกอาสาสมัครเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และดำเนินการวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

3. ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดแนวพุทธธรรม แบบกลุ่ม 4 กลุ่มๆ ละ 6-7 ราย เป็นกลุ่มปิด แต่ละกลุ่มดำเนินการกลุ่มบำบัดแนวพุทธธรรม สมาชิกกลุ่มพบกันสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวม 6 สัปดาห์ การดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1) การเป็นกัลยาณมิตร โดยให้สมาชิกพูดถึงความทุกข์ใจ ขั้นที่ 2) การค้นหาเหตุแห่งปัญหา และสอนเรื่องสาเหตุของความทุกข์ใจและการดับทุกข์ตามแนวพุทธธรรม และใช้รูปภาพที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายที่แสดงออกความทุกข์ใจ ขั้นที่ 3) การวางแผน แก้ไขปัญหา และฝึกปฏิบัติการเจริญสติ เน้นการเข้าใจกฎธรรมชาติ คือ ทุกสิ่งอย่างในโลกนี้ มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กัเหตุปัจจัย ไม่เที่ยง ความทุกข์เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง ยึดติดอยู่กับความคิด ความคาดหวังของตน ขั้นที่ 4) การสรุป และเน้นให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อย่างน้อยวันละ 30 นาที ในการดำเนินกลุ่มบำบัดให้การบำบัดทั้ง 4 ขั้นตอนเช่นเดียวกับการพบกันครั้งแรก แต่ในขั้นตอนที่ 3 และ 4 จะเน้นทบทวนการนำคำสอนตามแนวพุทธธรรม การเจริญสติไปใช้ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ผู้พันธ์คนที่ 2) วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการให้การบำบัดแบบกลุ่มแนวพุทธธรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ยังคงได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาตามปกติ

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติคือการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการดูแลตนเอง หรือการบำบัดด้วยวิธีการจิตสังคัมบำบัดวิธีอื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้แนวพุทธธรรม คือการให้สุขภาพจิตศึกษา

5. ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ แพทย์ตามปกติ โดยที่แพทย์ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

การประเมินผล

ประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือน ที่ 1 และเดือนที่ 3 ผู้ประสานงานประเมินระดับความรุนแรง

ของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า ระดับการมีสติ ความครุ่นคิด ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พยาบาลที่เป็นผู้นำกลุ่มสอบถามผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัดแนวพุทธธรรม เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการเจริญสติ และให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรักษาปัจจุบัน

2. แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ภาษาอีสาน¹⁹ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ มีคำตอบ 4 ระดับ ให้เลือกระดับคะแนนจาก 0-3 ตามลำดับ คะแนนรวมจาก 0-6 คะแนน จัดว่าไม่เป็นโรคซึมเศร้า คะแนนรวม ระหว่าง 7-12 จัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนรวม ระหว่าง 13-18 จัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนรวม ระหว่าง 19-27 จัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ค่าความเที่ยง Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.95 จุดตัดคือ ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไว 66.7 (95%CI, 86-90) มีค่าความจำเพาะ 93.8 (95%CI, 86-90) positive likelihood ratio เท่ากับ 10.7

3. แบบวัดระดับการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale: MAAS) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย รัสดาพร สันติวงษ์²⁰ ซึ่งแปลเครื่องมือจาก Brown & Ryan เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดการมีสติ อันประกอบด้วยคำตอบที่ตระหนักรู้ และความใส่ใจตั้งใจ เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเอง มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า Likert scale 6 ระดับ ค่าคะแนนสูงหมายความว่า มีสติมากประเมินความถี่ของประสบการณ์การมีสติแต่ละวันที่บุคคลทำ มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ที่ 0.82 (พ.ศ.2550) มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของการแปลและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และทดลอง

ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ที่ 0.85

4. แบบวัดการครุ่นคิด (rumination) พัฒนาโดย Nolen-Hoeksema และ Morrow²¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ของแบบวัดการตอบสนองแบบครุ่นคิดในการตอบคำถาม (22-items ruminative response scale (RRS) of the response styles questionnaire: RSQ) เป็นแบบสอบถามที่เน้นที่การตอบสนองต่ออาการซึมเศร้า อันเนื่องมาจากสาเหตุและ ผลที่ตามมา การประเมินตนเอง และ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น RRS ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ คำถามกว้างๆ (5ข้อ) การสะท้อน (Reflect) 5 ข้อ และ อาการซึมเศร้า (depression) 12 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น มักคิดถึงความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาดของตนเองตลอดเวลา เป็น แบบประเมินค่า likert scale 4 ระดับ ที่มีตัวเลือกตั้งแต่ 1 คือ แทบจะไม่เคยเลย จนถึง 4 คือ เกือบจะตลอดเวลา ค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 22 ถึง 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีความครุ่นคิดมาก มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ที่ 0.89 ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย วารินทร์ ถาน้อย และคณะ มีการแปลเป็นภาษาไทย และ แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ที่ใช้ภาษาอังกฤษ 5 ราย และ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ที่ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้ในการพรรณนา ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ถ้ากรณีข้อมูลมีแจกแจง

ไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และ กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ นำเสนอจำนวนและร้อยละ

ทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนอาการโรคซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสติ คะแนนความครุ่นคิด ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน คือระยะก่อนทดลอง และประเมิน 1 เดือนหลังทดลองเสร็จ และในเดือนที่ 3 หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ จึงใช้ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.2 อายุเฉลี่ย 52.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.8 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.8 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 55.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.8 ยาที่ใช้รับประทานเป็นส่วนใหญ่ คือ fluoxetine+amitriptyline+lorazepam ร้อยละ 25.9 รองลงมา คือ fluoxetine+amitriptyline ร้อยละ 22.2 ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2 (ตารางที่ 1)

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.6 อายุเฉลี่ย 53.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.4 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.1 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.6 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 74.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 ยาที่ใช้รับประทานเป็นส่วนใหญ่ คือ fluoxetine+lorazepam ร้อยละ 18.5 รองลงมา คือ fluoxetine+amitriptyline, amitriptyline+diazepam และ fluoxetine+amitriptyline+lorazepam ร้อยละ 14.8 ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=27)		กลุ่มทดลอง (n=27)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
- ชาย	4	14.8	2	7.4
- หญิง	23	85.2	25	92.6
2. อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	52.1 ; 11.8		53.3 ; 8.4	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	53.0 (31.0 ; 74.0)		53.0 (39.0 ; 72.0)	
3. สถานภาพสมรส				
- โสด	3	11.1	2	7.4
- สมรส/คู่	17	63.0	20	74.1
- หม้าย	6	22.2	3	11.1
- หย่า/แยก	1	3.7	2	7.4
4. ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	22	81.5	25	92.6
- มัธยมศึกษาต้น	4	14.8	2	7.4
- ปริญญาตรี	1	3.7	0	0.0
5. นับถือศาสนา				
- พุทธ	25	92.6	27	100.0
- คริสต์	2	7.4	0	0.0
6. อาชีพหลักของท่าน				
- เกษตรกรรม	21	77.8	25	92.6
- รับจ้างรายวัน	2	7.4	1	3.7
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	7.4	0	0.0
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.7	1	3.7
- พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.7	0.0	0.0
7. สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวท่าน				
- พอเพียง	12	44.4	7	26.0
- ไม่พอเพียง	15	55.6	20	74.1
8. โรคประจำตัวอื่น ๆ				
- ไม่มี	21	77.8	18	66.7
- มี	6	22.2	9	33.3
9. ยาที่ใช้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า				
- Amitriptyline	1	3.7	1	3.7
- Lorazepam	1	3.7	0	0.0
- Fluoxetine+Amitriptyline	6	22.2	4	14.8
- Fluoxetine+Lorazepam	1	3.7	5	18.5
- Fluoxetine+Amitriptyline+Lorazepam	7	25.9	2	7.4
- Amitriptyline+Tranxen	1	3.7	1	3.7
- Fluoxetine+Amitriptyline+Diazepam	2	7.4	3	11.1
- Fluoxetine+Alpra+Tranxen	3	11.1	1	3.7
- Amitriptyline+Diazepam	2	7.4	4	14.8
- Fluox+Amitrip+Lora+Alpra	2	7.4	4	14.8
- Lora+Diazepam	1	3.7	1	3.7
- Fluoxetine+Tranxen	0	0.0	1	3.7
10. ระยะเวลาเจ็บป่วย				
- ≤ 5 ปี	21	77.8	17	63.0
- > 5 ปี	6	22.2	10	37.0
ค่าเฉลี่ย (x); ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)	4.2 ; 2.0		4.72 ; 1.9	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	3.0 (2.0 ; 10.0)		4.0 (2.0 ; 8.0)	

การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า คะแนนความมีสติ และคะแนนความครุ่นคิด คะแนนโรคซึมเศร้า จากตารางที่ 2 พบว่าในการประเมินครั้งที่ 1 มัธยฐานของคะแนนโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ทางสถิติ ($p = 0.57$) (95%CI อยู่ระหว่าง -2.0 - 1.0) ส่วนครั้งที่ 2 และ 3 มัธยฐานของคะแนนโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (95%CI อยู่ระหว่าง 5.0 - 8.0 และ 8.0 - 11.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดแต่ละครั้ง

คะแนนโรคซึมเศร้า	n	IQR	Median	Mean Rank	Z	p-value	95%CI
ครั้งที่ 1							
กลุ่มควบคุม	27	6	11.0	26.3	-0.57	0.57	-2.00 ถึง 1.00
กลุ่มทดลอง	27	7	10.0	28.7			
ครั้งที่ 2							
กลุ่มควบคุม	27	5	10.0	38.1	-4.97	<0.001	5.00 ถึง 8.00
กลุ่มทดลอง	27	6	3.0	16.9			
ครั้งที่ 3							
กลุ่มควบคุม	27	7	10.0	40.9	-6.33	<0.001	8.00 ถึง 11.00
กลุ่มทดลอง	27	2	0.0	14.1			

*Mann-Whitney U test

คะแนนความมีสติ จากตารางที่ 3 พบว่า ในการประเมินครั้งที่ 1 มัธยฐานของคะแนนความมีสติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.14$) (95%CI อยู่ระหว่าง -1.0 ถึง 7.0) ส่วนครั้งที่ 2

และ 3 มัธยฐานของคะแนนความมีสติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (95%CI อยู่ระหว่าง -13.0 ถึง -5.0 และ -9.0 ถึง -7.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความมีสติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดแต่ละครั้ง

คะแนนความมีสติ	n	IQR	Median	Mean Rank	Z	p-value	95%CI
ครั้งที่ 1							
กลุ่มควบคุม	27	18	68.0	30.7	-1.49	0.14	-1.00 ถึง 7.00
กลุ่มทดลอง	27	17	63.0	24.3			
ครั้งที่ 2							
กลุ่มควบคุม	27	20	73.0	19.8	-3.60	<0.001	-13.00 ถึง -5.00
กลุ่มทดลอง	27	15	83.0	35.2			
ครั้งที่ 3							
กลุ่มควบคุม	27	5	81.0	14.1	-6.34	<0.001	-9.00 ถึง -7.00
กลุ่มทดลอง	27	3	88.0	40.9			

*Mann-Whitney U test

คะแนนความครุ่นคิด จากตารางที่ 4 พบว่าในการประเมินครั้งที่ 1 มัธยฐานของคะแนนความครุ่นคิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.26$) (95%CI อยู่ระหว่าง -8.0 ถึง 2.0)

ส่วนครั้งที่ 2 และ 3 มัธยฐานของคะแนนความครุ่นคิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (95%CI อยู่ระหว่าง 14.0 - 24.0 และ 13.0 -17.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความครุ่นคิด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดแต่ละครั้ง

คะแนนความครุ่นคิด	n	IQR	Median	Mean Rank	Z	p-value	95%CI
ครั้งที่ 1							
กลุ่มควบคุม	27	17	59.0	25.1	-1.14	0.26	-8.00 ถึง 2.00
กลุ่มทดลอง	27	20	60.0	29.9			
ครั้งที่ 2							
กลุ่มควบคุม	27	21	52.0	38.1	-4.93	<0.001	14.00 ถึง 24.00
กลุ่มทดลอง	27	19	31.0	16.9			
ครั้งที่ 3							
กลุ่มควบคุม	27	9	37.0	40.3	-6.05	<0.001	13.00 ถึง 17.00
กลุ่มทดลอง	27	3	22.0	14.7			

*Mann-Whitney U test

ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าตามแนวพุทธธรรม

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สมาชิกกลุ่มแสดงให้เห็นว่าสมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโยนิโสมนสิการ คิดเข้าใจทำใจมองเห็นและยอมรับความจริงตามเหตุปัจจัย รู้เข้าใจสถานการณ์นั้นๆ ตามความเป็นจริง ตลอดจนรู้จักปรับจิตใจ วางใจอย่างถูกต้อง แบ่งออก เป็น 2 ด้าน ตามแนวพุทธธรรม ได้แก่ ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาความคิด (ปัญญา) และตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาสติ มีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงพัฒนาด้านความคิด (ปัญญา)

“การเข้ากลุ่ม ช่วยฉันได้มาก แต่ก่อนมันคิดอะไรไม่ออกมีแต่ความอัดอั้นในใจ ไม่รู้จะทำอย่างไร มาเข้ากลุ่มแล้วฝึกตัวเองทั้งสมาธิ ฝึกปรับความคิด มองเห็น

ความทุกข์แล้วแก้ไขทุกข์ได้ อาการเบาบางลง ชอบคุณหมอมามากๆ ที่จัดเข้ากลุ่ม”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 71 ปีคู่ จบชั้นประถมศึกษา เกษตรกร ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 4 ปี)

“การเข้ากลุ่มทำให้รู้ว่าทุกข์เกิดจากการไม่ได้ตั้งใจ อยากให้คนอื่นคิดแบบตัวเอง ผิดหวังก็ทุกข์ มาเข้ากลุ่มทำให้รู้ว่าอย่าไปคาดหวัง แล้วแต่คนจะคิดช่างเค้า”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 54 ปีคู่ จบชั้นประถมศึกษา เกษตรกร ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 3 ปี)

“การเข้ากลุ่ม ทำให้รู้ว่า เรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องปกติ จริงๆ ความไม่ได้ตั้งใจ ก็เหมือนกัน พยายามฝึกตัวเอง ทำสมาธิ คิดตามที่เพื่อนแนะนำก็หยุดคิดได้บ้าง”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 41 ปีคู่ จบชั้นประถมศึกษา เกษตรกร ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 6 ปี)

2. การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงด้านสติ

การเจริญสติ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในอริยมรรค 8 หากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้สามารถควบคุมความคิดที่เกิดจากความไม่รู้ (อวิชชา) ความอยาก (ตัณหา) และความยึดมั่นถือมั่น (อุปาทาน) ที่ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้ เนื่องจากสติช่วยให้มีใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้ความคิดปรุงแต่ง ฟุ้งซ่านลดลงและยังช่วยให้มีความรู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน ทำให้การคิดในอดีตหรืออนาคตลดลง จิตใจสงบเย็น

ตัวอย่างคำพูดที่แสดงให้เห็นการพัฒนาสติ มีดังนี้

“การเข้ากลุ่ม ต้องขอบคุณมากๆ น่าจะจัดแบบนี้ มาตั้งนาน ฉันจะได้ไม่ทุกข์นานขนาดนี้ ฉันเข้าใจความทุกข์ตั้งแต่สัปดาห์แรกที่เข้ากลุ่มและพยายามฝึกสมาธิตลอด จนดีขึ้น ทุกคนเห็นการเปลี่ยนแปลง”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 62 ปี คู่ จบชั้นประถมศึกษา เกษตรกรป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 8 ปี)

“การเข้ากลุ่มได้เยอะมาก มีการเปลี่ยนแปลงตัวเอง จนญาติแถวบ้านบอกว่าไปทำอะไรมา จากแต่ก่อนไม่กล้าออกจากบ้านเพราะกลัวตาย ตอนนี้ไปไหนมาไหนคนเดียว จิตใจสบาย 14 จังหวัดทำตลอด มีเพื่อนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ น่าจะมีกลุ่มแบบนี้ตั้งนานจะได้ไม่ป่วยนานขนาดนี้”

(ผู้ป่วยหญิง อายุ 41 ปี คู่ จบชั้นประถมศึกษา เกษตรกรป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 5 ปี)

วิจารณ์

จากการติดตามผล หลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า อาการครุ่นคิดลดลงและมีค่าคะแนนการมีสติมากขึ้น อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการโรค

ซึมเศร้าและคะแนนอาการครุ่นคิดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติในทุกครั้งของการประเมิน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการมีสติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในทุกครั้งของการประเมิน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มสามารถเสริมการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจากการรักษาตามปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติช่วยลดความคิดทางลบและอาการครุ่นคิด และ อาการซึมเศร้าได้^{9,10} ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹¹

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนาในกลุ่มสนับสนุนประโยชน์ที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแนวพุทธธรรม ความคิดปรุงแต่ง (rumination) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า²² ผู้นำกลุ่มแสดงบทบาทของการเป็นกัลยาณมิตรที่ดี สอน ชี้แนะให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจสาเหตุของความทุกข์ใจว่าเกิดจากการที่เราไม่สามารถยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว มีการปรุงแต่งอันเป็นกระบวนการสร้างปัจจัยภายนอกให้สมาชิกกลุ่มเกิดปัญญาเข้าใจเหตุปัจจัยมองสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริง ปราศจากอคติ²³ ซึ่งความเข้าใจในเรื่องทุกสิ่งในโลกนี้มีการเปลี่ยนแปลงตามเหตุปัจจัย ดังนั้นเมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วิธีการที่จะลดความทุกข์ใจได้คือการทำใจ เป็นคำพูดที่ถูกสอนกันอย่างต่อเนื่องในกลุ่มคนที่นับถือศาสนาพุทธ เช่นประเทศไทย ดังนั้น คำสอนที่ผู้นำกลุ่มชี้แนะจึงสอดคล้องกับคำสอนที่ผู้ป่วยได้รับรู้มาก่อนแต่ละเลยที่จะคำนึงถึงเมื่อมีความทุกข์ใจหรือ เข้าใจแต่ไม่รู้วิธีการทำใจ หรือมีความเพียรในการปฏิบัติ คำสอนที่สอดคล้องกับความเชื่อเดิมจึงง่ายต่อการเข้าใจ

ผู้ป่วยได้มีโอกาสมาเข้ากลุ่ม 6 ครั้ง ได้รับปัจจัยภายนอกที่เรียกว่าปรโตโมษะ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความจริงของชีวิตอันเป็นกฎธรรมชาติ ด้วยการรับฟัง

การแลกเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาที่ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มพูดให้เข้าใจ เห็นสาเหตุของความทุกข์ อันเนื่องมาจากการยึดติดกับความต้องการของตนเอง การคิดปรุงแต่งของความคิด ทำให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสใคร่ครวญเกิดความคิดไตร่ตรอง เข้าใจความจริงของชีวิต ทำใจมองเห็นและยอมรับความจริงตามเหตุปัจจัย รู้เข้าใจสถานการณ์นั้นๆ ตามความเป็นจริง ตลอดจนรู้จักปรับจิตใจ วางใจอย่างถูกต้อง เรียกว่าเกิดปัจจัยภายในคือมีโยนิโสมนสิการมีการพิจารณาสืบสาวสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง²³

การเจริญสติ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน กำหนดรู้อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดที่เกิดขึ้น มีลักษณะเหมือนเป็นตัวเราอีกคน (observing ego) ที่คอยเฝ้าสังเกตตัวเองอย่างเป็นกลาง ทำให้มีความเข้าใจในความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลมีการปรับเปลี่ยนวิธีการตอบโต้กับสถานการณ์ภายในและภายนอกได้ดี และเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยรับรู้ว่าการกำลังคิด หรือ มีอารมณ์ แต่ไม่ไปสนใจรายละเอียด หรือเนื้อหาความคิด²⁴ การใช้การเจริญสติเพื่อเพิ่มการอยู่กับปัจจุบัน เป็นการตัดทอนกระแสกระบวนการคิด ทำให้การคิดแบบสนองต้นเหตุขาดตอน เกิดความสงบ ผ่อนคลาย เกิดปัญญา ยอมรับความจริงได้²³ การผ่อนคลายช่วยเพิ่มการทำงานของ parasympathetic และ vagal tone²⁵ การเจริญสติส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ ทำให้มีความสามารถในการควบคุมจัดการกับอาการทางลบได้ดีขึ้น²⁶ ช่วยทำให้บุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้นโดยการฝึกการหายใจ เป็นเครื่องมือในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ²⁷ การเจริญสติช่วยการลดการคิดปรุงแต่ง (rumination) อยู่กับปัจจุบันได้มากขึ้น เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ²⁸

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในคลินิก

1. ผู้นำกลุ่มที่เป็นผู้บำบัดต้องผ่านการฝึกอบรม การให้การปรึกษาแบบกลุ่มขั้นพื้นฐานมาก่อน

2. ผู้นำกลุ่มมีความศรัทธาในพุทธศาสนา ผ่านการฝึกอบรมเรื่องกฎธรรมชาติดำเนินการสอนทางพุทธศาสนา คือ สาเหตุที่แท้จริงของความทุกข์ใจ และวิธีการลดความทุกข์ใจ ความเข้าใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ ไม่เที่ยง มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กัเหตุปัจจัย ความทุกข์เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง ยึดติดอยู่กับความคิด ความคาดหวังของตนเอง และฝึกการเจริญสติอย่างต่อเนื่องภายใต้การฝึกสอนของผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ทำการเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่ม และการบำบัดแบบประคับประคองแบบกลุ่ม
2. ทำการวิจัยโดยใช้การประเมินผลของการเจริญสติโดยใช้เครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น การเต้นของหัวใจ หรือ ระยะเวลา ความสม่ำเสมอ ในการฝึกการเจริญสติต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva; 2005.
2. Mental Health Department. Report on Situations and trends of mental health managing for developing strategic plan of the Eleventh National Economic and Social Development Plan 2012-2016. The Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand; 2009
3. Vasiknanonte S. Depression, In : Udomratn P. editor. Synthesis knowledge and research related to epidemiology of mental problems and psychiatric illness. Songkla: Department of Psychiatry, Prince of Songkla University; 2003: 77-94.

4. Ministry of Health Malaysia (2007). Clinical Practice Guideline Management of Major depressive disorder. [cited November 26, 2013]; Available from: <http://www.moh.gov.my/attachments/3897.pdf>
5. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:936-43.
6. Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-base stress reduction as supportive therapy in cancer Care: Systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52: 315-27.
7. Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-base stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 108-12.
8. Smith A, Graham L, Senthinathan S. Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging Mental Health* 2007; 11:346-57.
9. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother* 2007; 80:193-203.
10. Godfrin KA, Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010; 48:738-46.
11. Bondolfi G, Jermann F, Linden M, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget WB, et al. Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010; 122:224-31.
12. Rungreangkulkij S, Wongtakee W. The psychological impact of Buddhist counseling for patients suffering from symptoms of anxiety. *Ach Psychiatr Nurs* 2008; 22:127-34.
13. Hanrinth R, Rungreangkulkij S. Buddhist-oriented individual counseling for depressed chronic illness patients. *Journal of Mental Health of Thailand* 2008; 16:242-51.
14. Rungreangkulki S, Wongtake W, Thongyout J. Buddhist group therapy for diabetes patients with depressive symptoms. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; 25:195-205.
15. Promma T, Lotrakul M. 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. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2008; 53, 165-75.
16. Losatiankij P. Treatment of chronic major depressive disorder by mindfulness therapy: two cases report. *Journal of Mental Health of Thailand* 2010; 18:189-99.
17. Rungreangkulkij S, Kotnara I, Kittiwatpaisan W, Arunpongpaisal S. Explanatory model based on perspectives of patients with depressive disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 58:29-40.

18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
19. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Leejongpermpoon J, Kenbubpha K. The development and validity of 9 Questions diagnostic test for depressive disorders in Thai I-san community. ASEAN Journal of Psychiatry 2008; 9:54-5.
20. Santivong R. Mindfulness-based cognitive therapeutic intervention in caring for depression. Thesis for Master of Nursing Sciences, Burapha University; 2007.
21. Thanoi W, Panitrat R, Phanchaoenworakul K, Thompson EA, Nityasuddhi D. The Adolescent Ruminative Response Scale (Thai version): Psychometric properties. J Nurs Sci 2011; 29:29-38.
22. Nolen-Hoeksema S. Responses to depressive and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991; 100: 569-82.
23. Payutto PA. Phra Dhammapitaka. (twelfth edition). Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University Press; 2005.
24. Disayavanish C, Disayavanish P. Mindfulness-based dynamic psychotherapy. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59(3): 179-94.
25. Roemer L, Orsillo MS. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. Clinical Psychology: Science and Practice 2002; 9:54-68.
26. Silpakit Q. Neuroscience study in mindfulness meditation. Journal of Mental Health of Thailand 2012; 20:46-56.
27. Dobkin PL. Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work?. Complement Ther Clin Pract 2008; 14:8-16.
28. Scherer-Dickson N. Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Couns Psychol Q 2004; 17:223.

