

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้ การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ ในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression) และผู้คิดเชื้อ เอช ไอ วี กับภาวะซึมเศร้า
2. สติ (Mindfulness)
3. การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) และภาวะซึมเศร้า
4. การบูรณาการทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัดสัน และ MBCT ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) และผู้คิดเชื้อ เอช ไอ วี กับภาวะซึมเศร้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างมากมาย ชาลแมนส์, เอส (2543) กล่าวถึงความร้ายแรงของภาวะซึมเศร้าโดยหยิบยกข้อมูลที่ดีพิมพ์ในวารสาร 2 เล่ม ได้แก่ JAMA: The Journal of The American Association ในปี ค.ศ. 1989 ที่รายงานไว้ว่า โรคอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Illness or Major Depression) ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วย เสียมากที่สุด จะเป็นรองก็แค่เพียงโรคหัวใจขาดเลือดเท่านั้น ทั้งยังก่อให้เกิดผลเสียต่อความสามารถของบุคคลมากกว่าโรคทางกายใด ๆ ทั้งสิ้น และใน Journal of Clinical Psychiatry ที่รายงานไว้ว่า ในปี 1990 โรคอารมณ์ซึมเศร้าทำให้สหรัฐอเมริกาสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 43,700 ล้านดอลลาร์ โดยคิดคำนวณเป็นการสูญเสียเวลาทำงาน 290 ล้านวัน รวมถึงผลงานที่ด้อยคุณภาพ ค่ารักษาพยาบาลด้านจิตเวช และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายประมาณ 400,000 คน หรือประมาณวันละ 1,096 คน ทั้งนี้การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรก สำหรับทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศ และภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน (WHO, 1998 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546, หน้า 5) สมพร นุชราติง และศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2540) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคของสมองชนิดหนึ่ง มีอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะสำคัญ ไม่ใช่อารมณ์เศร้าธรรมดา (Normal Sadness)

ความแตกต่างที่สำคัญประการหนึ่งของภาวะเศร้าทั้งสองนี้คือลักษณะของความคิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดที่ผิดจากความเป็นจริง มีความสำคัญผิด ส่วนคนมีอารมณ์เศร้าตามปกตินั้น คิดตามจริง ตัวอย่างเช่น เมื่อสามีที่รักตาย ผู้ป่วยซึมเศร้าจะคิดและเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสจะมีความสุขอีกต่อไปแล้ว สูญสิ้นหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ชีวิตมีแต่ความหม่นหมองมืดมน ส่วนคนที่มีอาการเศร้าตามธรรมดาที่มีความคิดว่า ตนเองสูญเสียเพื่อนที่ดี ขาดคู่ชีวิต นำเสียดายที่ไม่มีโอกาสทำสิ่งดี ๆ ร่วมกันอีกแล้ว เป็นต้น

ในด้านระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า (Epidemiology for Depression) นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ (2548) ได้นำเสนอการรายงานของ WHO ปี 1988 ทำการศึกษาจากจำนวนประชากร 5,438 ราย ใน 14 ประเทศ พบผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (Major Depression) ถึงร้อยละ 10.4 และอัตราเกิดจะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าในกรณีพบร่วมกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทางกาย ผู้หญิงมีอัตราการเกิดมากกว่าผู้ชายถึงหนึ่งเท่าตัว หรืออัตราส่วน 2:1 สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ในงานวิจัยของ อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2545) ได้ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ด้วยการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 1,713 คน ใน 35 ชุมชน จาก 4 เขตรอบบริเวณโรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ชื่อ The Thai Generic Depression Scale (TGDS) และแบบประเมินการทำงานของสมองชื่อ The Thai Mini Mental State Examination (TMSE) ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยร้อยละ 12.78 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเฉียบพลันร้อยละ 8.23 และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะทางสมองร้อยละ 4.55 อุตบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า (Point Incident) ร้อยละ 7.27 ปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว และปัญหาสุขภาพทางกาย งานวิจัยที่ศึกษาในทำนองเดียวกันในเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นงานวิจัยของ มณี ภิญโญพรพาณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง และณภัทร เพชรวิรัชวงศ์ (2546) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นการศึกษาความชุก การวินิจฉัยแยกโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์ The Mini-International Neuropsychiatric Interviews และการตั้งเกศผู้ป่วย จำนวน 200 คน ชาย: หญิง = 1:1 ผลการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 เป็นชาย: หญิง = 1: 1.13 เป็นโรค Major Depressive Disorder, Dysthymia, และ Adjustment Disorder with Depressed Mood ร้อยละ 79.2, 11.1 และ 9.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ ปัจจัยอื่นที่พบสูงได้แก่ เพศหญิง ผู้มีรายได้ต่ำ การว่างงาน สถานภาพสมรสหย่าร้าง ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ทั่วไป โรคระบบหายใจ และโรคไต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อน และผู้ป่วยที่ประวัติจิตเวชในครอบครัว

ความหมาย

ในการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้านี้มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย แต่โดยภาพกว้างของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งคำอธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าจากวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยจิตบำบัด การใช้ยาสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ตามแนวคิดทางประสาทชีววิทยา ส่วนการใช้จิตบำบัดสะท้อนให้เห็นความเชื่อว่ามีความผิดปกติของการคิดและการตีความตามแนวคิดทางจิตวิทยา ดังนั้นคำอธิบายภาวะซึมเศร้าจึงมี 2 แนวทางดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีประสาทชีววิทยา (Neurobiological Theories) เลวิน (Lewin, 2003) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติในการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีปริมาณลดลงของสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ร่วมกับความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ชื่อ คอร์ติซอล (Cortisol) ที่เชื่อมโยงกับฮอร์โมนที่มาจากการทำงานของต่อมใต้สมอง คือ คอร์ติโคโทรปินรีลีสซิง ฮอร์โมน (Corticotropin-Releasing Hormone or CRH) เรียกว่าแกน Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) ในประเด็นสารสื่อประสาท เลวิน อธิบายว่า ซีโร โดนินและนอร์อิพิเนฟริน จะควบคุมเรื่องของอารมณ์และวงจรการตื่นหลับ การลดลงของสารสื่อประสาทดังกล่าวเป็นผลให้ระบบประสาทในส่วนที่เรียกว่าลิมบิก (Limbic System) บริเวณที่ชื่ออะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมอารมณ์แสดงอาการในเรื่องการขาดแรงจูงใจ ความต้องการทางเพศลดลง มีความผิดปกติเรื่องความอยากอาหาร ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) ตอบสนองต่อการลดลงของสารสื่อประสาทด้วยการปวดท้อง ประจำเดือนผิดปกติ และการถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ ส่วนประเด็นความผิดปกติการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ชื่อ คอร์ติซอล (Cortisol) จากแกน HPA Axis มีการแสดงอาการเรื่องความอยากอาหารลดลง (Anorexia) หรือกินมากขึ้น (Hyperphagia or Overeating) นอนมาก (Hypersomnia) หรือ นอนไม่หลับ (Insomnia)

สืบเนื่องจากความผิดปกติด้านประสาทวิทยา สมภพ เรืองตระกูล (2543) ได้สรุปอาการและอาการแสดงออกที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทและการหลั่งฮอร์โมนออกเป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) อาการทางกาย (Somatic Symptom) ที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (Vegetative Sign) อาการของระบบทางเดินอาหาร อาการของระบบกล้ามเนื้อและระบบหายใจ 2) อาการทางจิตใจ (Psychological Symptom) มีลักษณะอารมณ์เศร้า และความรู้สึกว่าไม่เป็นที่รัก หงุดหงิด กังวล กลุ้มใจ น้อยใจ ไม่พอใจ

(Dysphoria Mood) คิดอยากตาย หว้นไหวง่าย หวาดกลัว ความรู้สึกผิด ฟุ้งซ่าน ประสาทหลอน
3) อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Symptom) พบได้หลายแบบต่างๆ กัน เช่น ร้องไห้บ่อยๆ
ชอบอ่อน เผลย ซึม ไม่ค่อยพูด ลดความสนใจต่อสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย มีพฤติกรรมต่อต้าน คือ
เอาแต่ใจ หงอยเหงา การเรียนเลวลง ชอบเหม่อลอย ก้าวร้าว อยากทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ
หนีโรงเรียน ไม่อยากโต ขโมยของ

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้กัน หรือรู้จักกันโดยทั่วไป คือ การวินิจฉัย
ความผิดปกติในระบบการจำแนกโรคของสถาบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่จัดทำคู่มือการวินิจฉัย
ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision
[DSM-IV-TR]) ที่อธิบายว่าโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจ หรือความพึงพอใจ
ในกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ โดยจะมีอาการแสดงอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการแสดงต่างๆ
เหล่านี้อย่างน้อย 7 อาการในทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ 1) ความผิดปกติของการนอนหลับ คือ
นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ 2) เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
3) ไม่มีสมาธิหรือสมาธิลดลง 4) ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
5) ซึมเศร้า กระสับกระส่ายหรือเชื่องซึม 6) อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเหนื่อยง่าย 7) การเคลื่อนไหวช้า
8) รู้สึกผิดหรือรู้สึกตนเองไร้ค่า 9) มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (DSM-IV-TR cited in Burt & Ishak,
2002)

2. ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิทยา กลุ่มนี้จะมีความเชื่อแตกต่างออกไป
ศรีเรือน แก้วกังวาล (2548) อธิบายว่า ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ของฟรอยด์
(Sigmund Freud) กล่าวว่า ภาวะของจิตมีสองระดับ คือ จิตสำนึก (Conscious) จิตใต้สำนึก
(Unconscious) จิตระดับใต้สำนึกมีกลไกทางจิตหลายประเภท เช่น แรงงูใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด
ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ ฯลฯ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก กระตุ้นเตือน
ให้ปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันทั่วๆ ไป เป็นแรงงูใจให้เกิดพฤติกรรมไร้เหตุผลและผิดปกติใน
ลักษณะต่างๆ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของพลังจิตใต้สำนึก ที่ไม่มีโอกาสได้แสดงออกมาตามระยะ
พัฒนาการของอายุอย่างเหมาะสม เกิดสภาวะ “ติดข้องอยู่ (Fixation)” จึงแปรรูปเป็นพฤติกรรมที่
ผิดปกติดังกล่าว สำหรับทฤษฎีมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-Existential Theory) เชื่อว่า
ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง การแปลความหมายส่วนตัวของประสบการณ์ และความรู้สึก
เกี่ยวกับตนเอง (Self Perception) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ผู้นำแนวคิดกลุ่มนี้ คือ อับราฮัม
มาสโลว์ (Abraham Maslow) มาสโลว์อธิบายว่าพฤติกรรมของมนุษย์ทุกรูปแบบเกิดจากแรงงูใจ
ของตนเอง แรงงูใจต่างกันทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพไม่เหมือนกัน ถ้าแยกแรงงูใจแบบหยาบๆ
แบ่งได้ 2 แบบ คือ แรงงูใจที่เกิดจากความขาดแคลน (Deficiency Motives or D Motives) และ

แรงจูงใจเพื่อความเจริญเติบโต (Being Motives or B Motives) แรงจูงใจแบบนี้ทำให้มนุษย์สามารถฝึกตนให้มีค่าในตนเอง ต่อสังคม ต่อผู้อื่น และมีศักดิ์ศรีในตนเอง บุคคลที่มีพฤติกรรมที่มาจากแรงจูงใจที่เกิดจากความขาดแคลนสิ่งจำเป็นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในภาวะปกติ แต่ถ้า D Motives เป็นไปโดยรุนแรง จะทำให้มีความโน้มเอียงเป็นโรคจิต โรคประสาท ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (จันทิมา องค์ไวยุติ, 2545; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548)

จากคำอธิบายของ อัลฟอร์ด และเบค (Alford & Beck, 1997) ในวิธีการบำบัดทางปัญญาของเบค (Beck's Cognitive Therapy) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความคิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะในกระบวนการของการรวบรวมข้อมูล เบคได้เสนอแนวคิดที่ว่าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีการบิดเบือนของความคิดสามประการ (Cognitive Triad) คือ ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต การตอบสนองทางพฤติกรรมที่ผิดปกติจะเกิดกลับไปกลับมา และกระตุ้นซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นวงจรอันตราย (Vicious Cycle) วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังจะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบ และความรู้สึกในทางไม่ติมาเพิ่มขึ้นสถานการณ์ก็จะเลวร้ายมากขึ้น รายละเอียดแนวคิดทฤษฎีนี้จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไปในเรื่องของการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy or CT)

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดย มีความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ร่วมกับการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เมื่ออาหาร เป็นต้น

การประเมินภาวะซึมเศร้า

มีผู้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลาย มีทั้งการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการสัมภาษณ์และใช้การสังเกต ในที่นี้จะนำมากล่าวเฉพาะบางส่วนที่นิยมใช้กันแพร่หลาย ได้แก่

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ชื่อว่า Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย แอรอน ที เบค (Arron T. Beck) ในปี ค.ศ. 1961 เพื่อประเมินการแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่น และผู้ใหญ่ มีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ อีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัยมาก (Beck et al., 1961) ได้มีการออกแบบประเมิน

ฉบับใหม่ (BDI-II) ขึ้นในปี 1996 ซึ่งได้ปรับปรุงตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) โดยปรับเปลี่ยนเกณฑ์การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าและบางคำถามให้สมบูรณ์ขึ้น

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง ตามการรับรู้ของผู้ตอบ ชื่อ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 ปรับปรุงมาจาก Zung Self-Rating Depression Scale ใช้ประเมินความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 0.90 ใช้เวลาประเมิน 5-10 นาที ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย ใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ข้อคือ คือ ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์วัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) ในเรื่องอารมณ์เบื่อหน่าย ความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด และอาการทางด้านร่างกาย

- แบบประเมินความซึมเศร้าฉบับภาษาไทย กรมสุขภาพจิต (2545 ก) เสนอไว้ให้ใช้ได้แก่ แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย (Health-Related Self-Reported or HRSR Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) เป็นแบบวัดประเภทตอบด้วยตนเอง (Self-Report) เพื่อตรวจหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้า พัฒนาโดย ดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2540) ใช้กับผู้ตอบแบบสอบถามที่อยู่ในช่วงอายุ 15-60 ปี มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย (Vegetative) ความกระตือรือร้น (Motivational) อาการทางความคิด (Cognitive) และทางอารมณ์ (Psychological) การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการประจักษ์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต จิตแพทย์พิจารณาเนื้อหา การศึกษาความเชื่อมั่นเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.91 ข้อดีคือ เป็นแบบสอบถามที่ใช้สะดวกและแปลผลง่าย เหมาะสำหรับการตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อความด้านบวก 3 ข้อ (ข้อ 5, 10, 15) จะช่วยมากในการแยกบุคคลทั่วไปจากผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ข้อจำกัด ในกรณีไปใช้กับผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือ อาจเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย หรือเจ็บป่วยทางจิตที่ใช้การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (Denial) หรือไม่รู้จักตนเอง (No Insight) หรือผู้ที่เพิ่งมีการทำร้ายตนเอง

- แบบวัดความซึมเศร้า ชื่อ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ใช้กันมากในวงการจิตเวชไทย และมีฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) HRSD สร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์ แมกซ์ แฮมมิลตัน (Max Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ ปี ค.ศ. 1967 ได้มีการปรับปรุงให้มีความกระชับขึ้น มีข้อคำถาม 17 ข้อ

เน้นการประเมินด้านอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed Affect) อาการทางกาย (Vegetative Symptoms) เช่น ความผิดปกติของการนอนหลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ความวิตกกังวล (Anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวาย (Agitation) และการหยั่งรู้ (Insight) ใช้เวลาในการประเมินแต่ละครั้ง 15 นาที มีค่าความตรงของเครื่องมือระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือระหว่าง 0.65 ถึง 0.90 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีจำนวนข้อไม่มาก ใช้เวลาไม่มาก ง่ายต่อการทำ มีความแม่นยำในการวัดความเปลี่ยนแปลงของโรคสูง และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น หรือกลุ่มที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จึงจัดว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือวัดในผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่น้อยกว่า 500 เรื่อง แต่ในการใช้แบบประเมินนี้ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม และแบบประเมินนี้จะใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย

HRSD ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราวโมทย์ สุคนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) แต่ไม่ใช่เป็นเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัย เหมาะสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวชที่พออ่านออกเขียนได้ และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตนเองได้ เป็นการประเมินด้านอาการทางจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน รวมทั้งสิ้น 17 ข้อ ในแต่ละข้อมีตัวเลือก 3-5 ตัวเลือกแตกต่างกันไป การให้คะแนนของความรุนแรงของอาการเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 ในการให้คะแนนโดยผู้มีประสบการณ์ทางคลินิกเป็นผู้พิจารณา โดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การแจ้งอาการเพิ่มของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นต้น จากนั้นรวมคะแนนที่ได้จากทุกข้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแปลผลที่กำหนด โดยแบ่งระดับคะแนนซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-III-R ดังนี้

คะแนน Mean HRSD (SD) Thai Version	ระดับ Depression ตาม DSM-III-R
7.50 (2.12)	No Depression
10.25 (3.30)	Mild Depression
18.20 (5.81)	Less Than Major Depression
23.50 (3.95)	Major Depression
28.00 (5.65)	More Than Depression, Psychotic

การทดสอบความมั่นคงของเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามในผู้ป่วยคนไทย พบว่า ความมั่นคงของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรวัดสำหรับประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Scale) พบว่ามีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Spearman's Correlation Coefficient) เท่ากับ -0.8239 ($P < 0.0001$) และ ค่า Interrater Reliability ของแบบวัดมีค่า Kappa เท่ากับ 0.87 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดี ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistencies) ของแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Standardized Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.738

มีงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อหาโครงสร้างภายในของแบบวัด HRSD-17 ฉบับภาษาไทยนี้ และเพื่อจำแนกและค้นหาคุณลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการครั้งแรก ทำการศึกษาโดย อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์ (2544) ชื่องานวิจัย คือ แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression: การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม ผลการศึกษา การวิเคราะห์การรวมกลุ่มแบบ Ward's Method สามารถจำแนกกลุ่มอาการในแบบวัด HRSD-17 ฉบับภาษาไทย ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล 2) กลุ่มอาการนอนหลับ 3) กลุ่มอาการแสดงออกทางกาย และ 4) กลุ่มอาการทางความคิด สำหรับการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นครั้งแรก สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับ 2) กลุ่มที่มีอาการภายในจิตใจ และ 3) กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงโดยมีอาการต่าง ๆ มากทุกอาการ สรุปได้ว่า HRSD-17 ฉบับภาษาไทย มีโครงสร้างใกล้เคียงกับต้นฉบับเดิม และผลการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยสามารถเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นครั้งแรก

แนวคิดที่สำคัญต่อการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

จันทิมา องค์โมษิต (2545) อภิปรายในเรื่องการรักษาความผิดปกติทางจิต โดยสะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันการรักษาให้ความสำคัญกับความผิดปกติของระบบประสาท เน้นในการค้นหาหรือหาความเข้าใจในปัจจัยทางชีวภาพ และนำความรู้นี้ไปใช้ในการค้นหาการรักษาโรคทางจิตเวชให้ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมาก จนกล่าวได้ว่าจิตเวชได้ก้าวสู่ยุคใหม่ที่เรียกว่า ยุคจิตเวชศาสตร์ชีวภาพ (Biological Psychiatry) จากความก้าวหน้านี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการรักษาด้วยยาที่มีความสำคัญยิ่งขึ้นจนบ่อยครั้งที่ผู้ประกอบวิชาชีพจิตเวชหวังผลจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว เป็นผลให้บทบาทการรักษาทางจิตบำบัดลดลงอย่างน่าเสียดาย มนุษย์มีปัญหาด้านจิตใจอีกมากมายที่ต้นเหตุมิใช่ปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยทางจิตสังคมเป็นสำคัญ รวมถึงปัญหาของบุคลิกภาพที่สามารถทำให้เกิดอาการและต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจ นอกเหนือจากการให้ยา ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าก็เช่นเดียวกัน จากคำอธิบายเกี่ยวกับอาการทาง

จิตใจ เช่น อารมณ์เศร้า หงุดหงิด คิดอยากตาย ซึ่งเชื่อมโยงกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทกลุ่มเอมีน (Biogenic Amines) ที่ชื่อ นอร์อิพิเนฟรินและซีโรโตนิน (Primary NE and 5-HT) ที่มีระดับปริมาณลดลง ดังนั้นการบำบัดรักษาที่สำคัญก็จะเน้นเรื่องของปรับสมดุลของสารสื่อประสาท โดยให้ยาที่มีคุณสมบัติเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทดังกล่าว ด้วยการให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant Medication) ตามระดับความรุนแรงหรือมากน้อยของอาการผิดปกติทางคลินิก มีข้อบ่งชี้การเลือกให้ยาตามประสบการณ์ของจิตแพทย์ ให้ยาที่เคยรักษาผู้ป่วยแล้วได้ผล และคำนึงถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยานั้น ๆ ควบคู่กันไป (สุรชัย อัญญะ, 2543) จะเห็นได้ว่าการรักษาในปัจจุบันเน้นที่การแก้ไขความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาท แต่ไม่ได้เน้นเรื่องการแก้ไขความผิดปกติในเรื่องกระบวนการคิดที่เชื่อมโยงกับปัญหาจิตสังคม ซึ่งการให้ยาไม่สามารถแก้ไขได้ ลาซาร์ (Lazar) กล่าวว่า “ไม่ว่าการรักษาทางยาจะก้าวหน้าไปเช่นใดก็ตาม การรักษาทางจิตใจหรือจิตบำบัดก็ยังคงความสำคัญและเป็นการรักษาที่ไม่สามารถทดแทนได้โดยการรักษาด้วยยาหรือการรักษาอื่น ๆ” (Lazar, 1997 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต, 2545, หน้า 2)

ซึมเศร้าในมิติทางวัฒนธรรมไว้ว่า มนุษย์ทุกคนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทุกช่วงวัยของชีวิตแต่ การแสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าจะมีที่มา และพฤติกรรมที่มีทั้งความเหมือนกัน และต่างกันในแต่ละ วัฒนธรรม การศึกษาภาวะซึมเศร้าผ่านมิติทางวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้พยาบาลจิตเวช สามารถพิจารณาภาวะซึมเศร้า และเข้าใจผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าได้อย่างเป็นองค์รวม ยีน วัตสัน (Jean Watson) เป็นนักทฤษฎีทางพยาบาลหนึ่งในอีกหลายท่านที่มองมนุษย์แบบองค์รวม คือ มองว่ามนุษย์มีองค์ประกอบคือ กาย จิต และจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ภาวะ สุขภาพของมนุษย์ตามแนวคิดของวัตสันสามารถแสดงในรูปสมการ $I = Me$ คือ “ฉันเป็นฉัน” โดยที่คนนั้นต้องมีความสอดคล้องประสานกลมกลืนของจิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณ คือมีความ สอดคล้องกันระหว่างตัวตนตามการรับรู้และตามที่เป็นจริง เช่น สามารถรับรู้สถานการณ์ตามที่ เกิดขึ้นจริง ๆ ไม่ต่อต้านเสริมแต่งด้วยประสบการณ์ในอดีต หรือความคาดหวังในอนาคต นั่นคือ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ตามที่เป็นจริงได้ก็จะทำให้เกิดความไม่ สอดคล้องกลมกลืนกันของ กาย จิต และจิตวิญญาณ ซึ่งนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยได้ สามารถแสดง เป็นสมการดังนี้ $I \neq Me$ คือ ฉันไม่ใช่ฉัน ในภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก การรับรู้ คนเอง โลก และอนาคตที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เช่น ตัวอย่างเคม (หน้าที่ 10) เมื่อสามี ที่รักตาย บุคคลที่มีความคิดและเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสจะมีความสุขอีกต่อไปแล้ว สูญสิ้นหมด ทุกสิ่งทุกอย่าง ชีวิตมีแต่ความหม่นหมองมืดมน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง บุคคลนั้นก็ เกิดความไม่สมดุลของ กาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และความไม่กลมกลืนนี้เป็นผลให้พัฒนาไปสู่ ภาวะซึมเศร้าได้ เป็นต้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลตามแนวคิดของวัตสันก็คือพยายามช่วยปรับให้ ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพ หรือภาวะ $I = Me$ การรักษาด้วยการทำจิตบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่เป็น บทบาทอิสระของวิชาชีพที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ได้ โดยมีสิ่งสำคัญก็คือการตระหนักเรื่อง ความเป็นองค์รวมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Alligood & Tomey, 2002 citing Watson, 1999)

มีงานวิจัยที่สนับสนุนในเรื่องการมองผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าแบบองค์รวม ได้แก่ ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุดตรา ตะนูนพงศ์ และวันดี สุทธรังษี (2547) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย จำนวน 120 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติ กิจวัตรด้วยตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยเข้าใจ และส่งเสริม สัมพันธภาพภายในครอบครัวในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุ

เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐานของ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ทศนา บุญทอง, ศิริอร สินธุ และธนา นิลชัยโกวิท (2545) ได้ศึกษาเรื่อง การคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง: ทฤษฎีเชิงสาระอธิบาย การฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน ข้อมูลหลักในการวิเคราะห์ได้จากการ สัมภาษณ์เจาะลึกสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงที่มารับบริการในโรงพยาบาลใหญ่ 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 31 คน ผลการศึกษาปรากฏการณ์การฟื้นฟูจากความซึมเศร้า ได้ทฤษฎีเชิงสาระชื่อว่า “การคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของสตรีวัยกลางคนที่มีความซึมเศร้า” ทฤษฎีนี้จำแนกเป็น 3 ช่วง ช่วงแรกคือ “เงื่อนไขเชิง สาเหตุของความซึมเศร้า” ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของ สตรีและการประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตในทางลบ ซึ่งส่งผลให้ สตรีรับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงตอบสนองเป็นอาการซึมเศร้า จนกระทั่งสามารถระลึก การเปลี่ยนแปลงในตนเองได้ ช่วงที่สอง ช่วง “การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า” ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่อธิบายกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า 3 มโนทัศน์ที่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรืออาจเกิดกลยุทธ์ใดก่อนหลังขึ้นกับเงื่อนไขแต่ละบุคคล กลยุทธ์ดังกล่าวได้แก่ การจัดการกับ ความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือ และการไตร่ตรองตนเอง ช่วงสุดท้ายเป็นช่วง “การฟื้นฟูจากความซึมเศร้า” ประกอบด้วยมโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเอง ช่วงนี้เป็นช่วงที่สตรีสามารถฟื้นฟูจากความซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์โดยการคืนความสำคัญ ให้กับตนเองจากการที่เคยยึดถือและให้ความสำคัญกับบุคคลอื่นเสมือนเป็นศูนย์กลางแห่งชีวิต จึงทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่มีความเติบโตในตนเองและฟื้นฟู จากความซึมเศร้าไปในที่สุด ตัวอย่างจากงานวิจัยทั้งสองนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมอง ผู้ป่วยแบบองค์รวม และเข้าใจบริบทของภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจนมากขึ้น

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี กับภาวะซึมเศร้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี

ประพันธ์ ภาณุภาค (2535) ได้อธิบายไว้ว่า เอคส์ (Acquired Immunes Deficiency Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยเกิดภายหลังจาก ได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเรียกว่า เอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus or HIV) ซึ่งเป็น เชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ หรือกลไกการต่อต้านเชื้อชนิดเซลล์ของร่างกายทำให้ ภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ของร่างกายเสื่อมหน้าที่ลง จนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อโรคบางชนิดได้ การติดต่อของเชื้อ เอช ไอ วี มีทางหลักอยู่ 3 ทาง ได้แก่ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmission) การติดต่อทางเลือด (Blood Transmission) และการติดต่อจากแม่ไปสู่ลูก (Vertical

Transmission) เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะจับกับเซลล์ที่มีตัวรับของ ซี.ดี.4 (CD4 Receptors) ซึ่งมีหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันและกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันทำงานเมื่อมีการบุกรุกของสิ่งแปลกปลอม หลังจากนั้นเชื้อจะเพิ่มจำนวนเชื้อในเซลล์จนทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนได้ นั่นหมายถึงภูมิคุ้มกันของร่างกายจะไม่เกิดขึ้น แม้จะมีการบุกรุกของสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในร่างกายก็ตาม อาการและอาการแสดงของผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี แบ่งเป็น 5 ขั้น ตามความรุนแรงและอาการที่แสดง คือ

ขั้นที่ 1 ระยะเริ่มติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อใหม่บางคนจะแสดงอาการของไข้ ผื่นตามตัว มีแผลในปาก คอมน้ำเหลืองโต อาจมีท้องเสียบ้าง อาการขั้นนี้มักเกิดหลังติดเชื้อ 2-6 สัปดาห์ และอาการจะคงอยู่ 1-3 สัปดาห์ก็จะหายไป

ขั้นที่ 2 ระยะไม่แสดงอาการ หรือระยะปลอดอาการ ช่วงเวลาของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป โดยเฉลี่ยประมาณ 3-10 ปี

ขั้นที่ 3 ระยะค่อมน้ำเหลืองโต มีขนาดไม่เกิน 2 ซม. กดไม่เจ็บ เป็นมากกว่า 2 แห่งขึ้นไป มักเป็นนานกว่า 1 เดือน ขนาดจะค่อย ๆ ยุบลงแสดงให้เห็นถึงการถูกทำลายของภูมิคุ้มกันลงเรื่อย ๆ

ขั้นที่ 4 ระยะเริ่มแสดงอาการ อาการอาจมีได้หลายอย่าง ได้แก่ ไข้เรื้อรังเป็นเดือน น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม ท้องเสียเรื้อรัง ผื่นขาวในปากและคอจากเชื้อรา มีอาการของภูมิต้านทานต่ำตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีโรคตุ่มคันตามแขน ขา คล้ายผดผื่น เป็นคันระยะนี้ถือว่าภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงอย่างมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะทำให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว

ขั้นที่ 5 ระยะเอดส์เต็มขั้น จะมีจำนวน ซี.ดี.4 ถูกทำลายไปอย่างมาก ตรวจพบน้อยกว่า 200 ลูกบาศก์มิลลิเมตร จะแสดงอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น ปอดอักเสบจากเชื้อ พิ.ซี.พี. (Pneumocystis Carinii Pneumonia or PCP) ท้องเสียเรื้อรัง สมออักเสบจากเชื้อรา สมอเสื่อม มะเร็งชนิดคาโพซี (Kaposi's Sarcoma) ผอมโซอย่างรุนแรงจนเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก

การรักษาโรคเอดส์ปัจจุบันนี้วงการแพทย์สามารถทำให้ระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อสูงขึ้น ผู้ติดเชื้อจึงเจ็บป่วยน้อยลงและไม่เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน วิธีการเพิ่มระดับ CD4 ให้สูงขึ้นโดยให้ยาต้านไวรัส เป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งการขยายพันธุ์ของไวรัส เอช ไอ วี ใน CD4 ซึ่งมีอยู่ 4 กลุ่ม ผู้ป่วยจำนวนมากเมื่อได้รับยาต้านไวรัสแล้วหายป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และทำงานได้ตามปกติ อย่างไรก็ตามการให้ยาต้านไวรัสก็ยังมีปัญหาหลายประการ เช่น ต้องกินยาไปตลอดชีวิต มีผลข้างเคียงของยา และต้องมีวินัยกินยาให้ตรงเวลา ร่วมกับ ต้องรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ในความเป็นจริงโรคแทรกซ้อนสามารถรักษาได้ทุกโรค การกล่าวว่า “เป็นเอดส์ระยะสุดท้าย” คงไม่ถูกต้องแล้ว เพราะสามารถดึง CD4 ให้สูงขึ้นได้ ต้องกล่าวใหม่ว่า “เอดส์เป็นแล้ว

รักษาได้แต่ไม่หายขาด” ทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลทั่วไปด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอดส์ (สุรชัย พนากิจสุวรรณ, 2548; ประยุกต์ เสรีเสถียร และดวงตา ไกรภัสสรพจน์, 2543) ยังมีอีกมุมมองที่ต้องกล่าวถึง นั่นคือ ลักษณะทางจิตใจ ดังรายละเอียดที่กล่าวในประเด็นต่อไป

ลักษณะทางจิตใจของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี

โรคเอดส์จัดได้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงโรคหนึ่งในสังคมที่มนุษย์ต้องเผชิญ ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้านทั้งกับตัวผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ในยุคแรกที่เพิ่งค้นพบโรคนี้ อธิบายจากทฤษฎีสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) (ทิตยา สุวรรณชฎ, 2534) ได้ว่า จากปัญหาโรคเอดส์ที่เป็นปัญหาที่มีผลกระทบกับทุกสถาบันในสังคม การรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงภัยของโรคเอดส์ผ่านการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อที่มีข้อความรุนแรงและน่ากลัว เกิดเป็นสัญลักษณ์ (Symbolic) ของโรคเอดส์ คือ ความตาย จึงเกิดการให้ความหมายร่วมกัน (Share Meaning) คือ กลัวตาย กลัวติดโรค ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อก็มีความกลัวเกินกว่าเหตุ ผู้ที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อก็เกิดความหวาดกลัว กลัวตาย กลัวถูกรังเกียจ เสรีเสียใจ รู้สึกไม่เป็นที่ต้องการในสังคม วิดกกังวลเรื่องชีวิตของตนเองและครอบครัวมากขึ้น เพราะต้องเก็บเป็นความลับไม่กล้าเปิดเผยให้คนใกล้ชิด สำหรับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ก็เกิดความกลัวติดโรค กลัวถูกรังเกียจจากสังคมไปด้วย สภาพความเป็นไปในครอบครัวต้องเปลี่ยนไป รวมไปถึงการนึกถึงภาระของครอบครัวที่ต้องเพิ่มขึ้นจากการมีผู้ป่วยโรคนี้ ดังนั้นการติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ผ่านการรับรู้ว่าเป็นสัญลักษณ์แห่งความตายจึงเป็นภาวะที่กระทบต่อจิตใจเป็นอย่างมาก แม้ในเวลาผ่านมามีการปรับกลยุทธ์ใหม่เพื่อเปลี่ยนสัญลักษณ์ของโรคนี้แล้วก็ตาม นอกจากสัญลักษณ์ดังกล่าวแล้ว สาเหตุของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ยังเป็นภาพที่ถูกสังคมมองในเชิงลบเพราะมีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติด การขาดความระมัดระวังในการใช้ชีวิต ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกผิดหรือโทษตนเองได้ ร่วมกับการคิดว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดความรู้สึกหมกหมอง ห่อเหี่ยวได้ง่าย มองตนเองไร้ค่า ในกรณีที่การติดเชื้อไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกโกรธหรือมีความรู้สึกไม่ยุติธรรมในชีวิตได้

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น จึงเกิดปัจจัยอื่น ๆ ตามมามากมายในผู้ที่รู้ว่าคุณเองมีเชื้อ เอช ไอ วี เช่น ปัญหาของชีวิตคู่ การหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก การทำหน้าที่ในครอบครัว สถานภาพในการทำงาน และปัญหาสถานภาพทางการเงิน การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ถือได้ว่าเป็นวิกฤติการณ์ที่รุนแรงของชีวิต มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพหรือเหมาะสมจะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ส่วนพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล มีความรู้สึกผิด

มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า อยู่ในภาวะไร้อำนาจและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (อังคณา สิริยาภรณ์, ประภาพร จินันทุยา, จอนพะจง เพ็งจาด และเกศรินทร์ ศรีสง่า, 2541)

สติ (Mindfulness)

โลกปัจจุบันเป็นโลกแห่งเทคโนโลยี มีความเจริญหลากหลายในเรื่องวัตถุ มีการสื่อสารกันได้ทั่วโลกเป็นโลกที่ไร้พรมแดน จากความเจริญในด้านวัตถุที่เพิ่มอย่างรวดเร็ว มนุษย์จึงกลายเป็นทาสวัตถุและมองว่าวัตถุนิยมเท่านั้นจะทำให้โลกน่าอยู่ เสนาะ ผดุงฉัตร (2539) กล่าวว่า เมื่อโลกเจริญด้วยเทคโนโลยีแล้ว มนุษย์ย่อมแสวงหาความสุขจากความเจริญนั้น อย่างไรก็ตาม ต้องไม่ลืมว่าอะไรก็ตามมีคุณอนันต์ก็ย่อมมีโทษมหันต์ ในทำนองเดียวกันเทคโนโลยีจะเกิดคุณก็ต้องใช้ในทางสร้างสรรค์อย่าใช้ตามอำนาจกิเลส นั่นคือต้องบังคับใจตนให้ได้ก่อน ตามหลักพุทธศาสนาถือว่า “ธรรมทั้งหลายมีใจเป็นใหญ่” (เสนาะ ผดุงฉัตร, 2539 หน้า 81 อ้างอิงจาก พ.ร. 25/ 1/ 15 พุทธบัญญัติ สงคิตติคดี, 2530) หมายถึง อำนาจทุกอย่างขึ้นอยู่กับจิต จิตเป็นผู้สั่งเป็น ผู้บังคับการให้กายปฏิบัติ เมื่อเป็นเช่นนั้นมนุษย์จึงจัดสรรโลกไปตามจิตของตน จึงพูดได้ว่าโลกทุกวันนี้ คือโลกจัดสรรของมนุษย์ แต่มนุษย์ยังมีผู้จัดสรรที่เหนือกว่า คือ จิต การควบคุมจิตได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ให้จิตสร้างปัญหาความทุกข์ต่าง ๆ ให้เกิดทั้งแก่ตนและผู้อื่น เท่ากับช่วยพัฒนาโลกให้มีความสุข สงบ เย็น อันถือเป็นหัวใจของพุทธศาสนา เพราะจิตของบุคคลฝึกดีแล้วย่อมก่อให้เกิดความสุข จิตที่ได้รับการควบคุมย่อมหมุนเวียนไปตามอำนาจกิเลส เหมือนเรือที่ไร้หางเสือ ปัญญาอันถือว่าเป็นประทีปในการแสวงหาทางออกที่ถูกต้องก็มีไม่ได้ ธรรมะที่สำคัญในการควบคุมจิต ก็คือ “สติ”

“สติ” ในมุมมองทางพุทธศาสนา

จากพระธรรมคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่มีมากกว่า 2500 ปี ในหนังสือ พุทธธรรมโดยท่าน พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) (2546, หน้า 804-824) ว่าด้วยเรื่อง “สติ” หมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวังตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการคอยรับรู้ สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และตระหนักว่าควรปฏิบัติต่องานนั้น ๆ อย่างไร สติเป็นคำควบคุม ตรวจสอบการกระทำ การรับรู้ ความนึกคิด และพฤติกรรมทุกอย่างให้อยู่ในแนวทางที่ต้องการ คอยกำกับจิตไว้กับอารมณ์ที่ต้องการ ลักษณะการทำงานโดยทั่วไปของสตินั้น คือ การไม่ปล่อยใจให้เลื่อนลอย ไม่ปล่อยอารมณ์ให้ผ่านเรื่อยเรื่อยไป หรือ ไม่ปล่อยให้ความนึกคิดฟุ้งซ่านไปในอารมณ์ต่าง ๆ แต่คอยเฝ้าระวัง เหมือนจับตาอารมณ์ที่ผ่านมาแต่ละอย่าง มุ่งหน้าเข้าหาอารมณ์นั้น ๆ เมื่อต้องการกำหนดอารมณ์ใดแล้ว ก็เข้าจับคู่ติด ๆ ไปไม่ยอมให้คลาดหาย คือ นึกถึงหรือระลึกไว้เสมอ ไม่ยอมให้หลงลืม ในพุทธธรรมได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สติ ไม่ได้มีความหมายตรง

กับ ความจำ ที่เดียว แต่การระลึกได้ จำได้ (Recollection หรือ Remembrance) ซึ่งเป็นอาการแสดงออกของความจำ ก็เป็นความหมายในแง่หนึ่งของสติด้วย และความหมายในแง่นี้จะพบใช้ในที่หลายแห่ง เช่น ในคำว่า พุทธานุสติ เป็นต้น แต่ในความหมายที่แท้ของสติเช่นที่กล่าวถึง ณ ที่นี้ ใกล้เคียงกับความหมายที่ใช้ในภาษาอังกฤษว่า “Mindfulness” เมื่อนำลักษณะการทำหน้าที่ของสติที่กล่าวมาแล้วนั้นมาพิจารณาประกอบ จะเห็นประโยชน์ของการฝึกฝนในเรื่องสติจากคำอธิบายของพระธรรมปิฎก ดังนี้

1. ควบคุมรักษาสภาพจิตให้อยู่ในภาวะที่ต้องการ โดยตรวจตรากระบวนการรับรู้และกระแสดความคิด เลือกรับสิ่งที่ต้องการ กันออกไปซึ่งสิ่งที่ไม่ต้องการ ตรึงกระแสดความคิดให้นิ่งเข้าที่ และทำให้จิตเป็นสมาธิได้ง่าย

2. ทำร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่เรียกว่าเป็นตัวของตัวเอง เพราะมีความโปร่งเบา ผ่อนคลาย เป็นสุขโดยสภาพของมันเอง พร้อมทั้งจะเผชิญความเป็นไปต่าง ๆ และจัดการกับสิ่งทั้งหลายในโลกอย่างได้ผลดี

3. ในภาวะที่จิตเป็นสมาธิ อาจใช้สติเหนี่ยวนำกระบวนการรับรู้ และกระแสดความคิด ทำขอบเขตการรับรู้และความคิดให้ขยายออกไปโดยมิติต่าง ๆ หรือให้เป็นไปต่าง ๆ ได้

4. โดยการยึดหรือจับเอาอารมณ์ที่เป็นวัตถุแห่งการพิจารณาวางไว้ต่อหน้า จึงทำให้การพิจารณาสืบค้นด้วยปัญญาดำเนินไปได้ชัดเจนเต็มที่ เท่ากับเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญาให้เจริญบริบูรณ์

5. ชำระพฤติกรรมต่าง ๆ ทุกอย่าง (ทั้ง กายกรรม วาจากรรม มโนกรรม) ให้บริสุทธิ์ อิสระ ไม่เกสือกกถั่ว หรือ เป็นไปด้วยอำนาจตัดหาอุปทาน และร่วมกับสัมปชัญญะ ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเป็นไปด้วยปัญญา หรือเหตุผลบริสุทธิ์ล้วน ๆ

นอกจากนี้ในพุทธธรรมยังกล่าวถึง การใช้สติ หรือ วิธีปฏิบัติเพื่อใช้สติให้บังเกิดผลดี เรียกว่า สติปัฏฐาน 4 มีสาระสำคัญว่า ชีวิตของเรา มีจุดที่ควรใช้สติคอยกำกับดูแลทั้งหมด 4 แห่ง คือ 1) ร่างกายและพฤติกรรม 2) เวทนาคือความรู้สึกสุขทุกข์ต่าง ๆ 3) ภาวะจิตที่เป็นไปต่าง ๆ และ 4) ความคิดนึกไตร่ตรอง ตัวอย่างเช่น การมีสติอยู่กับการขับรถ คือรับรู้ว่า ร่างกายอยู่ในรถ พฤติกรรมกำลังขับรถ ความรู้สึกและภาวะจิตขณะกำลังขับรถ ถ้าดำเนินชีวิตโดยมีสติคุ้มครอง ณ จุดทั้งสี่นี้แล้ว ก็จะช่วยให้ขับรถได้ปลอดภัย เป็นต้น การมีความรู้ความเข้าใจตระหนักชัดในสิ่งที่สติกำหนดไว้นั้น หรือการกระทำในกรณีนั้นว่า มีความมุ่งหมายอย่างไร สิ่งที่ทำนั้นเป็นอย่างไร ปฏิบัติอย่างไร ไม่เกิดความหลงหรือความเข้าใจผิดใด ๆ ขึ้นมา ก็คือ ปัญญา หรือ สัมปชัญญะ จะเห็นได้ว่า สัมปชัญญะเป็นธรรมะที่มักปรากฏควบคู่กับสติ เรียกรวมน่าสติสัมปชัญญะ โดยจะเป็นการมองอย่างเป็นกลาง เป็นอิสระ ไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ

แต่เป็นการมองและรู้สึกต่องานนั้นตามภาวะที่เป็น ทำอย่างนี้จึงเป็นทำที่ของความเป็นอิสระ
อาการที่กำหนดเพ่งพิจารณานั้น มีสาระสำคัญอยู่ที่ ให้รู้เห็นตามที่เป็นเป็นในขณะนั้น คือ ดูเห็น-
เข้าใจ ว่าอะไร กำลังเป็นไปอย่างไร ปรากฏผลอย่างไร เข้าเผชิญหน้า รับรู้ พิจารณา เข้าใจ
ไม่สร้างปฏิกิริยาใด ๆ ขึ้นในใจ ไม่มีการคิดกำหนดค่า ไม่มีการคิดวิจารณ์ ไม่มีการวินิจฉัยว่า
ดีชั่ว ถูกผิด

พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต) (2548) ได้อธิบายความหมายของ
สติสัมปชัญญะไว้อย่างชัดเจนว่าคือ การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน อย่าใจลอย ใจต้องอยู่กับ
เรื่องเฉพาะหน้าที่ต้องทำ จะทำให้มีสมาธิ แล้วสมาธินั้นจะทำให้เกิดปัญญา ปัญญาที่นำมาใช้ใน
ชีวิตประจำวันเรียกว่า สัมปชัญญะ ซึ่งหมายถึงปัญญาเฉพาะเรื่องนั่นเอง ปัญญาคือความรู้
ส่วนสัมปชัญญะคือความรู้ที่จริง ที่นำมาแก้ปัญหาเฉพาะหน้านั้นได้ สติกับสัมปชัญญะต้องมา
ด้วยกัน สติคือความรู้ทัน สัมปชัญญะคือความรู้เท่า ความรู้เท่าถึงการณ์ เห็นเหตุแล้วคาดว่า
ผลลัพธ์อะไรจะตามมา มองภาพกว้าง มองหน้ามองหลัง สติจะบอกว่าตัวเรากำลังทำอะไร
สัมปชัญญะจะเตือนว่าเรื่องที่ทำอยู่นี้มีคุณหรือมีโทษให้ยังคิดเสียก่อน เช่นตัวอย่างเดิมเรื่องการขับรถ
ถ้าเกิดยางแตกจะทำอย่างไร บางคนตกใจเสียสติเหยียบเบรกรถเลยพลิกคว่ำ ถ้ามีสติกำกับอยู่
คือรู้ทันว่าเกิดยางแตก ก็จะมีสัมปชัญญะมองภาพกว้างได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น มีความยั้งคิดที่จะ
ไม่เหยียบเบรคโดยกระทันหัน อุบัติเหตุก็ไม่เกิด เป็นต้น สัมปชัญญะเป็นตัวตัดสินใจหรือกลั่นกรอง
ว่าอะไรควรอะไรไม่ควร พระธรรมโกศาจารย์, ประยูร ธมฺมจิตฺโต ยังได้สรุปไว้ว่า สัมปชัญญะคือ
ความรู้ชัด มี 4 ประการ ได้แก่ 1) สาคถกสัมปชัญญะ (ยังคิดถึงประ โยชน์ตนและท่าน)
2) สัมปายสัมปชัญญะ (เลือกเรื่องที่เหมาะสม) 3) โจรสัมปชัญญะ (มีธรรมประจำใจ)
4) อสัมโมหสัมปชัญญะ (ไม่หลงลืมตัว) อาการที่เป็นอยู่โดยมี สติสัมปชัญญะ อยู่ตลอดเวลา
เช่นนี้ มีลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งที่เรียกว่า เป็นอยู่ในปัจจุบัน กล่าวคือสติกำหนดตามทันสิ่งที่กำลัง
เกิดขึ้น เป็นไปอยู่หรือกระทำอยู่ในขณะนั้น ๆ การเจริญสติทำให้เห็นว่าปัจจุบันมีความสำคัญที่สุด
และคนที่อยู่เฉพาะหน้ารวมทั้งกิจกรรมที่กำลังทำนั้นสำคัญที่สุด อยู่กับโลกแห่งความจริงด้วย
สัมปชัญญะ การมีสัมปชัญญะทำให้นุคคลเลือกพบคนหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายของ
ตนเอง (สาคถก) รู้ว่าควรเกี่ยวข้องกับคนหรือกิจกรรมที่พบอยู่นั้นโดยวิธีไหนจึงจะเป็นที่พอใจ
และเป็นประ โยชน์แก่ทุกฝ่าย (สัมปายะ) เอาใจใส่คนหรือกิจกรรมนั้นตลอดเวลาที่อยู่เฉพาะหน้า
ในฐานะบุคคลหรือสิ่งสำคัญที่สุดในขณะนั้น (โจจร) และจะสามารถทำอย่างที่กำลังทำข้างต้นได้ก็
ก็ต่อเมื่อเห็นแก่ตัวน้อยลงจนถึงขั้นไม่หลงยึดติดกับตัวตนของตน ถ้าทำพลาดพลั้งพลาดไปบ้าง
ก็แก้ไขปรับปรุงตัวเอง (อสัมโมหะ)

ในกิจกรรมสามัญที่สุดของทุก ๆ คน ซึ่งเป็นไปอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน ก็คือการรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ท่านพุทธทาสภิกขุ (2545) ใช้คำว่า “ผัสสะ” เรียกว่า ผัสสะทางตา ผัสสะทางหู ผัสสะทางจมูก เป็นต้น และได้ยกตัวอย่างให้เห็นว่า เมื่อตามองเห็นภาพต่าง ๆ ก็เกิดการเห็นแจ้งทางตา เรียกว่าวิญญาณทางตา (จักขุวิญญาณ) ในทำนองเดียวกันกับผัสสะทางอื่น คือ หูได้ยินเสียงก็เกิดโสตวิญญาณ จมูกได้กลิ่นก็เกิดฆานวิญญาณ ลิ้นได้รสเกิดชีวิตาวิญญาณ กายได้สัมผัสเกิดกายวิญญาณ มโนรู้สึกต่ออารมณ์เกิดมโนวิญญาณ ในขณะที่แห่งผัสสะถ้าเป็นบุคคลธรรมดา ถ้าไม่ใช่สติปัญญาควบคุมผัสสะ ก็จะเกิดเวทนาคือความรู้สึกจากผัสสะ คือเมื่อมีการรับรู้ ก็มีความรู้สึกหรือเกิดปฏิกิริยาในใจพร้อมไปด้วย เรียกว่า เกิดความอยาก ถ้าสุขสบายก็ชอบใจติดใจสิ่งนั้น ถ้าไม่สุขสบาย ก็ขัดใจไม่ชอบสิ่งนั้น เมื่อชอบก็อยากรับรู้ อยากได้ เมื่อไม่ชอบก็เกลียดหนี หรืออยากกำจัด อยากทำลาย ท่านพุทธทาสยังได้กล่าวอีกว่า จากความอยากก็เกิดการยึดมั่นถือมั่นเป็นของตนในทุกเรื่อง นี่คือการทุกข์ที่เกิดจากความอยาก ทุกข์จากการยึดมั่นถือมั่น ดังนั้นการจะป้องกันความอยากต้องใช้สติ การทำสติให้เพียงพอในขณะที่แห่งผัสสะจะนำไปสู่การตระหนักรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น รู้ว่าควรหรือไม่ควรทำอะไรนั้น คือนำไปสู่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง เมื่ออยู่อย่างถูกต้องก็ไม่เดือดร้อนใจ ทุกข์ใจ นั่นคือต้องมีทั้งสติปัญญาจึงจะไม่เกิดทุกข์ การฝึกหัดสติให้รวดเร็ว ให้ว่องไว นำไปสู่การระลึกรู้ได้ด้วยปัญญา เป็นการแก้ไขความเคยชินเก่า ๆ พร้อมสร้างนิสัยใหม่ให้แก่จิตด้วยการฝึกฝนเรื่องสติ ผลจากการปฏิบัติเรื่องของสติ เมื่อสติจับอยู่กับสิ่งที่ต้องการกำหนดอย่างเดียว ย่อมเป็นการควบคุมกระแสการรับรู้และความคิดไว้ให้บริสุทธิ์ เมื่อสภาพจิตบริสุทธิ์ก็ย่อมมีความเป็นอิสระ ไม่หวั่นไหวไปตามอารมณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบ สามารถมองได้อย่างที่เป็น คิดตามที่เป็นจริงไม่ปรุงแต่ง ไม่มีอคติหลงเชื่อ และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็น จึงไม่มีทั้งความรู้สึกในด้านกระหายอยาก และความขัดเคืองกระทบใจ ปราศจากอาการกระวนกระวาย (Anxiety) ต่าง ๆ เป็นภาวะจิตที่เรียกว่าพ้นทุกข์ มีความโปร่ง เบา ผ่อนคลาย สงบ และเป็นตัวของตัวเอง

สรุป “สติ” หมายถึง ความระลึกได้ ความระมัดระวังตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการคอยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และตระหนักว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไร การมีสตินำไปสู่ความรู้ชัดรู้จริง และการเป็นอยู่อย่างถูกต้อง มีปัญญา เมื่อเป็นอยู่อย่างถูกต้องก็ไม่เดือดร้อนใจ ทุกข์ใจ (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), 2546; พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต), 2548; พุทธทาสภิกขุ, 2545 ก)

“สติ” ในมุมมองทางตะวันตก

จอห์น คาบัต ซิน (Kabat-Zinn, 1990) เป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์สมัยใหม่ (หรือแบบตะวันตก) แต่ได้ศึกษาแนวคิดปรัชญาของศาสนาพุทธอย่างลึกซึ้ง

โดยพยายามผสมผสานหลักการของสติหรือ Mindfulness ตามแนวคิดทางพุทธศาสนาเข้ากับจิตวิทยาทางตะวันตกให้ออกมาในรูปของความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ด้วยการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บปวดทางกายเนื่องจากโรคต่าง ๆ ได้พัฒนาสติ ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างที่เป็นจริงในปัจจุบัน มีการทดสอบผลลัพธ์ออกมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ จนเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในซีกโลกตะวันตก วิธีการบำบัดแบบกลุ่มดังกล่าว ก็คือ โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction or MBSR Program) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี 1990 หรือ พ.ศ. 2533 ในโปรแกรม MBSR ได้ให้ความหมายของ “สติ” ว่าเป็นการเพ่งจุดสนใจไปที่ใดที่หนึ่งอย่างมีเป้าหมายอยู่ที่ ขณะปัจจุบัน โดยไม่มีการตัดสิน เป็นวิธีการมองอย่างลึกเข้าไปในความเป็นตัวตน และเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ สติเป็นตัวพาให้เกิดความเข้าใจและการเยียวยา สติเพิ่มพลังแห่งความเป็นอิสระในระบบการคิด การเรียนรู้ที่จะฟังร่างกายของตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต เป็นความจริงที่ว่าเมื่อบุคคลเริ่มที่จะใส่ใจ ตระหนักรู้เพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวจะเปลี่ยนไป บุคคลจะเห็นรายละเอียดของสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น ลึกซึ้งขึ้น ได้เห็นและรับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน การรับรู้ว่าขณะนั้น ๆ ตนเองกำลังทำอะไรเป็นสิ่งจำเป็นของการฝึกสติ ในการฝึกสติตามแนวคิดของจอห์น กาบัต ซินน์ นั้นผู้ฝึกจะถูกกระตุ้นให้พัฒนาตนให้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ เพื่อเป็นพื้นฐานในการอยู่อย่างมีสติได้

1. ฝึกการไม่ตัดสิน (Non-Judging) ให้ผู้ฝึกเกิดการตระหนักรู้ในกระแสความคิดและการตัดสิน ได้ตอบต่อประสบการณ์ที่ผ่านการรับรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่มักเคยชินกับประสบการณ์เดิมของตัวเอง เช่น ตัดสินว่าสิ่งนั้น ดี เพราะสิ่งนั้นทำให้รู้สึกดี หรือตัดสินว่าไม่ดี เพราะสิ่งนั้นทำให้รู้สึกไม่ดี แล้วบุคคลนั้นก็จะบันทึกการตัดสินใจนั้นไว้ เมื่อประสบกับสิ่งเหล่านั้นอีก ก็จะนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาตัดสินสิ่งนั้นโดยทันที เป็นต้น นิสัยของการจัดลำดับและการตัดสินทำให้เกิดปฏิกิริยาได้ตอบแบบหุ่นยนต์ ขาดการตระหนักรู้อย่างแท้จริง จิตใจมีแนวโน้มซ้ำๆ เป็นสิ่งยุ่งยากที่จะพบความสงบสุขได้ การฝึกการไม่ตัดสินเป็นการฝึกมองให้เห็นอย่างที่เป็น รับรู้อย่างที่เป็น โดยไม่ตัดสิน เป็นผลให้เกิดการตระหนักรู้ได้ตามที่เป็นจริงในปัจจุบัน

2. ฝึกความอดทน (Patience) ในการฝึกฝนสตินั้น จะพบว่าเวลาส่วนมากของบุคคลจะอยู่กับกระแสความคิดที่มากมายและดิ่งการตระหนักรู้ของผู้ฝึกให้ออกจากการอยู่กับปัจจุบัน ความอดทนเป็นสิ่งที่จะนำมาช่วยได้เมื่อจิตใจไม่สงบจากกระแสความคิดดังกล่าว ความอดทนช่วยให้ผู้ฝึกยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นและเตือนตนเองไม่ให้จิตใจลอยไปตามความคิด ความอดทนเป็นรูปแบบของ ปัญญา (Wisdom) สามารถเปิดรับทุกสิ่งที่เข้ามาในแต่ละช่วงขณะ และยอมรับได้อย่าง

เต็มที่ ความอดทนช่วยให้พบความจริงที่ว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะคลี่คลายได้ด้วยเวลาของตัวเอง เปรียบเหมือนดักแด้ที่รอเวลากลายเป็นผีเสื้อนั่นเอง

3. ฝึกจิตใจแบบผู้เริ่มต้น (Beginner's Mind) การฝึกฝนที่เริ่มต้นด้วยจิตใจแบบผู้เริ่มต้น ทุกครั้ง สามารถเกิดความเป็นอิสระจากความคาดหวังที่เป็นพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในอดีต ยอมรับความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และไม่ติดอยู่กับความคิด ความรู้สึกที่ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ เคยพบ เคยรู้ เคยทำมาก่อน เป็นผลให้มีใจที่เปิดกว้างมากขึ้น จากความเชื่อที่ว่าทุก ๆ ขณะมีความเป็นหนึ่งเดียวไม่มีขณะใดเลยที่จะเหมือนกัน

4. ฝึกความเชื่อใจ (Trust) เป็นความจริงที่ว่าไม่มีใครจะเข้าใจตัวเราได้ดีเท่ากับตัวของเราเอง การฝึกสติด้วยการทำสมาธิกับลมหายใจ หรือการฝึกโยคะเป็นการฝึกความรับผิดชอบที่จะเป็นของตัวเองและเรียนรู้ที่ฟังและเชื่อใจตัวเอง การมีครูฝึกหรือฝึกตามตำราเป็นเพียงการชี้นำในการฝึก แต่การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะฝึก หรือหลังจากการฝึกตัวเราเองเท่านั้นที่จะรับรู้และเข้าใจได้ดีที่สุด ดังนั้นการเชื่อใจในตัวเองและเชื่อใจในคุณความดีของตนเองจะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ฝึกไปสู่จุดหมายปลายทางได้

5. ฝึกการไม่ดิ้นรนแข่งขัน (Non-Striving) มนุษย์ทุกคนต่างก็มีเป้าหมายทั้งระยะสั้นและยาวเป็นของตน และดิ้นรนผลักดันตนเองให้ลงมือกระทำเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย แต่ในการฝึกสติจะตรงกันข้าม คือ ไม่มีเป้าหมายอื่นนอกเหนือจากการเป็นตัวของตัวเอง ทำให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องดิ้นรนแข่งขันเพื่อเป้าหมายอื่นใด การฝึกการไม่ดิ้นรนแข่งขันจะช่วยให้ผู้ฝึกทำการฝึกเพื่อฝึก ดังนั้นจะ ไม่มีความคาดหวังไว้ล่วงหน้า ขณะฝึกไม่ว่าจะพบกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตามทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้ฝึกจะสามารถอยู่อย่างสงบได้ไม่เกิดการขัดแย้ง หรือตำหนิตนเองเมื่อการฝึกไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

6. ฝึกการยอมรับ (Acceptance) การยอมรับหมายถึงการเห็นสิ่งนั้นในแบบที่เป็น ณ ปัจจุบัน เช่น มีอาการปวดศีรษะ ก็ยอมรับว่าปวดศีรษะอยู่ การยอมรับไม่ได้หมายถึงต้องชอบในทุกสิ่งหรือพยายามปรับทัศนคติในทางบวกกับสิ่งเหล่านั้น การยอมรับไม่ได้หมายถึงความพึงพอใจในสิ่งนั้น หรือการพยายามให้ตนเองทนกับสิ่งนั้นแบบต้องทน การยอมรับไม่ได้หมายถึงการพยายามเปลี่ยนความรู้สึกหรือความต้องการของตนเองเพื่อยอมรับสิ่งนั้น การยอมรับหมายถึงการเต็มไปด้วยความเต็มใจที่จะเห็นสิ่งนั้นในแบบที่เป็น การให้ผู้ฝึกยอมรับอย่างที่เป็นขณะนั้น ก็คือการเพ่งจุดสนใจกับปัจจุบัน และสามารถแน่ใจได้ว่า อะไรก็ตามที่เป็นขณะนั้นจะเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นโอกาสในการฝึกการยอมรับว่าอะไรก็ตามนั้นก็สามารเกิดขึ้นได้ในขณะต่อไป การยอมรับนั้นอย่างตั้งใจเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างสิ่งใหม่ ๆ เพื่อการเยียวยา เป็นความชัดเจนที่ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการพัฒนาเรื่องการยอมรับนั้น

7. ฝึกปล่อยให้เป็นไปตามที่เป็น (Letting Go) เมื่อมีการเพ่งความสนใจไปในตัวตนของตัวเองจะพบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นซึ่งมีทั้งที่พอใจและไม่พอใจ ที่น่าพอใจบุคคลก็พยายามให้สิ่งนั้นอยู่กับตนให้นานที่สุด ที่ไม่น่าพอใจก็จะพยายามกำจัดออกไป หรือหลีกเลี่ยงออกมา วิธีการของการปล่อยให้เป็นตามที่เป็น คือ การยอมรับอย่างเป็นและปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติของสิ่งนั้นโดยไม่พยายามยึดไว้หรือหลีกเลี่ยง วิธีการนี้ไม่ใช่สิ่งแปลกใหม่เนื่องจากทุกคนก็กระทำอยู่แล้วทุกคืนก่อนเข้านอน ก่อนจะหลับบุคคลจะปล่อยทุกอย่างตามที่เป็นแล้วจึงหลับ ถ้าปล่อยไม่ได้คือนอนไม่หลับ ดังนั้นถ้าสามารถนอนหลับได้ก็เป็นผู้เชี่ยวชาญวิธีนี้ได้ เพียงแต่จะใช้วิธีนี้มาฝึกทักษะขณะกำลังตื่นอยู่ให้ตนเอง

นอกจากนี้จอห์น กาบัต ซินยังได้กล่าวไว้ว่า “ยังมีสติตระหนักรู้ถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของความคิด ความรู้สึก ทางเลือกของตนเอง และที่อยู่ในโลก (ความเป็นจริง) บุคคลก็จะยังสามารถมองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนขึ้น สามารถเผชิญหน้ากับอุปสรรค สิ่งที่ทำนาย และความเครียดต่าง ๆ ได้ดีขึ้น” (Kabat-Zinn, 1990, p. 231) “สติ” กำหนดให้บุคคลสามารถยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายได้โดยไม่ต้องสงสัย และเฝ้าสังเกตคิดตามดูจิตในสภาวะเหล่านั้น และสามารถสร้างให้เกิดความรู้สึกที่สมดุลและทนทานต่อประสบการณ์นั้นได้ โดยการทำสมาธิ (Meditation) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของ Mindfulness การทำหน้าที่ของสติจึงเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นตัวคอยป้องกันยับยั้งตนเอง ไม่ให้หลงเพลินไปตามความชั่ว และไม่ให้ความชั่วเล็ดลอดเข้าไปในจิตใจได้ พึงง่าย ๆ ก็คือเตือนตนในการทำมาดีและไม่เปิดโอกาสแก่ความชั่ว

การฝึกสติ

จากความหมายของ “สติ” ที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น จะเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของการมีสติของมนุษย์เป็นอย่างมาก สำหรับวิธีการฝึกสตินั้น พระศรีวิสุทธิกวี ได้กล่าวไว้ว่า (พระศรีวิสุทธิกวี, 2530, หน้า 30-37 อ้างถึงใน คาราวรรณ ติะปินดา, 2535, หน้า 36) การฝึกสติเป็นการพัฒนาทางจิตที่เป็นที่สนใจในหลายศาสนาหรือกลุ่มชน เช่น ศาสนาฮินดู ศาสนาเซน ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม เป็นต้น หรือแม้แต่ในกลุ่มชน เช่น วงการแพทย์ วงการจิตวิทยา ก็มีการฝึกกันมากเช่นกัน โดยวิธีฝึกก็แตกต่างกันไปแล้วแต่ความเชื่อ และความถนัดของแต่ละกลุ่ม ในประเทศไทยประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ก็นิยมฝึกสติตามวิธีการทางพุทธศาสนา ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ 1) สมถกรรมฐาน หรือ สมถภาวนา เป็นการฝึกใจให้สงบ ตั้งมั่น 2) วิปัสสนากรรมฐาน หรือ วิปัสสนาภาวนา เป็นการฝึกจิตเพื่อให้เกิดปัญญา เกิดความเข้าใจ ต้นเหตุของการเกิดปัญหา และกำจัดความไม่รู้ไม่เข้าใจที่นำไปสู่ปัญญาในที่สุด

สำหรับวิธีฝึกสติในชีวิตประจำวัน พระคุณฐิ เมธงฺกุโร (ม.ป.ป.) สนับสนุนให้เห็นว่า การมีสติมีคุณค่าและอานิสงส์ในการมีอุปการะและอำนวยความสะดวกให้แก่มวลมนุษย์ และได้แนะนำให้ลองพิจารณาที่จะแทรกสติเข้าไปในชีวิตประจำวันด้วยการพยายามมีสติในอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การเดิน การพูดหรืออิริยาบถอื่น ๆ ด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจในขณะนั้น ๆ ฝึกเช่นนี้อยู่เรื่อย ๆ ทำอะไรก็ให้รู้ตัวทุกลมหายใจเข้าออก บางทีไม่ชัดที่ลมหายใจ แต่ชัดที่การทำงาน และเมื่อไม่มีงาน ก็ให้กลับมาชัดที่ลมหายใจหรืออิริยาบถเคลื่อนไหวต่าง ๆ ให้จิตมีอารมณ์เกาะเกี่ยวควบคุมไว้ อย่าส่งจิตออกนอกกาย นอกจากนี้ยังกล่าวเพิ่มเติมว่า การใช้ชีวิตประจำวันให้มีสติเพิ่มพูนมากขึ้น ๆ สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งก็คือ ให้ทำสมาธิ เวลาทำสมาธิจิตจะสงบ ได้เร็ว วิธีการทำสมาธิก็สามารถทำได้ทุกอิริยาบถ สมาธิคือจิตใจที่จดจ่อ แน่วแน่ สงบ ในทุก ๆ อิริยาบถ ผู้ที่ทำสมาธิเสร็จแล้วจะได้รับการพักผ่อน มีกำลังวังชา จิตใจเข้มแข็ง ร่างกายผ่อนคลายและสามารถทำงานต่าง ๆ ต่อไปได้จากความสัมพันธ์ของสมาธิและสตินี้ วิมลฤดี กุลธรรณย์ (2534) ได้อธิบายว่า การฝึกสมาธิให้เกิดขึ้นสูงกว่าเดิมจะทำให้สติมีความเข้มแข็งขึ้นด้วย และวิธีการฝึกสมาธิก็คือ การตั้งสติระลึกถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เป็นเวลานานที่สุดเท่าที่ทำได้ระยะเวลาหนึ่ง และสมาธิที่เกิดขึ้นนี้เองก็จะเป็นการชักจูงให้มีสติเข้มแข็งหรือมีขนาดใหญ่มากตามมาได้ ว.วชิรเมธี (2547) ก็กล่าวไปในแนวเดียวกันว่า สาเหตุที่มนุษย์ต้องตกอยู่ในความทุกข์ก็เพราะอยู่ในอาการ “ขาดสติ” วิธีที่จะเยียวยาได้ดีที่สุด คือ การฝึกสมาธิเพื่อให้ได้สติมาประจำการอยู่ในใจของเราทุกลมหายใจเข้าออก วิธีการก็ด้วยการเอาจิตมาจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าและลมหายใจออกของตัวเอง ทำอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ สักพัก จิตจะสงบเป็นสมาธิ สติคือความรับผิดชอบชั่วดีจะกลับคืนมาและมองเห็นตัวเอง (ด้วยปัญญา) ชัดเจนขึ้น การฝึกสมาธิเพื่อให้จิตมีสติสมบูรณ์ จิตใจจะพบกับความสงบสุข ความปลอดโปร่งโล่งเบาเป็นอิสระ

สุเทพ พรเมธี (2544) เรียกการฝึกสติในชีวิตประจำวันว่า การเจริญสติปัญญาในชีวิตประจำวัน และให้ความเห็นว่าการดำรงชีวิตในแต่ละวันมนุษย์ต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่ตื่นนอน ทำกิจวัตรต่าง ๆ ไปทำงานพบปะผู้คนมากมายมีทั้งดีและไม่ดี บางครั้งก็ทำให้ดีใจ บางครั้งก็เสียใจเสียความรู้สึก จึงจำเป็นต้องรู้จักฝึกเจริญสติปัญญาเพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างการฝึกสติ เช่น การกำหนดรู้ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การเรียน การเล่น การทำงาน เป็นต้น และบันทึกผลว่าในวันหนึ่ง ๆ ตัวเราได้รับรู้ จากทางตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจอย่างไรบ้าง ให้รู้จักกำหนดสติไว้เสมอ ๆ ดังบทกลอนที่ว่า

เมื่อตาเห็น	หูได้ยิน	ลิ้นลิ้มรส
จมูกได้กลิ่น	ต้องกำหนด	รู้กันทั่ว
กายสัมผัส	แจ้งหรือเย็น	เป็นรู้ตัว
ใจคิดนึก	ตรึกคิดชั่ว	สติทัน

กระทบขอบ	รู้ว่าขอบ	ตอบใจได้
กระทบโกรธ	ระงับไว้	อย่าหุนหัน
เกิดอยากได้	สติไว้	ยังคิดทัน
สตินั้น	เตือนระลึก	รู้ตัวตาม
เห็นได้ขึ้น	กลืนรส	สัมผัสสติ
ต้องยังจิต	ใช้สติ	รีบได้ถาม
ขาดสติ	ยังคิด	พลาดผิดพลาด
เสียสติ	ถูกประณาม	เป็นบ้าเอ๋ย

(สุเทพ พรหมเลิศ, 2544, หน้า 118 อ้างอิงจาก ศ.กิตติคุณ อำไพ สุจริตกุล, ม.ป.ป.)

จากประโยชน์ของการฝึกสติที่มีมากมาย มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาลของไทยได้สังเกตเห็น และได้แนะนำแนวคิดเรื่องสติไปประยุกต์ในงานด้านสุขภาพจิต เช่น นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2546) ให้ความหมาย สติ ว่าเป็นความรู้ตัว เช่น รู้ว่ากำลังเดิน รู้ว่ากำลังโกรธ รู้ว่ากำลังสงสัย รู้ว่ากำลังทุกข์ใจ เป็นต้น การรู้ตัวดังกล่าวมีข้อบังคับอยู่ 2 ประการคือ

1. ต้องเป็นปัจจุบัน หมายถึง การรู้ตัวนั้นต้องรู้ในขณะนั้นๆ ไม่ใช่การคิดย้อนหลังแล้วรู้ตัว แม้ว่าการคิดย้อนหลังแล้วรู้ตัวจะเป็นสิ่งดีและแสดงว่ามีความรู้ตัวอยู่บ้าง ทว่ายังไม่จัดว่ามีสติครบถ้วน

2. ต้องบอกด้วยภาษา คำว่าบอกอาจใช้คำว่า ติดฉลาก (Label) ว่าอารมณ์นี้คืออะไร สามารถบอกได้ว่ากำลังมีท่าทางกระทำการอย่างไร การบอกนี้ใช้ภาษา จึงไม่ใช่แค่รู้ แต่ต้องบอกได้ ถ้าใช้การพูดก็เป็นภาษาพูด เช่น “ฉันกำลังโกรธ” ภาษาเขียน “ฉันโกรธ”

การเพิ่มปริมาณของสติเข้าไป ก็จะทำให้รู้ทันอารมณ์ สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถชักนำหนักถึงสิ่งที่ควรจะได้ด้วย การฝึกฝนสติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ฝึก มีการศึกษาถึงสารเคมีในสมองและในเลือด พบว่าการฝึกสติสามารถลดฮอร์โมนที่ชื่อ คอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนพวกสเตียรอยด์และหลั่งออกมาจำนวนมากเมื่ออยู่ในภาวะเครียด และสามารถลดระดับสารนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่พบว่า มีระดับเพิ่มมากขึ้นในภาวะกลับด้านของโรคซึมเศร้า เรียกว่าโรคอารมณ์คลั่งหรือเมเนีย (Mania) นอกจากนี้ เทอดศักดิ์ ได้นำเสนอและบูรณาการความรู้ด้วยหลักของสติควบคู่ไปกับหลักความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient หรือ EQ) เรียกวิธีการนี้ว่า สติบำบัด (Awareness Therapy) เป็นแนวทางการบำบัดอาการทางจิตใจอย่างหนึ่ง แนวคิดการบำบัดวิธีนี้เริ่มมาจากการศึกษาความก้าวหน้าของความฉลาดทางอารมณ์ในแง่ของการนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และปรับตัวกับปัญหาความขัดแย้งในจิตใจทั้งหลาย ซึ่งในบรรดาทักษะที่จำเป็นในการ

ฝึกฝนความฉลาดทางอารมณ์นั้น การมีสติรู้ในอารมณ์ (Emotional Awareness) เป็นพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งยวด จากความสนใจในพุทธศาสนาและมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติในเรื่องของสติและสมาธิมานานหลายปี (โดย อาจารย์เรณู ทัศนรงค์ และคณะวิทยากรของยุวพุทธิกสมาคม ใช้รูปแบบการจัดวิปัสสนากรรมฐานตามแนวทางของ ดร.สิริ กรินชัย) เทอดศักดิ์ จึงเกิดการบูรณาการทางความคิดได้ว่า การมีสติรู้ในอารมณ์นั้นก็เป็นบทเรียนหนึ่งของสติปัญญา 4 จึงได้สรุปหลักสำคัญของการบำบัตวิธินี้ไว้ดังนี้ คือ หลักการของสติปัญญาร่วมกับแนวทางการฝึกความฉลาดทางอารมณ์ เน้นการฝึกรู้อารมณ์ตนเองเป็นหลักด้วยการเขียนบอกในสมุดบันทึก ร่วมไปกับการฝึกทางร่างกาย สติบำบัติได้ผลดีในการเปลี่ยนแปลงจิตใจและพฤติกรรม รวมทั้งช่วยเยียวยาความผิดปกติทางอารมณ์ต่าง ๆ ลงไปได้ โดยมีความรวดเร็วต่อการตอบสนองต่อการบำบัติอย่างเห็นได้ชัด

คาราวรรณ ต๊ะปีนตา (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (STAI) และแบบวัดสติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า คะแนนความวิตกกังวลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ในระยะหลังทดลองและในระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้มีการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ กับกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างเดียว หรือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกสติอย่างเดียว พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บราวน์ และ ไรอัน (Brown & Ryan, 2003) ทำการวิจัยเรื่อง คุณประโยชน์ของการอยู่กับปัจจุบัน: บทบาทของสติต่อความผาสุกทางจิตใจ (The Benefits of Being Present: The Role of Mindfulness in Psychological Well-Being) ได้อภิปรายเกี่ยวกับบทบาทของสติโดยมีการเปรียบเทียบให้เห็นธรรมชาติของการมีสติ (Mindfulness) และไร้สติ (Mindlessness) ไว้ว่า ลักษณะสำคัญของการมีสติคือการตระหนักรู้ (Awareness) และมีความตั้งใจใส่ใจ (Attention) การตระหนักรู้เป็นเหมือนอุปกรณ์คอยตรวจจับระดับความรู้สติ ความตั้งใจใส่ใจเป็นกระบวนการเพ่งความสนใจไปยังการตระหนักรู้เพื่อให้ได้มาซึ่งความไวต่อประสาทสัมผัสที่มากขึ้นต่อประสบการณ์ที่จำกัด โดยแท้จริงแล้วความตั้งใจใส่ใจและการตระหนักรู้เกี่ยวโยงสัมพันธ์กันในลักษณะ ความตั้งใจใส่ใจทำให้เกิดความต่อเนื่องของการสร้างภาพการตระหนักรู้และคงอยู่ในระยะเวลานาน ส่วนธรรมชาติของไร้สติ คือ การแสดงออกของการไม่มีสติ จูงใจให้มีการปฏิเสธ

การรับรู้ ความคิด และอารมณ์ต่าง ๆ สิ่งสำคัญของการมีสติคือช่วยบุคคลให้หลุดออกจากความคิดอัตโนมัติ นิสัยหรือความเคยชินเดิม ๆ ที่เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องต่อสุขภาพ ดังนั้นจึงเปรียบเป็นบทบาทหลักของการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเชื่อมโยงในระยะยาวกับความผาสุกในชีวิต

มีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาประโยชน์ของการฝึกสติ เช่น การฝึกสติด้วยการฝึกอบรมตามแนวทางพุทธที่เรียกว่า วิปัสสนากรรมฐานช่วยลดตัวแปรของจิตพยาธิวิทยาและความเครียด ซึ่งทำให้เกิดประสิทธิผลในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติด (พริ้มเพรา คิษยวณิช และวาสนา พัฒนกำจร, 2542) ช่วยเพิ่มระดับของเข่าอารมณ์ด้านความมั่นคงทางจิตใจและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (พริ้มเพรา คิษยวณิช, 2544) และช่วยลดความเครียด (สุจิตรา จรัสศิลป์, 2545) นอกจากนี้การฝึกสติในรูปแบบการฝึกสติ ที่เรียกว่า อานาปนสติ พบว่าช่วยลดความเครียดในนักเรียนพยาบาล (พัทยา อุดมสินคำ, 2541) ลดความวิตกกังวลด้านการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (จุพรรณ วงศ์วาทติ, 2545) ช่วยทำให้สมาธิและผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ดีขึ้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (พลสุข บุญพิทักษ์, 2546) ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น (สุติพร ศรีไชยวาน, 2542) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีสุขภาพจิต 6 ด้านดีขึ้น คือ ด้านการยั้งคิดยั้งทำ ด้านความรู้สึกไม่ชอบต่อคนอื่น ด้านความวิตกกังวล ด้านความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ด้านความหวาดระแวง และด้านอาการโรคจิต (กัญญชลิ บุญสอน, 2542) ในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีระดับความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง (ธัญญภรณ์ คุณสมบัติ, 2544)

สำหรับงานวิจัยของต่างประเทศที่ศึกษาเรื่องของ Mindfulness ชูกิวิรา (Sugira, 2004) ได้ศึกษาเรื่อง สติแบบมีอุเบกขาและความกังวล: การวิเคราะห์รูปแบบความคิดในภาพใหญ่ (Detached Mindfulness and Worry: A Meta-Cognitive Analysis) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาหญิงจำนวน 127 ราย อายุเฉลี่ย 19.30 ปี สนใจในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ 1) แบบสอบถามที่วัดความกังวลของมลรัฐเพนซิลวาเนีย (Penn State Worry Questionnaire or PAWQ) เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความถี่และความรุนแรงของความกังวล 2) แบบวัดความคิดในภาพใหญ่ที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Related Meta-Cognition) จะเป็นคำถามที่มุ่งเน้นให้ผู้ตอบแสดงรูปแบบของความคิดของตนเองออกมาในกระบวนการแก้ปัญหาตามโจทย์ที่เป็นสถานการณ์ที่ก่อความเครียด ให้ระบุระดับความคิดซึ่งเป็นตัวนำไปสู่ความกังวล รูปแบบความคิดมี 2 ลักษณะคือ ความคิดลบที่เกิดขึ้นขณะนั้น จำนวน 19 ข้อ และความคิดที่เกิดต่อเนื่องตามมา อีก 14 ข้อ 3) แบบวัดรูปแบบความคิดที่เกี่ยวข้องกับการทำสมาธิ (Scale of Meditation-Related Cognitive Styles or SMCS) เป็นการวัดรูปแบบความคิดขณะที่ได้ทำสมาธิ (Transcendental Meditation) ซึ่งมี 3 ประเด็นย่อย คือ การเต็มใจรับ (Receptiveness) ความสุข

นำไปสู่ความโชคดี (Happy-go-Lucky Attribution) และการยืดหยุ่น (Flexibility) ผลการศึกษาสนับสนุนให้เห็นความสำคัญว่าระดับการมีสติที่ดีแสดงถึงความกังวลที่ลดลง

มิลล์ และอัลเลน (Mills & Allen, 2000) ได้ทำการวิจัยแบบ Pilot Study เรื่อง กลวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการพัฒนาสติในการเคลื่อนไหว (Mindfulness of Movement as a Coping Strategy in Multiple Sclerosis) วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ คือศึกษาประสิทธิผลของการฝึกสติกับการเคลื่อนไหวในการช่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการในผู้ป่วยด้วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งจำนวน 8 คน โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่คงความต่อเนื่องการดูแล ณ ปัจจุบันไว้ มีการประเมิน 3 ช่วง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ผลการทดลองพบว่า การประเมินทางร่างกายเรื่องความสมดุลในกลุ่มทดลองมีพัฒนาที่ดีขึ้นหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปคือ การฝึกฝนในการมีสติกับการเคลื่อนไหวแสดงให้เห็นผลที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการจัดการอาการในผู้ป่วยด้วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) และภาวะซึมเศร้า

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy or CT)

ความหมาย

การบำบัดทางปัญญามีการเรียกชื่อที่หลากหลายขึ้นกับผู้ให้คำจำกัดความเป็นภาษาไทย แต่ละท่าน ในความหมายตามคำศัพท์ สมพร บุขราทิจ และเชียรชัย จามทิพย์วัฒนา (2542) ให้ความหมายของ Cognition (ความรู้ ความเข้าใจ) ว่าหมายถึง กระบวนการทางความคิด ซึ่งประกอบด้วย ความเข้าใจ (Comprehension) การตัดสินใจ (Judgment) ความจำ (Memory) และการใช้เหตุผล (Reasoning) และอธิบายเพิ่มเติมว่า Cognitive Psychotherapy หรือบางครั้งเรียก Cognitive Behavior Psychotherapy เป็นจิตบำบัดระยะสั้นสาขาหนึ่ง เน้นการรักษาที่อาการเฉพาะบางอาการ โดยมีสมมุติฐานว่า อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายมีพื้นฐานมาจาก ความรู้ ความเข้าใจในแง่ลบ (Negative Cognition) การรักษาจึงทำโดยการสอนให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึง กระบวนการคิดในแง่ลบ และเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดนั้นให้สอดคล้องกับความเป็นจริง จันทิมา องค์ไพบูลย์ (2545) ได้อธิบายว่าในกลุ่มการบำบัดทางปัญญา เป็นการรักษาที่รวบรวมสาระสำคัญของพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) จิตวิทยาทดลอง (Experimental Psychology) และจิตบำบัดไดนามิก (Psychodynamic Psychotherapy) และยังสามารถพัฒนาและประยุกต์แนวทางการรักษา และเทคนิคของการรักษาของตนเองไปจนมากมายหลายรูปแบบ แต่ทุกรูปแบบของการบำบัดทางปัญญามีหลักการอยู่สามเรื่อง คือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิด

เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนการนึกคิด กลุ่มการบำบัดทางปัญญา จึงเป็นการรักษาที่ต้องการแก้ไขความผิดปกติของกระบวนการคิด หรือ การนึกคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) และพฤติกรรม (Behavior) โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว

หลักการของการบำบัดทางปัญญา

แอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ผู้ริเริ่มนำแนวการรักษาแบบดังกล่าวมาใช้ตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1960 จนเป็นที่นิยมอย่างสูงในปัจจุบัน จากคำอธิบายของ จูดีท เอส เบค (Beck, 1995) ได้นำเสนอหลักการไว้ว่ามี 10 หลักการ คือ

1. พยายามเข้าใจวิธีการสร้างความคิด (Formulation) และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในแง่กระบวนการคิด ในหลักการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1) เป็นการที่ผู้รักษายพยายามเข้าใจว่าขณะนี้ผู้ป่วยคิดอะไร (Current Thinking) เมื่อคิดอย่างนี้แล้วพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามมา (Problematic Behaviors) คืออะไร ขั้นตอนที่ 2) คือการค้นหาว่าเหตุการณ์ที่มากระตุ้น (Precipitating Factors) ให้เกิดการรับรู้ผิด ๆ จนเกิดอารมณ์เศร้าคืออะไร ขั้นตอนที่ 3) จะเป็นการค้นหาสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีตที่สำคัญ (Developmental Events) ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดวิธีการตีความหมายของเหตุการณ์และเป็นวิธีคิดตัวที่ทำให้ส่งเสริมการเกิดอารมณ์เศร้า (Predisposing Factor)

2. จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ในเชิงการบำบัด (Therapeutic Alliance) คือผู้บำบัดต้องสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง อบอุ่น มีความเข้าใจอย่างแท้จริงไม่เสแสร้ง ตั้งใจและให้ความสนใจรับฟังอย่างใกล้ชิด แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ และสรุปความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มองโลกในแง่ดี สุดท้ายผู้บำบัดต้องให้ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อแสดงว่าผู้บำบัดเข้าใจผู้ป่วยและผู้ป่วยรู้สึกในทางที่ดีที่มารับการรักษา

3. เน้นการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในเชิงรุก (Active Participation) ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ทั้ง 2 ฝ่ายต้องช่วยกันตัดสินใจว่าจะพูดเกี่ยวกับอะไรในการพบกันแต่ละครั้ง ความถี่ในการพบกัน และการบ้านที่ต้องกลับไปทำ ในระยะแรกผู้บำบัดจะเป็นผู้เสนอแนวทางก่อน (Active) และสรุปสาระที่ได้คุยกัน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นและเริ่มพูดคุยมากขึ้น (Socialize) ผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้เสนอบ้าง เพิ่มความสามารถให้มากขึ้นโดยให้ผู้ป่วยพยายามค้นหาความคิดที่บิดเบือน สรุปสาระสำคัญและตั้งการบ้านให้กับตนเองได้

4. การบำบัดแนว CT เน้นที่เป้าหมาย (Goal Oriented) และปัญหา (Problem Focused) ในการพบกันครั้งแรก ๆ จึงเป็นการประเมินปัญหาแล้วร่วมกันตั้งเป้าหมาย เป้าหมายอาจจะเป็น

ทางด้านพฤติกรรม ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการประเมินความคิดว่าเป็นความคิดที่ตรงกับเรื่อง
อย่างไร โดยการตรวจสอบจากหลักฐานที่มีอยู่ ผู้บำบัดควรสนใจว่ามีอุปสรรคที่ขัดขวางผู้ป่วย
ในการแก้ปัญหาและเข้าถึงจุดมุ่งหมายหรือไม่อย่างไร

5. ในระยะแรกของ CT จะเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเน้นที่เหตุการณ์
หรือสถานการณ์เฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ การแก้ปัญหาหรือเข้าใจปัญหาที่กำลังทำให้ทุกข์
ทรมานโดยเข้าใจตามที่เป็นจริงได้จะทำให้อาการดีขึ้น ผู้บำบัดจึงควรเริ่มการรักษาด้วยการสำรวจ
ปัญหาในขณะนั้น (Here and Now) ไม่ว่าการวินิจฉัยโรคจะเป็นอย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดจะหันไป
สนใจอดีตก็ต่อเมื่อตัดสินได้ว่าต้องทำความเข้าใจว่าความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์
(Dysfunctional Idea) เริ่มขึ้นเมื่อไรและเริ่มขึ้นอย่างไร และความคิดนั้นส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร
จุดมุ่งหมายคือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความเชื่อทั้งในอดีตและปัจจุบันว่าเชื่อได้ตรงกับความจริง
ขนาดไหนและช่วยให้พัฒนาความเชื่อที่สมเหตุสมผลมากขึ้นหรือทำหน้าที่ได้มากขึ้น

6. CT จะเหมือนกับสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อว่าผู้ป่วยจะสามารถเป็นผู้รักษา
ให้แก่ตนเองได้และเป็นการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ในชั่วโมงแรก ๆ ผู้บำบัดจะให้ความรู้
เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยว่ามีการดำเนินโรค และรูปแบบการรักษาเป็นอย่างไร (คือสอนให้เข้าใจเรื่อง
ความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม) จากนั้นก็อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการบำบัด
ตามแนว CT โดยเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย พิสูจน์ความคิดความเชื่อของตนเอง ค้นหา
วิธีการประเมินและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสอนผู้ป่วยว่าจะทำอะไรเกี่ยวกับ
กระบวนการข้างต้น

7. CT เป็นเรื่องของการต้องจำกัดเวลา ส่วนใหญ่แล้วในผู้ป่วยซึมเศร้าและวิตกกังวล
แบบตรงไปตรงมาจะรักษาด้วยวิธีนี้เพียง 4-14 ครั้ง พบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าภาวะซึมเศร้า
รุนแรงมาก ๆ อาจพบบ่อยขึ้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นอาจพบกันห่างขึ้นเป็นทุก 2 สัปดาห์ และ
1 เดือนตามลำดับ แม้สิ้นสุดการรักษาก็อาจนัดพบทุก 3 สัปดาห์อีกนาน 1 ปีเพื่อกระตุ้น (Booster)

8. CT ในแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างการทำงาน คือจะประกอบด้วยการตรวจสอบอาการ
สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ ร่วมกันกำหนดเรื่อง (Agenda) ในครั้งนั้น อภิปราย
เกี่ยวกับเรื่องในครั้งนั้น ตั้งการบ้าน และสรุปในตอนท้ายของการพบกันทุกครั้งร่วมกับการให้
ข้อมูลย้อนกลับ การมีโครงสร้างจะทำให้เข้าใจกระบวนการรักษาง่ายขึ้น ผู้ป่วยเองก็สามารถใช้
โครงสร้างเดียวกันนี้รักษาตนเองภายหลังการบำบัดสิ้นสุดลงได้ โครงสร้างแบบนี้จะเพิ่มความ
สนใจไปที่สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยและช่วยทำให้ใช้เวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. CT จะสอนให้ผู้ป่วยระบุมุมความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ให้ได้ แล้วประเมิน
ความคิดความเชื่อนั้น ตรวจสอบพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดความเชื่อนั้น ให้ผู้ป่วย

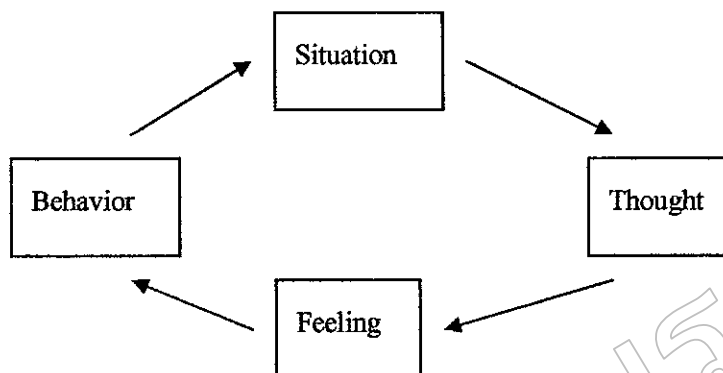
ตรวจสอบว่าการคิดอย่างนั้นต่อตนเอง ต่อโลกภายนอก และต่อคนอื่น ๆ มีความหมายอย่างไร ตรงกับความเป็นจริงและมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ อย่างไร

10. CT เปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ หลากหลายวิธี ได้แก่ Socratic Questioning และ Guided Discovery นอกจากนี้ยังใช้วิธีการอื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในวิธีการรักษาวิธีอื่น ๆ เช่น Behavior Therapy และ Gestalt Therapy เป็นต้น การจะเลือกวิธีใดก็ขึ้นกับวิธีการสร้างความคิดของผู้ป่วย (Case Formulation) และวัตถุประสงค์ของการรักษานั้น

แนวคิดสำคัญ

จากหลักการของ CT ทั้ง 10 ข้อ อัลฟอร์ด และเบค (Alford & Beck, 1997) ได้สรุปแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด กับ อารมณ์ ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ โดยทั่วไปเมื่อเกิดสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นบุคคลมักจะเกิดความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ ตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ โดยเข้าใจว่า ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสถานการณ์ แต่จากคำอธิบายของเบค ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมาได้รับอิทธิพลจากแบบแผนความคิดของบุคคลนั้นที่มีต่อสถานการณ์ ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าเป็นความคิดแบบใด แบบแผนความคิดที่สำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุกข์นำไปสู่ปัญหา คือ แบบแผนความคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันอยู่ตลอดเวลา เป็นความคิดที่มาเร็วมาก และมักคงอยู่ชั่วเวลาสั้น ๆ โดยทั่วไปบุคคลมักจะไม่ค่อยรู้ตัวว่ากำลังคิดอะไรอยู่ เบคให้ความสำคัญกับความคิดอัตโนมัติ เนื่องจากความคิดจะเชื่อมโยงกับอารมณ์และพฤติกรรม ความคิดมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic Negative Thought) เป็นความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ คือ บิดเบือนไปจากความจริง หรือขาดความสมดุลที่ใกล้เคียงกับข้อเท็จจริง มักจะเชื่อมโยงให้เกิดอารมณ์และ/หรือพฤติกรรมที่รุนแรงและไม่เป็นประโยชน์ ความบิดเบือนทางความคิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ คิดแบบสุดโต่ง (All or Nothing Thinking) คิดทางร้าย (Catastrophizing) ไม่ยอมรับด้านบวก (Discounting the Positive) ใช้อารมณ์นำในการคิดหาเหตุผล (Emotional Reasoning) ติดตรา (Labelling) ขยายความให้มาก/น้อยเกินจริง (Magnification/ Minimization) การคัดกรองทางความคิด (Mental Filter) การอ่านใจ (Mind Reading) การขยายความครอบคลุมเกินไป (Overgeneralization) ควรจะ น่าจะ/ ต้อง (Shoulds/ Must) เป็นต้น ลักษณะเฉพาะของแต่ละรูปแบบของความคิดที่บิดเบือน จะมีความสำคัญในแง่ของการอบการรักษา (Corey, 1996; Weinstein & Tapanya, 2005 a)

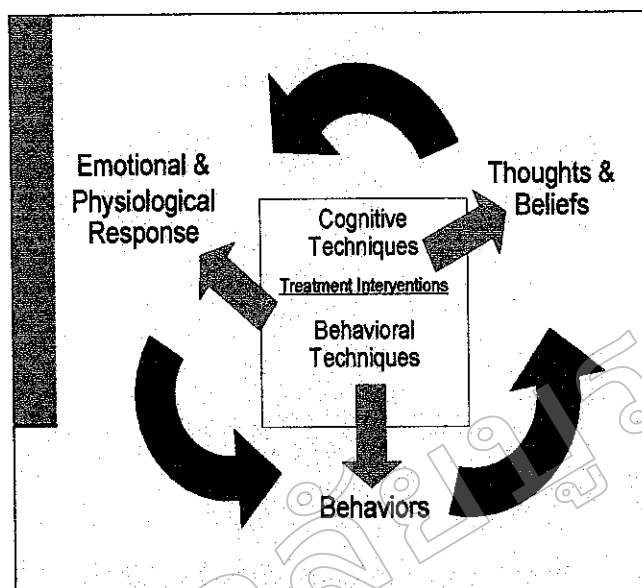
แนวคิดนี้สามารถแสดงให้เห็นชัดเจน ดังภาพที่ 1 รูปแบบความคิดและพฤติกรรม (Basic Cognitive Behavioral Model or Basic CB Model)



ภาพที่ 1 รูปแบบความคิดและพฤติกรรม (Basic CB Model) (Weinstein & Tapanya, 2005 a)

แนวทางการบำบัดรักษา

การบำบัดวิธีนี้มีประโยชน์และใช้เวลาระยะสั้นในการรักษา นิยมใช้รักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี จากที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นว่า เบค (Alford & Beck, 1997) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีการบิดเบือนของความคิดสามประการ (Cognitive Triad) คือ ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต การตอบสนองทางพฤติกรรมที่ผิดปกติจะเกิดกลับไปกลับมา และกระตุ้นซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นวงจรอันตราย (Vicious Cycle) วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) เป็นกิจกรรมหลักของการบำบัดรักษาแนวนี้ เป็นการรักษาที่ผู้บำบัดมีบทบาทและเป็นผู้กระทำ (Active) ในการรักษาและใช้วิธีชี้นำทาง (Directive) เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการ เน้นหนักไปที่การแก้ไขความคิดที่บิดเบือนหรือมีการปรับตัวไม่ดี จุดประสงค์สำคัญของการบำบัดด้วยวิธีนี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ความไม่ถูกต้องของข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความคิด และเรียนรู้ยุทธศาสตร์และวิธีการต่าง ๆ ที่ใหม่เพื่อจัดการกับความความคิดที่บิดเบือนนี้ ในทางปฏิบัติแล้วการรักษาไม่ได้มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนความคิดเพียงอย่างเดียว กล่าวคือการใช้แนวคิดของพฤติกรรมบำบัด ควบคู่ไปกับการปรับความคิด ปรับอารมณ์ และการปรับสมดุลของร่างกาย ความเกี่ยวเนื่องเช่นนี้ทำให้บางครั้งนิยมเรียกรวมกันไปว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป้าหมายหลักของการบำบัด คือ ปรับความคิด ปรับความรู้สึก และปรับพฤติกรรม (Weinstein & Tapanya, 2005 a) ภาพที่ 2 แสดงถึงแนวคิดในการรักษา (CB Treatment Model) ดังนี้



ภาพที่ 2 แนวคิดในการรักษา (CB Treatment Model) (Weinstein & Tapanya, 2005 a)

เทคนิคสำคัญ

เทคนิคที่จะนำมาใช้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนด้านความคิด ด้านความรู้สึก และพฤติกรรม มีหลากหลายวิธี (Weinstein & Tapanya, 2005 a) ดังนี้

ด้านความคิด

- การปรับโครงสร้างความคิด เช่น ถามแบบกระตุ้นให้คิด (Socratic Questioning)

บันทึกความคิด

- การพูดกับตัวเอง (Self Instruction)
- การปรับอารมณ์ เช่น การให้ชื่ออารมณ์ การฝึกสติ
- การฝึกป้องกันความเครียด

ด้านพฤติกรรมและทักษะการจัดการปัญหา

- การผ่อนคลาย เช่น การหายใจ
- การปรับปรุงการดูแลตนเอง
- การแก้ปัญหา
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นอกจากนี้ ไวน์สไตน์ และ ตบปณี ตาปัญญา ยังได้อธิบายเพิ่มเติมอีกว่า การสรุปภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละราย (CBT Case Conceptualization) จะช่วยเป็นแนวทางให้ผู้บำบัด ในการเลือกวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากภาพรวมจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ

ที่ชัดเจนถึงความเชื่อมโยงระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยเฉพาะการเชื่อมโยงความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์กับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์

ในงานวิจัยของ เชพเพิร์ด และทีสเดิล (Sheppard & Teasdale, 2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของ ความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (Dysfunctional Thinking) กับภาวะซึมเศร้า (Major Depression) ในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าเฉียบพลัน (Acutely Depressed Patients) จำนวน 20 คน กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการบรรเทาบางส่วน (Partially Remitted Depressed Patients) จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีการศึกษา 2 อย่าง คือ 1) การประเมิน การเข้าถึงโครงสร้างความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และ 2) การเฝ้าติดตามความคิดตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการบรรเทาบางส่วน มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าเฉียบพลันในเรื่อง การประเมิน การเข้าถึงโครงสร้างความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ แต่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมในเรื่อง การเฝ้าติดตามความคิดตนเอง จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้แนะนำว่า การลดลงของความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการเพิ่มขึ้นของการเฝ้าติดตามความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เชื่อมโยงกับการบรรเทาของภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยยังอภิปรายทิ้งท้ายไว้ว่า การแปลความโดยอัตโนมัติของเหตุการณ์ผ่านโครงสร้างความคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ขาดการตรวจสอบด้วยการเฝ้าติดตามความคิด ทำให้อารมณ์ซึมเศร้าแย่ลงและกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมที่สามารถเข้าไปช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้มีการตระหนักรู้และเฝ้าติดตามความคิด ซึ่งได้แก่ โปรแกรม MBCT เป็นการลดหรือบรรเทาอาการซึมเศร้าได้

ตัวอย่างในวิทยานิพนธ์ของไทย ที่ได้ศึกษาในเรื่องผลของการฝึกสติ เปรียบเทียบกับผลของการให้คำปรึกษาที่มีพื้นฐานทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดที่มีต่อภาวะซึมเศร้า โดย กนกศรี จาดเงิน (2543) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปนสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรีที่มีคะแนนจากแบบวัดซึมเศร้าในเด็ก หรือ ซีดีไอ (Children's Depression Inventory or CDI) ตั้งแต่ 15-21 จำนวน 74 ราย รวบรวมง่ายได้ 21 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 7 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีภาวะซึมเศร้ามัลดต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิมีภาวะซึมเศร้ามัลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลเพียงระยะเดียว และพบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลลดต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าในการปรับความคิดเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าจะเห็นผลได้ทันทีหลังการทดลอง ส่วนการฝึกสตินั้นจะไม่เห็นผลทันที ต้องใช้เวลาดั้งระยะแต่ผลลัพธ์ที่ได้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

การศึกษาวิจัยในประเทศไทยนั้นมีความสนใจในเรื่องของการฝึกสติเป็นจำนวนมาก และสามารถชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของการฝึกไปในทางที่ดีขึ้นในหลาย ๆ ตัวแปร ลักษณะโปรแกรมการฝึกในงานวิจัยเหล่านั้นจะเป็นโปรแกรมการฝึกสติ อบรมวิปัสสนากรรมฐาน และมีบำบัดทางความคิดร่วมในโปรแกรมแต่มีลักษณะที่แยกส่วนกันโดยสิ้นเชิง แต่สำหรับในต่างประเทศได้เริ่มมีการบูรณาการเรื่องของการฝึกสติมาวมกับการบำบัดในเรื่องของความคิดมานานประมาณ 4-5 ปีที่ผ่านมา และมีงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้หลายงานวิจัย ดังที่จะกล่าวถึงความเป็นมาต่อไป

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT)

ความเป็นมาของ MBCT

วิวัฒนาการของแนวคิดการบำบัดวิธีนี้เริ่มต้นมาจาก จอห์น คาบัต ซิน (Jon Kabat-Zinn) จากที่ได้กล่าวมาบ้างแล้วในหัวข้อ “สติ” ว่า คาบัต ซิน (Kabat-Zinn, 1990) ได้บูรณาการวิธีการฝึกสติจากวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาเป็นโปรแกรมของตนเองชื่อว่า โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program or MBSR) ในปี 1990 สาระใน โปรแกรมที่สำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อสติ (Mindfulness Meditation) โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบัน จากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง ผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกอย่างเข้มข้นให้เกิดการเรียนรู้ในการเพ่งความสนใจอยู่กับปัจจุบัน โปรแกรม MBSR เป็นโปรแกรมที่เน้นการฝึกสติใน 2 ลักษณะ คือ 1) การฝึกที่ไม่เป็นทางการ (Informal Methods of Mindfulness Practice) โดยการฝึกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน คงสภาพปัจจุบันนั้นไว้โดยมองผ่านความเจ็บปวดทางกายหรือความเศร้าเสียใจไป มีสติอยู่กับตัวเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ตลอดเวลา 2) การฝึกที่เป็นทางการ (Formal Methods) ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ และการฝึกโยคะ ลักษณะโปรแกรมจะเป็นการเข้ากลุ่ม ๆ ละประมาณ 30 คน พบกับผู้บำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมงครั้ง ทั้งหมด 8 ครั้ง โดยมีพันธะสัญญาร่วมกันในเรื่องความสม่ำเสมอในการฝึกเป็นการบ้านทุกวันซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก โปรแกรมนี้ได้ถูกนำไปใช้มากกว่า 250 หน่วยงาน และมีหลักฐานอ้างอิงจากงานวิจัยจำนวนมาก โอ แอฟเวอร์ เค และฮอว์ตันดีตซ์ (O'Haver Day & Horton-Deutsch, 2004 a) ได้ทบทวนงานวิจัยที่ทดสอบผลของ MBSR ที่มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 และได้ข้อสรุปว่า MBSR ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ดังต่อไปนี้ ลดภาวะกดดันและความเจ็บปวด, ลดความทุกข์ทรมาน, ลดอาการทางร่างกาย, เพิ่มการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัด, เพิ่มการกระตือรือร้นการทำงานของสมองส่วนหน้าในกลุ่มถูกจ้างที่สุขภาพปกติ, พัฒนาศักยภาพในการควบคุมความโกรธ; การควบคุมตนเอง;และทักษะทางสังคม,

เพิ่มความรู้เรื่องการมีคุณค่าในตนเอง, เพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ชื่อ Natural Killer Cell (NK) และลดความอ่อนเพลียในผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

จากนั้น ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานปัญญา (Cognitive Based Therapeutic Strategies) มาเป็นรูปแบบการบำบัดแนวใหม่ที่ใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญาที่ใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (The Cognitive Theory of Depression and Anxiety) เรียก รูปแบบนี้ว่า การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) ซึ่งเริ่มพัฒนาเป็นครั้งแรกในปี 2000 และนำไปพิสูจน์ประสิทธิผลของ MBCT ด้วยการทำวิจัยในคลินิก ซีกัล และ คณะอ้างว่ามีงานวิจัยในต่างประเทศมากมายรายงานผลลัพธ์ด้านบวกของ MBCT ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่หลากหลาย ในโปรแกรม MBCT เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัดแบบ CT จะถูกนำมาใช้ร่วมกับหลักการของการฝึกสติ การปฏิบัติหลักของ MBCT คือ การให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ เทคนิคของ CT ที่ถูกนำมาใช้ได้แก่ การสนทนากับตนเอง (Self-Dialogue) การจินตภาพ (Imagery) การทำบทบาทสมมุติ (Role-Playing) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) และการปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought Patterns) ในการฝึกสติจะเริ่มขึ้นด้วยการให้ความรู้ ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหว และไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญ ใคร่ครวญสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกลึกซึ้งของตนเอง การบูรณาการการเรียนรู้จักความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ 3 ประการในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ 1) การตระหนักรู้จะทำให้ผู้ป่วยสังเกตได้ทันถึงอารมณ์เปลี่ยนแปลงที่อันตราย 2) การตระหนักรู้จะควบคุมเรื่องของการครุ่นคิดคำนึงที่นำไปสู่ความอ่อนแอได้ 3) ผู้ป่วยจะสามารถดึงความคิดตนเองออกจากรูปแบบความคิดที่เป็นลักษณะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติตามความเคยชินได้

แนวคิดหลักของ MBCT

ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (2549, หน้า 70-75) ได้อธิบายรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด ๆ ว่ามี 2 รูปแบบ คือ Doing Mode และ Being Mode

1. Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างสถานการณ์จริง/ สิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับ การรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น อยากให้เป็น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ (เปรียบเทียบกับการขับรถเกียร์อัตโนมัติ เครื่องยนต์จะปรับเกียร์เองตามความเร่งของรถ ในขณะที่

คนจับไม่ตระหนักว่ามีการเปลี่ยนเกียร์ไปแล้วและขณะนี้ใช้เกียร์อะไรอยู่) ในที่สุดความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จะลดช่องว่าง ก็เท่ากับหนทางที่นำไปสู่ความสอดคล้องก็ไม่เกิดขึ้น บุคคลที่วนเวียนอยู่เช่นนี้เรื่อยไป คือเมื่อประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เคยรับรู้ว่าจะมีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้น (อย่างอัตโนมัติ หรือ เคยชิน) ที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจ คับข้องใจ เป็นต้น

2. Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ในขณะที่ Doing Mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being Mode นั้น จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้น นอกจากอยู่กับที่ในปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิด

สรุปใจความว่า Being Mode คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือปฏิกิริยาตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัย เชื่อมโยงกับการเกิดความคิดในเชิงลบ การปรับตัวที่ผิดพลาดในหน้าที่และก่อให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องกรอบแนวคิดของทฤษฎีทางปัญญาของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Cognitive Model of Depression and Anxiety) ซึ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับ Mental Modes ในฐานะของโครงสร้างของจิต (Structures of the Mind) ใ้ว่า Mental Modes เหล่านี้ จะถูกสะท้อนออกมาในลักษณะ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และอาจอยู่อย่างต่อเนื่องถาวรของความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จนกลายเป็นความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตต่อมาได้

โครงสร้างของ MBCT

ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) อธิบายโครงสร้างหลักของ MBCT ไว้ว่า การพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยในช่วงต้น ๆ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับ Doing Mode เข้าใจกลไกการทำงานของจิตและความเป็นไปที่เกิดขึ้น จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่โดยอาศัยการฝึกสติอย่างเข้มข้น เมื่อทักษะในเรื่องสติพัฒนาเพิ่มขึ้นแล้ว ก็จะสอนให้พึ่งสติมากขึ้นในชีวิตประจำวัน พิจารณาอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของ The Doing Mode ค่อย ๆ เรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก The Doing Mode มาสู่ The Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาไว้เพื่อให้อยู่กับปัจจุบันอย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ สิ่งสำคัญที่เน้นสำหรับโปรแกรมนี้คือ ประสบการณ์การฝึกสติของตัวผู้บำบัด การบำบัดในโปรแกรมนี้จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าตัวผู้บำบัดเองยังฝึกสติของตนเองไม่ได้ ดังนั้นการวางแผนและการเตรียมตัวที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

ขั้นตอนของโปรแกรม MBCT

ในการศึกษาของ โอ แฮฟเวอร์ เด และฮอร์ตันคันช์ (O'Haver Day & Horton-Deutsch, 2004 a) ได้อธิบายขั้นตอนของโปรแกรม MBCT ไว้ว่ามี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ เริ่มด้วยการอธิบายปรัชญา หรือแนวคิดของการบำบัด และการฝึกเพื่อบำบัด ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมาย การบำบัด และความคาดหวัง กิจกรรมการบำบัดเป็นการเชื่อมโยงให้รู้จักการทำงานของจิตด้วยการฝึกสมาธิเพื่อพัฒนาสติ ผู้ป่วยถูกสอนให้รู้จักความคิดของตนเอง เรียนรู้ทำความเข้าใจสถานการณ์และปฏิกิริยาตอบสนองของตน แบบฝึกหัดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยวาดภาพมโนทัศน์เชื่อมกันระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

ขั้นตอนที่สอง ช่วงปฏิบัติการ (Working Sessions of MBCT) ในช่วงต้นนี้ นำเข้าสู่กิจกรรมตามโครงสร้างของทฤษฎีการเรียนรู้ เช่นการติดตามดูความคิดตนเอง การสังเกต และจัดการกับทัศนคติที่ไม่ดี และจากนั้นก็ฝึกการทำสมาธิ ผู้บำบัดจะสอนให้บุคคลมีความตระหนักรู้ในอาการและอาการแสดงของตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาให้เคยชินกับการสังเกตการตอบสนองอารมณ์ ความรู้สึก และการรับสัมผัสทางกายขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ และโดยเฉพาะให้เรียนรู้การแยกแยะอาการสำคัญ ๆ ที่จะทำนายได้ว่าจะก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยถูกสอนให้อยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวล ในอนาคต ในช่วงกลาง (Middle Working Session) เน้นการส่งเสริมพัฒนาวิธีการจัดการประสบการณ์ที่ยากขึ้นด้วยการใช้สมาธิ การฝึกประสบการณ์ทำสมาธิที่ยากขึ้น ช่วงท้าย (Later Working Session) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนความคิดเพื่อป้องกันการกลับทรุดของการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ค้นหาความคิด และความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพัฒนาทางเลือกให้ตนเองใหม่เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเป็นสุข

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final or Termination Sessions of MBCT) มีเป้าหมายส่งเสริมการสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการบำบัด ต่อทักษะการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้บำบัดรวมอภิปรายถึงแผนกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่จะจัดการกับความปรารถนาต่าง ๆ และส่งเสริมให้เกิดความสุข เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำวิธีการทางจิตบำบัดมาใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์ MBCT

ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ และกระบวนการของ MBCT ไว้ดังนี้

1. เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าในอดีตและเรียนรู้ทักษะที่จะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้กลับมามีความตระหนักรู้มากขึ้นในเรื่องของ สัมผัสทางกาย ความรู้สึก และความคิดจากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่ง
3. เพื่อให้มีพัฒนาการในวิถีทางที่แตกต่างจากเดิมในการรับสัมผัสทางกาย ความรู้สึก และความคิด โดยเฉพาะการยอมรับอย่างมีสติในความคิด ความรู้ที่ไม่เป็นที่ต้องการ มากกว่าการตอบสนองไปโดยอัตโนมัติตามความเคยชิน
4. เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถที่จะเลือกตอบสนองอย่างมีทักษะต่อ ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

กระบวนการของ MBCT

กระบวนการของ MBCT จะเริ่มด้วย การสัมภาษณ์เพื่อการประเมินเบื้องต้น (The Initial Assessment Interview) เป็นการสัมภาษณ์ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป้าหมายการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้บำบัดได้เรียนรู้ปัจจัยที่ทำให้เกิดและคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าในผู้เข้าร่วม โปรแกรมแต่ละคน และเพื่ออธิบายภูมิหลังของ MBCT พร้อมเน้นให้เข้าใจว่าเป็นการฝึกที่ต้องใช้ความอดทนและสม่ำเสมอตลอด 8 สัปดาห์ จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรม (The Class Size) ใน MBSR ขนาดที่เหมาะสมประมาณ 30 คน แต่ใน MBCT ขนาดที่เหมาะสมควรจะเล็กกว่า คือ ไม่เกิน 12 คน (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

การบำบัดมีการพบกันทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในระยะแรกคือ ครั้งที่ 1-4 เป็นการเน้นเรื่องการฝึกสติ คือ ฝึกเพ่งจุดสนใจไปยังที่ใดที่หนึ่งในแต่ละชั่วขณะโดยไม่มี การตัดสิน ซึ่งการเพ่งจุดสนใจนี้จะเริ่มจากอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย จากนั้นก็มาเพ่งที่ลมหายใจ และเรียนรู้ที่กลับมามีความตระหนักรู้เมื่อเกิดภาวะที่จิตใจล่องลอยไปจากการเพ่งนั้น หรือเรียนรู้ที่จะเกิดการยอมรับความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึก และระยะที่สอง คือ ครั้งที่ 5-8 เป็นระยะที่พัฒนาสติได้ระดับหนึ่งแล้ว จะเป็นการฝึกการรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และ ความรู้สึกของตนเองได้ทัน และเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่ได้ฝึกมา ใช้กับอารมณ์ ความรู้สึก และ ความคิดที่เกิดในทางลบได้อย่างเหมาะสม และท้ายที่สุดผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการส่งเสริม ให้เกิดความตระหนักรู้มากขึ้นจนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า และพัฒนา แผนการกระทำที่เฉพาะสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น จะเห็นว่าการบำบัดทางเลือกใหม่นี้สามารถทำให้ เห็นถึงประโยชน์ที่มากมายสำหรับการรักษาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิต

งานวิจัยเกี่ยวกับ MBCT

สำหรับงานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรม มีงานวิจัยที่ได้ศึกษาไว้นานกว่า 10 ปีแล้ว เป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการผสมผสานระหว่างการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ คือ งานวิจัยของ คาราวรรณ ต๊ะปีนตา (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ซึ่งได้กล่าวรายละเอียดไปแล้วประเด็นที่อธิบายเรื่อง “สติ”

นอกจากนี้พบว่ามีงานวิจัยที่เป็นแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน แต่ลักษณะ โปรแกรมและวิธีการดำเนินการทดลองแตกต่างกัน เป็นงานวิจัยของ สุครัก จิตต์หทัยรัตน์ และคณะ (2547) เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การปรับพฤติกรรมทางปัญญาควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนาเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึง 3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อป้องกันการเสพยาบ้า (The Cognitive-Behavioral Approach or CBA) เป็นเวลา 4 วัน ร่วมกับการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา (Buddhist Practice or BP Program) เป็นเวลา 3 วัน รวมเป็น 7 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองหนึ่งเดือน แบบสอบถามที่ใช้ ได้แก่ The General Information Questionnaire (GIQ), The Amphetamine Preventive Competence Test (APCT), The Self Control Behavior Scale (SCBS) และ The Religious Practice Scale (RPS) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะในการป้องกันการเสพยาบ้าดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและดีกว่าก่อนการทดลอง แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมตนเองและพฤติกรรมปฏิบัติตามศาสนาไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบและไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ผลการศึกษาแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่สามารถเพิ่มสมรรถนะการป้องกันการเสพยาบ้าในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นในสถานศึกษาได้

ในการศึกษาของต่างประเทศเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม MBCT มีการรายงานกรณีศึกษาของ โอ แฮฟเวอร์ เด และฮอร์ตันดีช (O'Haver Day & Horton-Deutsch, 2004) ได้รายงานกรณีศึกษาทางคลินิก ด้วยการนำกิจกรรมเพื่อการบำบัดบนพื้นฐานสติมาใช้ในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลจิตเวช (Using Mindfulness-Based Therapeutic Interventions in Psychiatric Nursing Practice) ตัวอย่างกรณีศึกษารายบุคคลต่อไปนี้ได้อธิบายถึง การนำ MBCT มาใช้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการสาขาจิตเวชขั้นสูง (Advanced Psychiatric Practice Nurse or APPN-Psychotherapist) ในการบำบัดแบบบูรณาการให้กับหญิงสูงวัยที่ทุกข์ทรมานจากโรคทางจิตชนิด Chronic Conversion Disorder ผู้ป่วย A.Z. เป็นหญิงอายุ 65 ปี แต่งงานแล้ว เคยเป็น

เจ้าของธุรกิจเล็ก ๆ ได้ถูกส่งมาเพื่อทำจิตบำบัด หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Chronic Conversion Disorder ได้เริ่มให้ยา Paroxetine เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า หลังจากออกจากโรงพยาบาล A.Z. ทรมาณจากการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทที่ละเอียดอ่อน เช่น เดินเซ สูญเสียความจำ มีปัญหาเรื่องการคำนวณ บอกชื่อคนสิ่งของไม่ได้ ประวัติทางสังคมผู้ป่วยเป็นบุตรคนสุดท้องของครอบครัวในจำนวน 4 คน และประสบกับอาการซึมเศร้าเมื่อพ่อแม่ต้องล้มละลาย บุตรสาวคนหนึ่งของเธอถูกฆ่าในอุบัติเหตุขณะที่ยังเป็นวัยรุ่นที่ฟลอริดา การประเมินทางจิตผู้ป่วยไม่มีความสุข มีอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล บ่อยครั้งที่มียาอาการกลัวเกินจริง

ช่วงต้นของการบำบัด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและสามีได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นในด้านความรู้ และความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ป่วยตลอดจนการรักษา และเฉพาะกับผู้ป่วยจะเพิ่มเรื่องการใช้กิจกรรมเพื่อการบำบัดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Therapeutic Interventions) ส่วนในด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Approaches) ก็ปฏิบัติในช่วงนี้ ผู้ป่วยได้รับการสอน เรื่องวิธีการหยุดคิด ติดตามความคิด การตัดสินใจเลือก และจัดตารางกิจกรรม กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมรวมไปถึงการจำกัดการนอนกลางวัน การใช้โทรศัพท์ เพื่อลดอาการแยกตัว และการปรับอารมณ์ให้ดีขึ้น แต่พบว่าอาการแสดงทางระบบประสาท (Conversion Symptoms) ยังไม่บรรเทาอย่างสมบูรณ์หลังจากการพบกัน 8 ครั้ง

ระยะกลางของการบำบัดเน้นความต่อเนื่องในการพัฒนาสติผ่านวิธีการทำสมาธิ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกิริยาของอารมณ์และการตอบสนองต่อความจำที่เศร้าโศก เช่น การตายของบุตรสาว เป้าหมายการบำบัดของครอบครัวคือ ได้รับความเข้าใจที่ดีขึ้นในพลวัตรของครอบครัวที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยกับ A.Z. สามีผู้ป่วยรายงานมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นของอาการบรรยายว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยเข้านอนและร้องไห้มีความถี่น้อยลง ผู้ป่วยได้ฝึกสมาธิทุกวันเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการปัญหา และเมื่อเข้าสู่ช่วงปลาย กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจะมีเป้าหมายเปลี่ยนจากการพัฒนาสติไปสู่การใช้ สติเพื่อการจัดการกับประสบการณ์ที่ยุ่งยาก เป็นช่วงการบำบัดที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยเอาไปใช้ในชีวิตประจำวัน หลังจาก 6 เดือนของการบำบัด ผู้ป่วยและภรรยาเริ่มร้องเพลง เล่นเปียโน 2-3 นาทีแต่ละสัปดาห์ กิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) และช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเข้าสู่ขั้นสิ้นสุดการบำบัด

การสิ้นสุดการบำบัดในขั้นตอนนี้ได้เน้น ส่วนหนึ่งคือพยายามให้สติเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีการตระหนักรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของตน ทำหน้าที่การทำงานได้ดีขึ้น ท้ายสุดเน้นการแนะแนวทางของการค้นหาทางเลือกของชีวิตและการพัฒนาแผนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและความสุข สรุปได้ว่า กรณีศึกษาทางคลินิกที่กล่าวมานี้เป็นผลงานที่สามารถนำเสนอให้เห็นกระบวนการบำบัดโดยใช้รูปแบบการบำบัดตามแนวของ MBCT ได้ชัดเจนมาก

ทั้งยังแสดงถึงผลการบำบัดตามแนวนี้ว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นได้

การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติและภาวะซึมเศร้า

จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า การทำจิตบำบัดนั้นมีความสำคัญต่อการรักษาโรคทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างไร มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าจิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ (Dynamic Psychotherapy) มีผลอย่างสม่ำเสมอต่อ Serotonin Metabolism โดยวีนาமாகิ และคณะ (Viinamaki et al., 1998, pp. 39-44 อ้างถึงใน จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช, 2546, หน้า 196) ได้เสนอข้อมูลว่า ในช่วงแรกของการทำจิตบำบัดเป็นเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยชายอายุ 25 ปี ที่มีปัญหาจากความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Borderline Personality Disorder) และอาการซึมเศร้า ได้รับการตรวจด้วย Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) ส่วนผู้ป่วยอีกรายที่มีปัญหาเช่นเดียวกันได้รับการตรวจด้วย SPECT แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด ในช่วงแรกผลของ SPECT ในผู้ป่วยทั้งสองคนมี Serotonin Uptake ลดลงอย่างชัดเจนที่บริเวณ Medial Prefrontal Area และ Thalamus เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ปกติจำนวน 10 คน หลังการรักษาด้วยจิตบำบัด 1 ปี เมื่อทำ SPECT เข้าพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมี Serotonin Uptake ปกติ แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับจิตบำบัดยังคงมี Serotonin Uptake ลดลงเหมือนเดิม การค้นพบนี้แสดงว่าจิตบำบัดสามารถทำให้ Serotonin Metabolism ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้ากลับคืนสู่ภาวะปกติได้

จากการศึกษาของ จำลอง คิชยวณิช และพริ้มเพรา คิชยวณิช (2548, หน้า 123) ในเรื่องร่างกาย สมอง และจิตใจ: ประชาน-พฤติกรรมบำบัดและแนวคิดเชิงพุทธ ได้อธิบายเชื่อมโยงให้เห็นว่า ความเชื่อมต่อกันที่จุดประสานประสาท (Synaptic Connection) จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรและมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น โดยการควบคุมการแสดงออกทางยีน (Gene Expression) ที่สัมพันธ์กับการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสมองเป็นโครงสร้างที่อ่อนตัวและไม่หยุดนิ่งจึงเป็นไปได้ว่าจิตบำบัดซึ่งเป็นรูปแบบอย่างหนึ่งของการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน และจากแนวคิดดังกล่าว จำลอง คิชยวณิช และ พริ้มเพรา คิชยวณิช ได้เลือกจิตบำบัดวิธีที่เรียกว่า ประชาน-พฤติกรรมบำบัด ซึ่งเป็นเทคนิควิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความไม่ถูกต้องของข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความคิด และเรียนรู้ยุทธศาสตร์และวิธีการต่าง ๆ ที่ใหม่เพื่อจัดการกับเรื่องนี้ ตามความคิดเห็นจากผู้เขียนที่ว่า ประชาน-พฤติกรรมบำบัดและการเจริญวิปัสสนากรรมฐานมีความคล้ายคลึงกันหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดอัตโนมัติ และความคิดวิปัสสนา ผู้เขียนจึงได้พยายามผสมผสานเทคนิคของแนวการรักษาทั้งสองแบบเข้าด้วยกันในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารายหนึ่งเป็นกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 46 ปี มาด้วยอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ อ่อนเพลีย ใจตัน แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หน้ามืด วิงเวียน

กลัวจะเป็นลมและหมดสติไป แพทย์ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจสภาพจิตพบว่ามีอาการเคลื่อนไหวช้าลง ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามได้ดี พูดค่อนข้างน้อยและเสียงค่อย สีหน้าแสดงอารมณ์เศร้า พูดได้เรื่องราวและประวัติประตอดี หมกมุ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย กลัวว่าจะไม่หาย เป็นห่วงครอบครัว กลัวว่าจะทำงานอีกไม่ได้ ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอน การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ และการหยั่งรู้สภาพตน (Insight) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

1) Adjustment Disorder with Depressed Mood) และ 2) Panic Disorder without Agoraphobia

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยประสาธน์-พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการฝึกอบรมวิปัสสนากรรมฐานเป็นเวลา 7 วัน และได้ไปปฏิบัติต่อบ้านทุกวัน พบแพทย์สัปดาห์ละครั้งมีการมอบหมายการบ้านให้ทำตามแนวของประสาธน์-พฤติกรรมบำบัด ผลการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก ทำงานได้ดี มีกิจกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นและความภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น จนสามารถยุติการรักษาได้

ในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory) ของ เมสัน และฮาร์กรีฟส์ (Mason & Hargreaves, 2001) ที่ศึกษาเรื่อง การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) สำหรับภาวะซึมเศร้า ได้อธิบายว่า ลักษณะของโปรแกรมคัดแปลงมาจาก MBCT ของ ซิกัด วิลเลียมส์ และทีสเดล ที่ใช้เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในประสบการณ์แต่ละช่วงขณะในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาบริบททางสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรม MBCT จำนวน 7 คน ทฤษฎีพื้นฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายว่า แนวคิดที่มีมาอยู่ก่อน (Preconception) และความคาดหวังต่อการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การฝึกโปรแกรม MBCT ในครั้งต่อไป การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยประจักษ์ถึงความสำคัญของการฝึกในโปรแกรม ได้แก่ พัฒนาการการฝึกสติ ทักษะคิดของการยอมรับ และการอยู่กับปัจจุบันขณะ ผู้ป่วยตระหนักว่าการฝึกสติเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การนำทักษะเหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไปเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาครั้งนี้เน้นให้เห็นความสำคัญของการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัด

มา และทีสเดล (Ma & Teasdale, 2004) ได้ทดลองใช้ การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) สำหรับภาวะซึมเศร้า เป็นการวิจัยซ้ำเพื่อค้นหาผลของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects) โดยทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เพิ่งมีอาการดีขึ้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทั่วไป (Treatment as Usual or

TAU) และกลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาแบบปกติทั่วไป (TAU) บวกกับการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานสติ (MBCT) ระยะทำการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ และติดตามผลอีกทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี การเลือกกลุ่มผู้ป่วยโดยนักสถิติที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มทีมผู้วิจัย ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าที่เพิ่งมีอาการดีขึ้นจำนวน 75 คนมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ 18-65 ปี มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า (Major Depression) ชนิดที่ไม่มีอาการเพื่อคลั่ง (Mania or Hypomania) โดยมีประวัติว่ามีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง และอย่างน้อย 2 ครั้งที่เกิดกลับมาเป็นซ้ำอยู่ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา โดยมี 1 ครั้งอยู่ภายใน 2 ปี มีประวัติได้รับยาต้านเศร้าแต่หยุดยาในช่วงที่อาการดีขึ้นตั้งแต่ระยะได้รับการประเมินจนถึงระยะการทดลองนาน 12 สัปดาห์ มีคะแนนซึมเศร้าวัดด้วยแบบวัดของแฮมมิลตันน้อยกว่า 10 คะแนน ผู้ป่วย 38 คนได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม TAU และ 37 คนเข้ากลุ่ม TAU+MBCT ผลการศึกษาพบว่า MBCT มีประสิทธิผลมากที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำตั้งแต่ 3 ครั้งเป็นต้นไป

สืบเนื่องจากการศึกษาของ ทีสเคิล ในประสิทธิผลของ MBCT เฟนเนล (Fennell, 2004) ได้นำ MBCT มาทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นระยะเวลานาน (Longstanding Low Self-Esteem) ที่มีปัญหาอารมณ์เศร้าระยะเฉียบพลัน (Acute State at Distress) ได้ผลดีเช่นกัน เฟนเนล จึงเสนอว่า นอกจากจะใช้ CBT ในภาวะซึมเศร้าระยะมีอาการ (Actively Depression) และ MBCT ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่อาการดีขึ้นแล้ว MBCT ยังสามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหายาวนานอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น

สำหรับการศึกษาของผู้บำบัดชาวไทยตามแนว MBCT ในภาวะซึมเศร้านั้น ยุพาพัคกรักรมณีนธ์ (2547) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นพื้นฐาน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 15 คน ใช้เวลาบำบัดรวม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นพื้นฐานสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้มีการศึกษาของ พลภัทร โล่สถียรกิจ (2549) ที่ทดลองใช้การบำบัดด้วยวิธีฝึกสติกับผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นกระบวนการฝึกสติสัมปชัญญะตามแนวทางของมหาสติปัฏฐานสูตรที่แพทย์ประยุกต์จากการฝึกอบรมตามโครงการ “สร้างสุขด้วยการฝึกสติ” ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ คือ ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยมีสติรับรู้อาการที่กำลังปรากฏขึ้นจริงกับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้อง

กำหนดองค์บริการหรือคำภานา การศึกษานี้เป็นรายงานผู้ป่วย เรื่องการฝึกสติตามแนวพุทธ ร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ในที่นี้จะขอกล่าวในรายโรคซึมเศร้า เป็นกรณีศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2548 ผู้ป่วยได้ยาด้านเศร้าในขนาดเหมาะสมเป็นระยะเวลานานแต่ยังคงมีอาการซึมเศร้าต่อเนื่อง การฝึกใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 ถึง 8 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 จะเป็นการแนะนำหลักการทางพุทธศาสนา ปรับความเห็นให้ตรง (สัมมาทิฐิ) ให้การบ้านโดยการรักษาศีล ระวังพฤติกรรมและคำพูด และออกกำลังกายอย่างน้อย 10 นาทีต่อวัน ครั้งที่ 2 เริ่มการบำบัดโดยให้เล่าวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา ในช่วงเวลาการบำบัดมีการฝึกให้รับประทานอาหารอย่างมีสติ และไปฝึกเป็นการบ้านในกิจกรรมอื่นแทน ครั้งที่ 3 เหมือนครั้งที่ 2 เพิ่มการฝึกนอนอย่างมีสติ ส่องร่างกาย (Body Scan) ครั้งที่ 4 เพิ่มการฝึกนั่งสมาธิ ครั้งที่ 5 เพิ่มการฝึกเดินจงกรม ครั้งที่ 6-8 เป็นการทบทวนการฝึกที่ผ่านมา ผู้ป่วยก่อนเริ่มการบำบัดมีสื่อน้ำซึมเศร้า บอกแพทย์ว่ายังมีอาการเศร้าอยู่เรื่อย ๆ มีความคิดทำร้ายตนเองบ้าง นอนไม่ค่อยหลับ คิดวุ่นเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่คิดก็จะเบื่อหน่าย ไม่อยากออกจากบ้าน ไม่อยากทำงาน ผลการบำบัด แพทย์พบกับผู้ป่วยครั้งสุดท้ายห่างจากการบำบัดครั้งแรก 3 เดือน ผู้ป่วยมีสื่อน้ำแจ่มใส ปฏิเสธอาการเศร้า เบื่อหน่าย กินได้และนอนได้เพียงพอ ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายและกำลังหางานทำ ยังฝึกสติในกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ มีสติรับรู้อารมณ์เศร้าและความคิดที่ทำให้เศร้าได้ดี

การบูรณาการทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัดสัน และ MBCT ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

สายใจ พัวพันธ์ (2548) ได้ให้คำอธิบายถึง ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัดสันไว้อย่างชัดเจนว่า ศาสด์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสันเชื่อว่ามนุษย์หรือบุคคลไม่ใช่แค่เป็นชิ้นส่วนของอวัยวะต่าง ๆ ที่รวมกันเข้าเป็นตัวเป็นคน แต่บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีร่างกาย จิตใจ และวิญญาณที่ดำรงอยู่ได้ในธรรมชาติ และในโลกใบนี้ จากประสบการณ์การเป็นทั้งผู้ควบคุม จัดการ เปลี่ยนแปลง และใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ ด้วยความพยายามที่จะให้เกิดความกลมกลืนและสมานฉันท์กับธรรมชาติ ระหว่างโลกภายนอกและโลกภายใน ความพยายามดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนไปตามเวลาและสภาวะเพื่อกระบวนการเกิดและพัฒนา “ตัวตน” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่มีจุดจบ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในวันนี้จะถูกแปรเปลี่ยนเป็นความรู้สำหรับประสบการณ์ในอนาคตต่อไป ในวันต่อไป พัฒนาเป็นกรอบคิดของบุคคล ที่มีอาณาเขต มีขอบเขตของเวลาหรือที่วัดสันเรียกว่า “สนามปรากฏการณ์” (Phenomenal Field หรือ Subjective Reality) ที่บุคคลใช้ในการมองสถานการณ์ การตัดสินใจหรือเลือกกระทำ กระบวนการเกิด “ตัวตน” ได้มาจากความรู้สึก การตีความ ให้ความหมาย ให้ข้อสรุป

ต่อสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามา การรับรู้และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยตา ได้ยินด้วยหู ได้กลิ่นด้วยจมูก ได้รสด้วยลิ้น ได้รู้จากการสัมผัส เท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับสิ่งที่อยู่ในสนามปรากฏการณ์ของบุคคลด้วย ภาวะสุขภาพ (Health) ตามศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์พิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนภายในของกาย จิต และวิญญาณ (Harmony within the Mind, Body, and Soul) ความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตน ที่ได้จากประสบการณ์และการรับรู้ (Congruence between the Self as Perceived "I" and the Self as Experienced "Me" หรือ I = Me) ความไม่กลมกลืนนำไปสู่ความเจ็บป่วย และในที่สุดความเจ็บป่วยนั้นอาจนำไปสู่การเกิดโรค (I ≠ Me) (Watson, 1988, pp. 47-55 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) การพยาบาลในศาสตร์แห่งการดูแลเกิดขึ้น ได้นั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความคิด ค่านิยม ปรัชญา พันธะสัญญา และลงมือกระทำด้วยความรักความเมตตา วัตถุประสงค์ว่าการดูแลมนุษย์เป็นอุดมคติด้านคุณธรรมของวิชาชีพการพยาบาล (Human Care is Viewed as the Moral Ideal of Nursing) ด้วยเหตุผลหลายประการดังนี้

1. การดูแลเป็นกระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ที่มุ่งหวังที่จะปกป้อง ทำให้ดีขึ้น และดำรงรักษาไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์
2. การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์ค้นหาความหมายจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ ความเจ็บปวด ความมีคตินสับสน และอื่น ๆ
3. การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์รู้จักตนเอง ควบคุม (สถานการณ์ได้) และเยียวยาตนเองได้
4. การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์มีความกลมกลืนกันของกาย จิต และวิญญาณ ไม่ว่าสถานการณ์ภายนอกจะเป็นอย่างไรก็ตาม
5. พยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วม (ไม่ใช่ผู้จัดการ) ทำงานร่วมกับบุคคลในกระบวนการดูแล เป้าหมายของการพยาบาล เป็นการใช้กระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ในการช่วยให้บุคคลเกิดความกลมกลืนภายในของกาย จิต และวิญญาณ ปกป้อง ทำให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น (หรือภาวะเหนือปัญหาหรือความเจ็บป่วย) และดำรงรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของมนุษย์และความเป็นมนุษย์ของบุคคล ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการพยาบาลด้วย คือบุคคลเกิดความรู้จักตนเอง เคารพตนเอง การเยียวยาด้วยตนเอง และกระบวนการดูแลตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) จะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย อย่างมนุษย์กับมนุษย์ที่ต่างก็มีสนามปรากฏการณ์ของตน โดยพยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ปฏิกริยาตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นหรือต่อสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นปัญหา หรือเป็นสิ่งที่คุกคาม ความรู้ที่ใช้ในการทำความเข้าใจความต้องการของบุคคล ความรู้ที่ใช้ในการ

ตอบสนองความต้องการของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับตนเอง (ความเข้มแข็งและข้อจำกัดของตนเอง) การตีความหมายสถานการณ์ และที่สำคัญที่สุดสำหรับการปฏิบัติภารกิจคือ ความตั้งใจ ความเต็มใจ และการลงมือกระทำจริง (ตามที่ตั้งใจ)

ปัจจัยการดูแล 10 ประการ เป็นปัจจัยที่พยาบาลใช้ในการพัฒนาสัมพันธภาพที่เข้าถึงจิตใจกันและกันของผู้ป่วยและทำให้เกิดวินาทีแห่งการดูแลอย่างแท้จริง ที่นำไปสู่เป้าหมายของการพยาบาล สายใจ พัวพันธ์ ได้อธิบายพอสังเขปไว้ ดังนี้ (Sisca, 1989 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548)

ปัจจัยที่ 1: การพัฒนาคุณค่าความเป็นมนุษย์และตระหนักถึงคุณประโยชน์ของมนุษย์ (The Formation of a Humanistic Altruistic System of Values) พยาบาลจะให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรได้จะต้องมีการปลูกฝังให้ตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์และคุณประโยชน์ของมนุษย์ ปัจจัยนี้เป็นพื้นฐานแรกและสำคัญที่สุดสำหรับศาสตร์การดูแล

ปัจจัยที่ 2: การสนับสนุนพลังศรัทธาและความหวัง (Nurturing of Faith and Hope) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในพลังศรัทธาและความหวัง มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการหาย การบรรเทาทุกข์จากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ไม่สามารถหวังผลลัพธ์ที่ดีได้จากการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่

ปัจจัยที่ 3: การปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Cultivation of Sensitivity to One's Self and Others) การตระหนักรู้และรู้ถึงความรู้สึกของตนเอง มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นเป็นวิธีการที่นำไปสู่การยอมรับตนเอง เข้าใจตนเอง การเติบโตของงามด้านจิตใจ และการตระหนักรู้ในศักยภาพสูงสุดของตนเอง

ปัจจัยที่ 4: การพัฒนาการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกันในสัมพันธภาพเพื่อการดูแลมนุษย์ (Development of a Helping-Trusting, Human Caring Relationship) สัมพันธภาพเพื่อการดูแลมนุษย์เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีลักษณะพิเศษ เป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ด้วยการแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น มีความอบอุ่น และแสดงออกมาอย่างแท้จริง

ปัจจัยที่ 5: การส่งเสริมและการยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ (Promotion and Acceptance of the Expression of Positive and Negative Feelings) การยอมรับและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ ถือว่ามีความสำคัญเพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น นำไปสู่การเรียนรู้ที่จะควบคุมแรงขับที่อยู่ภายในที่มีผลต่อพฤติกรรมและการกระทำของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ 6: การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ (Use of Creative Problem-Solving Processes) กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้ตนเองอย่างเต็มที่ในการช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ด้วยการใช้ความรู้หลากหลายมิติที่นำไปสู่ทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละสถานการณ์

ปัจจัยที่ 7: การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน (Promotion of Transpersonal Teaching-Learning) การเรียนรู้ที่เกิดจากการใช้เวลาพูดคุย ทำความเข้าใจภายใต้สัมพันธภาพที่ตระหนักรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นการเรียนรู้ที่มีความหมายมากกว่าการได้รับข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจและเลือกกระทำของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ 8: การประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ (Provision of a Supportive, Protective, or Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment) จากความเชื่อที่ว่าสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่เชื่อมโยง และพึ่งพากันและกัน มีอิทธิพลที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สิ่งแวดล้อมภายใน และจัดการกับตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย การหาย และคุณภาพของการบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่ 9: การช่วยเหลือให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Assistance with Gratification of Human Needs) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานหรือที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ลดความทุกข์ทรมาน อยู่รอดปลอดภัย สามารถทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้ มีความเข้มแข็งมั่นคง และความองอาจในชีวิตหรือมีความอยู่ดีมีสุขมากขึ้น

ปัจจัยที่ 10: การเสริมพลังด้านจิตวิญญาณแห่งการมีชีวิตรอยู่ การดำรงอยู่ (Allowance for Existential Phenomenological-Spiritual Forces) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลใช้โอกาสแสวงหาความหมายและทางออกของปัญหาเพื่อการดำรงอยู่ในทิศทางที่ตนเห็นว่าสำคัญหรือที่ตนเลือก และตระหนักรู้ในแก่นแท้ของคนที่ส่งผลต่อการพัฒนาสู่การรู้สติในระดับสูง และความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ

หากใช้ทฤษฎีของวัดสันธิบายภาวะซึมเศร้า สายใจ พัวพันธ์ (2549) กล่าวว่า มีความสอดคล้องกับคำอธิบายในทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา กล่าวคือ เมื่อใช้คำอธิบายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการสร้างสนามปรากฏการณ์ในทฤษฎีของวัดสันแล้ว สามารถตีความได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่บุคคลประสบหรือเผชิญหน้าอยู่ อาจมากกว่าความเป็นจริงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง หรือไม่รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น เช่น บุคคลรู้สึกเศร้าโศกสะเทือนใจมาก พร่ำพรรณนาว่าตนสูญเสียหมดทุกอย่างแล้ว

ไม่รู้ว่าคุณจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร ไม่คิดว่าคุณมีความสุขหรือเบิกบานใจได้อีกหลังจากที่สามีเสียชีวิตไปแล้วเกือบปี การสูญเสียครั้งนี้หมายถึง การสูญเสียคนที่ตนรักมาก เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมาเกือบ 20 ปี สูญเสียคนที่หารายได้เลี้ยงครอบครัว คนที่ช่วยดูแลอบรมสั่งสอนลูก และอะไรอีกหลาย ๆ อย่าง การสูญเสียสิ่งที่มีความหมายมาก ๆ ถูกรับรู้และตีความว่าสูญเสียทุกอย่างในชีวิตซึ่งเป็นการรับรู้ที่เกินความจริง พิจารณาตามทฤษฎีของวัดสันแล้วอาจสรุปได้ว่าบุคคลนี้ อยู่ในภาวะเจ็บป่วย คือภาวะที่ กาย จิต และจิตวิญญาณไม่มีความสมานฉันท์ กายอยู่ในสภาพปกติ พร้อมทั้งจะทำหน้าที่ตามปกติแต่จิตและจิตวิญญาณไม่พร้อมจากการสูญเสีย “ฉันไม่ใช่ฉัน” (คือคนที่สามารถมีชีวิตและหาความสุขสมบูรณ์ให้กับชีวิตได้ ฉันทำไม่ได้เพราะฉันไม่มีสามีอีกต่อไปแล้ว) ซึ่งในการบำบัดทางปัญญา เรียกว่า ความคิดที่บิดเบือนหรือไม่สมเหตุสมผล/ไม่เป็นประโยชน์ เป้าหมายทางการพยาบาลคือ การช่วยเหลือให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมานฉันท์ของ กาย จิต และจิตวิญญาณ ด้วยหลักการของปัจจัยการดูแล 10 ประการ ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่เข้าใจถึงจิตใจของกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในกระบวนการช่วยเหลือตามทฤษฎีการดูแลของวัดสัน ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ตัวหรือการตระหนักรู้ในอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการ ทัศนคติ การมองโลก ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การฟื้นฟูกระบวนการเยียวยาตนเอง เลือกรู้คิด เลือกรู้หวัง เลือกรู้ศรัทธา เลือกรู้ทำ เลือกรู้อยู่ และเลือกเป็นในทางที่ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน การพัฒนาโปรแกรม MBCT มาใช้กับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ภายใต้แนวคิดของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัดสัน ทำให้พยาบาลมีรูปแบบในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้พัฒนาไปสู่ภาวะ $I = Me$ เกิดการตระหนักรู้ มีรูปแบบความคิดใหม่ที่ไม่บิดเบือน ส่งผลให้กลายเป็นนิสัยใหม่ที่ติดตัวไปตลอด มีการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตนเอง และควบคุมตนเองให้อยู่เหนือสถานการณ์ที่กำลังประสบได้ นอกจากนี้การพัฒนาโปรแกรมนี้อีกเป็นการปฏิบัติการในคลินิกอย่างมีหลักวิชาหรือทฤษฎีเป็นพื้นฐาน และสามารถวัดผลลัพธ์ให้เป็นที่ประจักษ์ได้