



พุทธจิตสังคัมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต : กรณีศึกษา
ผู้ป่วยสุขภาพจิต ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
**BUDDHIST BASED ON PSYCHOSOCIAL THERAPY FOR MENTAL
ILLNESS : STUDY IN MAE SARIANG HOSPITAL, MAE HONG SON
PROVINCE THAILAND**

นางสาวจิรัฐติกา คิลปสุวรรณ

ดุขนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๖๐



พุทธจิตสังคัมบัตสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต : กรณีศึกษา
ผู้ป่วยสุขภาพจิต ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

นางสาวจิรัฐติกา คิลปสุวรรณ

ดุขุณินพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา
บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๖๐

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



**Buddhist Based on Psychosocial Therapy for Mental Illness:
Study in Mae Sariang Hospital, Mae Hong Son Province
Thailand**

Miss Jiruttigan Sinlapasuwan

A Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of
the Requirements for the Degree of
Doctor of Philosophy
(Buddhist Studies)

Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
C.E.2017

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้นับคุณิพนธ์เรื่อง
“พุทธจิตสังคัมบَابัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต : กรณีศึกษาผู้ป่วยสุขภาพจิตที่โรงพยาบาล
แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎี
บัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

(พระมหาสมบุรณ์ วุฑฒิกโร, ดร.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบคุณิพนธ์

ประธานกรรมการ

(พระเมธาวิญญู, ผศ.ดร.)

กรรมการ

(ผศ.ดร.ศุภกาญจน์ วิชานาติ)

กรรมการ

(พระครูโกศลศาสนบัณฑิต, ผศ.ดร.)

กรรมการ

(พระราชปริยัติมุนี, ผศ.ดร.)

กรรมการ

(ดร.บุญเลิศ โอฐสุ)

คณะกรรมการควบคุมคุณิพนธ์

พระครูโกศลศาสนบัณฑิต, ผศ.ดร.

ประธานกรรมการ

พระราชปริยัติมุนี, ผศ.ดร.

กรรมการ

ดร.บุญเลิศ โอฐสุ

กรรมการ

ชื่อผู้วิจัย

(นางสาวจิรัฐติกา สิลปสุวรรณ)

- ชื่อคุณนิพนธ์** : พุทธจิตสังคัมภ์สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต :
กรณีศึกษาผู้ป่วยสุขภาพจิต ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัด
แม่ฮ่องสอน
- ผู้วิจัย** : นางสาวจิรัฐติกา คิลปสุวรรณ
- ปริญญา** : พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พระพุทธศาสนา)
- คณะกรรมการควบคุมคุณนิพนธ์**
- : พระครูโกศลศาสนบัณฑิต (กฤษณะ ตรุโณ), ผศ.ดร., ป.ธ. ๓,
พธ.บ. (การบริหารการศึกษา), พธ.ม. (ปรัชญา), Ph.D.
(Philosophy)
 - : พระราชปริยัติมุนี, ผศ.ดร., ป.ธ. ๙, M.A., (Pali&Sanskrit),
Ph.D. (Pali)
 - : ดร.บุญเลิศ โอธสุ, ป.ธ.๘, พธ.บ. (การสอนสังคม), พธ.ม.
(ธรรมนิเทศ), พธ.ด. (พระพุทธศาสนา)
- วันสำเร็จการศึกษา** : ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

บทคัดย่อ

คุณนิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ๒ ข้อดังนี้ (๑) เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิต (๒) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมภ์สำหรับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเป็นการวิจัยแบบผสมวิธีคือใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้คือ (๑)การศึกษาเอกสารตามพระไตรปิฎก อรรถกถา คัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการรักษาทางด้านจิตใจและจิตสังคัมภ์ (๒) สำนวญปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายก่อน และหลังการทดลอง และทำการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ๑๐ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง มีผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมอีก ๑๐ คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๖๐ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ๔ ด้าน ฉบับภาษาไทย ๒๘ ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ของ โกลด์เบิร์ก (๑๙๗๒) ที่แปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดย ธนา นิลไชยโกวิทย์,จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาล คิลปะกิจ (๒๕๓๙) และแบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดย อุมพร ตรังคสมบัติ โดยดัดแปลงมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมัสเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที (T-Test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ๐.๐๕

ผลการศึกษาพบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตทั้ง ๔ ด้าน คือ ความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่เป็นสุข ร้อยละ ๑๐๐ ความวิตกกังวล ร้อยละ ๙๐ ความบกพร่องเชิงสังคม ร้อยละ ร้อยละ ๗๐ และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค ร้อยละ ๗๐ จากปัญหาสัมพันธภาพและจากปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคัมภ์ในวัยเด็ก

หลังการทดลอง พบว่า พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนของปัญหาสุขภาพจิตลดลงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และทำหน้าที่ในครอบครัวได้ตามปกติ พบว่าผลความพึงพอใจที่ได้รับมีคะแนนสูง ผู้ป่วยสามารถปรับตัว กลับมาใช้ชีวิตแบบปกติมีความสุข ทำหน้าที่ในครอบครัว ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย คิดแต่จะอยู่แบบมีค่า และมีประโยชน์ในชีวิตในทุกๆ วัน และนำการเจริญอานาปานสติมาใช้เป็นประจำวันได้ดี มีกิจกรรม

สรุป ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการช่วยเหลือเยียวยาพุทธจิตสังคมบำบัดแบบมีโครงสร้าง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง ให้หายได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุดวิธีหนึ่ง ซึ่งควรได้รับการพัฒนาวิจัย ให้เป็นรูปแบบ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล และในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : พุทธจิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Dissertation Title : Buddhist Based Psychosocial Therapy For Mental Illness: Study in Mae Sariang Hospital, Mae Hong son Province Thailand

Researcher : Miss Jiruttigan Sinlapasuwan

Degree : Doctor of Philosophy (Buddhist Studies)

Dissertation Supervisory Committee

- : Phrakrugosonshasanapantita (kisanaTaruno), Asst.Prof. Dr., Pāli III, B.A. (Educational Administration), M.A. (Philosophy), Ph.D. (Philosophy)
- : Phrarājapariyattimuni, Asst. Prof. Dr., Pālī IX, M.A. (Pali& Sanskrit), Ph.D.,(Pālī)
- : Dr. Boonlert Otsu, Pālī VIII, B.A. (Teaching of Social Studies), M.A. (Dhamma Communication), Ph.D.(Buddhist Studies)

Date of Graduation : May 31, 2018

Abstract

Buddhist based Psychosocial Therapy for Mental illness is structured group program development that studies the relationship between Buddhist theory to alleviate suffering associated with physical, psychosomatic and mental disorders evolved from Buddhist principles since the Buddha's era and integrated with Psychosocial Treatment for Mental Illness such as Stress, Anxiety, Depression and Suicide Attempts.

This study is Mixed Method Research Combining qualitative and quantitative approaches. A qualitative work, using (1) documentary research on the Buddhist in the Thai Tripitaka and Psychosocial Intervention; (2) Field research, focusing on the 2 objectives of research (1) The Mental Problems and (2) The effective of Program Buddhist Psychosocial Treatment Mental Illness in the hospital with Quasi-experimental method , one group pretest-post-test design. Purposive Sampling obtained a group of 10 Patients cases during December 2017 to February 2018. The data collection instruments used to obtain data were a General Health Questionnaire-28 developed by Goldberg (1972) and translated into Thai by TanaNilchaikovit, ChukkritSukying, and ChatchawanSilpakit (1996). And also assessment family function were a Chulalongkorn Family Inventory: CFI adapt from The McMaster Model of Family Functioning Assessment Device/FAD with 36 questionnaires developed by UtoompornTrankasombat. The data were analyzed by using descriptive statistic. The program has 45 days treatment and have four steps. First step working at Mae Sariang Hospital Mae Hong son for meet and Treatment

patients by using Therapeutic Relationship with Psychoeducation . (2) treatment of Psychosocial crisis and doing Breathing exercise with Individual Psychotherapy (Psychoanalytically-oriented) (3) This step doing Family and Counseling Therapy at Home based.(4) This step doing Group Therapy by Practice Anapanasti 16 steps following in Tripitaka. Used Therapeutic Milieu at Ban Mae Sawan Noi Park in the community. And evaluation of the Buddhist Psychosocial Program.

The main result can be divided into two parts. The first found that the mental health problems that were found highly revealed that 100 percent of the subjects report showed that: unhappiness, somatic symptom, anxiety and insomnia, social dysfunction, and severe depression. And all those had family problems and psychosocial crisis. The result of this study could be used as preliminary data for appropriate Buddhist Psychosocial Therapy .The second found that the results pre and post experimental showed:- Both of Mental Health and Family function recovery in the experimental group were both significantly improved.

In conclusion, I would like to recommendation that Buddhist based Psychosocial therapy showed the effectiveness and efficacy to reducing mental problems such as stress, anxiety, depression, suicide ideas and also reducing the maladaptive family crisis and psychosocial crisis, leading to reduce patients' relapse, recurrence and increase mental health and happiness of life again. We should study for research development of this program for the new innovation of Treatment in the hospital and community. Hope it will be stop Mental illness depression and increase mental health and happiness wellbeing and quality of life for all.

Keywords: Buddhist Psychosocial Therapy, Mental Illness

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วง เป็นรูปเล่มสมบูรณ์เรียบร้อยดี ขอกราบขอบน้อมระลึกถึงคุณพระรัตนตรัย ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย สถาบันที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ทางพุทธธรรมในพระพุทธศาสนาแก่ข้าพเจ้าที่เป็นคุณให้ และแก่บรรพชิต ตามพระราชประสงค์ เมตตา ของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระปิตุลาธิราชเจ้าของชาวไทย พระมหากรุณาธิคุณล้นเกล้าล้นกระหม่อม

กราบขอบพระคุณอย่างยิ่งต่อ อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่ให้โอกาสได้เข้ามาศึกษาหาความรู้ หลักพระธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนา จนมีความเข้าใจแจ่มแจ้ง ชัดเจน และเพิ่มพูน ศีล สมาธิ ปัญญา จนสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน และสามารถประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ชาติ ที่ได้รับความเจ็บป่วยทุกข์ใจ จนมีสุขภาพจิตดี มีความสุขกับการใช้ชีวิตอีกครั้งหนึ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ เป็นพิเศษ ต่อท่านพระอาจารย์ พระมหาสมบุรณ์ วุฑฒิกโร, ดร. คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ที่เมตตาให้คำแนะนำในการค้นคว้า และแรงบันดาลใจ ในการศึกษาวิจัย วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งอนุเคราะห์ให้เอกสารบทความภาษาอังกฤษ ให้มาศึกษา อย่างเข้าใจ ให้การปรึกษาชี้แนะแนวทางด้วยความเมตตาอย่างสูงยิ่ง ด้วยจิตวิญญานที่สูงส่งในความเป็นครู อย่างแท้จริง ทั้งทั้งที่ท่านมีภาระงานในฐานะบัณฑิตวิทยาลัย ในช่วงเวลานั้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่าน ด้วยความเคารพเป็นอย่างสูงยิ่ง ที่ท่านได้เมตตา ตรวจสอบเครื่องมือ ชี้แนะ ให้คำแนะนำ ท่านแรกคือ ศาสตราจารย์พิเศษ นพ.จำลอง ดิษยวณิช ที่ท่านเสียสละ นานหลายชั่วโมง เพื่อตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้กับผู้ป่วย อย่างละเอียดถี่ถ้วน ทำให้ผู้วิจัยมั่นใจในการใช้เครื่องมือไปปฏิบัติทดลองกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ท่านที่สองคือ ศาสตราจารย์ พ.ญ. อุมพร ตรังคสมบัติ ที่ท่านได้เมตตาให้ใช้เครื่องมือ จิตบำบัด และการให้การปรึกษารอบครัว มาใช้กับผู้ป่วย ซึ่งทำให้งานวิจัยมีประโยชน์กับผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างสูงยิ่ง ท่านที่สามคือ พระอาจารย์ พระมหาเพื่อน กิตติโสภณ ดร. ที่ท่านได้เมตตาอย่างสูงในตรวจสอบอย่างละเอียด และให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการทำงาน งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ท่านที่ สี่ คือ อาจารย์ เจ้าคุณพระราชสิทธิมนี (วิ) นอกจากอาจารย์จะเมตตาช่วยสอนวิปัสสนากรรมฐานในชั้นเรียน แล้ว ท่านยังเมตตา สอนกรรมฐาน และสอบอารมณ์ ที่วัดมหาธาตุ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจอารมณ์กรรมฐาน ได้มากขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างหาที่สุดไม่ได้ในชีวิตที่ได้ปฏิบัติกรรมฐานได้อย่างถูกต้อง ตลอดต่อเนื่อง จนสามารถสอนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ให้สามารถปฏิบัติกรรมฐานเพื่อการพ้นทุกข์ได้ และท่านสุดท้าย อาจารย์ ดร.จุฑามาส วารีแสงทิพย์ ที่เมตตาตรวจสอบเครื่องมือทั้งหมดที่จะประเมินการปฏิบัติกรรมฐาน ของกลุ่มเป้าหมาย ให้ผู้วิจัย สามารถเรียบเรียง ลำดับการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนได้เป็นอย่างดี จึงทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ จากเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ในการนำมาบำบัดทางพุทธจิตสังคม ได้อย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณพระอาจารย์ พระมหาดนัยพัชร คมกัปปโย, ดร. และ ผศ.ดร.ศุภก กาญจน์ วิษานติ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงงานวิจัยนี้ ในโอกาสสุขุภิบาล

ขอกราบขอบพระคุณ เป็นพิเศษ ต่อบ้านพระอาจารย์เจ้าคุณพระราชปริยัติมุนี (เทียบ สิริญา โณ/มาลัย) ผศ.ดร. ป.ธ.๙, M.A. (Pali&Sanskrit), Ph.D. คณบดีคณะพุทธศาสตร์ ด้วยความเคารพ รักและเคารพอย่างสูงส่งยิ่ง ในความเมตตาที่หาเปรียบประมาณมิได้ ที่นอกจากจะให้ความรู้ด้าน ภาษาบาลี แล้ว ท่านยังเมตตาที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมทั้งเมตตา ให้โอกาสในการออกบวช เพื่อ สะดวกในการปฏิบัติธรรม โดยเมตตาเป็นอย่างสูงยิ่งในชีวิตคือเป็นพระอุปัชฌาย์ ในการบวช (แม่ชี) เพื่อศึกษาไตรสิกขา (และฝึกเพียรปฏิบัติพระกรรมฐาน ทั้งที่ในประเทศไทย และประเทศพม่า)ตลอด ต่อเนื่องในเพศนักบวช ๖ เดือนกว่า เพื่อนำมาเรียนและปฏิบัติการเจริญกรรมฐาน ต่อในเพศฆราวาส จนทำให้สามารถเข้าใจในพระธรรมคำสั่งสอนของพระบรมศาสดา และพระกรรมฐาน ในศาสนาพุทธ อย่างถ่องแท้จนสามารถเป็นที่พึ่งแก่ตนเอง และผู้อื่น ตลอดชาติอย่างยิ่ง รวมทั้งเมตตาให้คำแนะนำ ให้โอกาส ในการศึกษา ทำให้ข้าพเจ้ามีกำลังใจอย่างยิ่ง ในการศึกษาพากเพียร จนสามารถทำ วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความสำเร็จดีเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ พระครูโกศลศาสนบัณฑิต (ภุชณะ ตรุโณ),ผศดร. เป็นอย่างสูงยิ่ง และ ดร.บุญเลิศ โอษฐ์สุ ยินดีให้ความเมตตา เป็นประธานและกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา และตรวจ แก้ไข อย่างละเอียดถี่ถ้วนโดยตลอด โดยเฉพาะความเมตตา อย่างสูงส่งที่แนะนำด้านการประเมินผลการสอบอารมณ์ ผู้ปฏิบัติ ก่อน และ หลัง ปฏิบัติกรรมฐาน นับว่าเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่น่ามาประเมินกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ผศ.ดร. แม่ชีภุชญา เป็นประธานในการบวชแม่ชี ปลงผม และเป็นที่ปรึกษา/อบรม ในการเป็นแม่ชีและรับ เสาขวัญ ๗๕ ข้อ และกราบขอบพระคุณ เมตตา อย่างสูงส่งจากแม่ชี ปิยพร บัวชุม วัดเปาโรหิตย์ และ แม่ชีอารี และแม่ชีวัลลภา วัดบรมนิวาส ราช วรวิหาร สถานเอกอัครราชทูต กรุงเทพมหานคร ให้ที่อาศัยและสอนให้รู้จักการดำเนินชีวิตประจำวัน ของการแม่ชี เพื่อปฏิบัติตามพระไตรสิกขา และเข้าฝึกกรรมฐานที่วัดมหาธาตุ คณะ ๕ ,วัดมเหยงค์ จังหวัดอยุธยา และได้รับความเมตตาอย่างสูงจาก สะยาตอ ภัททันตระ พระอาจารย์ใหญ่ด้าน วิปัสสนากรรมฐาน และแม่ชีเกษร ที่ให้โอกาสในการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน ณ.สำนักปฏิบัติ ธรรม วัดจตุรพักตรพิมาน จังหวัด ทาขีเหล็ก ประเทศพม่า และความเมตตาอย่างสูงส่งจากท่านเจ้าคุณ พระเทพโกศล เจ้าคณะจังหวัดเชียงใหม่ในขณะนั้น ได้เมตตาสักให้ และให้พร เพื่อดำรงตนเป็นพุทธ มามกะในพระพุทธศาสนาและปฏิบัติกรรมฐานให้เจริญยิ่งขึ้นจนสามารถทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ให้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ด้วยความรักเคารพ ระลึกถึงครูบาอาจารย์ พระกรรมฐานทุกท่าน ตลอดในชีวิตของข้าพเจ้า ที่เมตตา กรุณา ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ธรรมะ และการปฏิบัติธรรม(พระกรรมฐาน) ที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาเล่าเรียน ค้นคว้าหาวิชาดีทุกขในพระพุทธศาสนา จนสามารถเข้าใจในหลักคำสอนและการปฏิบัติ และ กราบขอบพระคุณ อาจารย์ด้านจิตวิทยา อาจารย์คุณพ่อ ดร.จิ้น แบรี่ ผศ. อาจารย์สุรินทร์ รนเกียรติ อาจารย์จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล ทุก สถาบันการศึกษาของข้าพเจ้า ตลอดจน อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ อาจารย์ ดร. สิริลักษณ์ วรรณพงษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ความรู้ รวมทั้ง ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ลี้ภัยทุกคน ที่เอื้ออำนวยต่อภาคการปฏิบัติ รักษาผู้ป่วยในแคมป์ผู้ลี้ภัย ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ขอกราบขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ในระดับดุขฎิบัณฑิต ให้แก่ผู้วิจัย และโดยเฉพาะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พระมหาพรชัย.... ที่เมตตา กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของภาษาในบทความย่อ ภาษาอังกฤษ รวมทั้งให้คำแนะนำอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อจรัญ คุณแม่ กายวรรณ ศิลปสุวรรณ ผู้ให้กำเนิดทั้งสองท่าน ด้วยความรักและเคารพอย่างสูงยิ่งที่สุด ที่ได้ให้ ความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา ความกรุณา และกำลังใจ ตลอดจนการสนับสนุน เพื่อการศึกษาในระดับดุขฎิบัณฑิต ในทุกๆ ด้าน เป็นอเนกอนันต์ ด้วยความเมตตา กรุณาเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้ง น้องชายที่รักทั้งสอง ญาติมิตรพี่น้องทุกท่าน และน้ำพำกขามาส คงแดง ผู้เป็นลูกสาวที่น่ารักที่ช่วยเป็นกำลังใจที่สำคัญให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขออนุโมทนาขอบคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ระวี พาขอรี และดร.โรเบิร์ต ไฟไฮด์ เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนกัลยาณมิตร ขออนุโมทนา ขอบพระคุณเพื่อนๆ นิสิตปริญญาดุขฎิบัณฑิต รุ่นที่ ๑๑ ทุกรูป/ท่าน ที่ช่วยสนับสนุน ในทุกๆ ด้าน ให้งานสาระนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สำนักปฏิบัติธรรมทั้งหลาย ในประเทศไทย พม่า อินเดีย กัมพูชา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วัดมหาธาตุ ที่เมตตาอนุเคราะห์ ห้องสมุด

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่ง ถ้าหากไม่ท่านเหล่านี้ งานวิจัยในครั้งนี้ก็ไม้อาจสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และเป็นประโยชน์อเนกอนันต์ต่อผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิต คือ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียงที่เมตตา ให้ผู้วิจัยได้เข้าไปศึกษาวิจัยได้อย่างมีคุณภาพยิ่ง กราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา คือ คุณทัดทรวง โสมศรีแพง คุณฐิติพร ยากองโค คุณลำตวัน เมืองมา และที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ และผู้มีส่วนสำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยและครอบครัว ทุกท่าน ที่มีจิตเป็นกุศล ในการที่ได้เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างทดลอง ให้การยืนยันว่าการรักษาทางพุทธจิตสังคัมบำบัด เป็นเครื่องมือการแพทย์ทางเลือก ที่เป็นการรักษาทางจิตสังคัมชั้นสูงแนวพุทธ ที่มีประสิทธิภาพที่สุดเครื่องมือหนึ่ง ขอให้ทุกท่านมีแต่ความสุข ความเจริญทั้งทางโลกและทางธรรมต่อไป

นางสาวจิรัฐติกาล ศิลปสุวรรณ

๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๑

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฎ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ที่มาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๕
๑.๓ ขอบเขตการวิจัย	๕
๑.๔ ปัญหาที่ต้องการทราบ	๗
๑.๕ สมมุติฐานการวิจัย	๗
๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	๘
๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๘
๑.๘ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๙
บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๐
๒.๑ แนวคิดของภาวะสุขภาพจิต	๑๐
๒.๑.๑ ความหมายของภาวะสุขภาพจิต	๑๐
๒.๑.๒ ความหมายของสุขภาพจิต	๑๑
๒.๑.๓ การประเมินภาวะสุขภาพจิต	๑๓
๒.๒ ปัญหาสุขภาพจิต	๑๕
๒.๒.๑ คำนิยามและความหมาย ปัญหาสุขภาพจิต (Mental Illness)	๑๕
๒.๒.๒ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต	๑๕
๒.๓ แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทฺธจิตสังคัมบำบัด	
สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต	๑๗
๒.๓.๑ แนวคิดและความหมายของพุทฺธจิตสังคัมบำบัด	๑๘
๒.๓.๒ รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทฺธจิตสังคัมบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต๓๘	
๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๔๔
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๖๗
๓.๑ รูปแบบการวิจัย	๖๗

๓.๒ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	๖๙
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๗๐
๓.๔ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือแต่ละประเภท	๗๕
๓.๕ การออกแบบการทดลอง	๗๖
๓.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล	๗๘
๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล	๗๙
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๘๐
๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๘๐
บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	๙๕
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๙๕
๕.๒ การอภิปรายผล	๙๘
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๑๑๐
๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	๑๑๐
๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอนาคต	๑๑๑
บรรณานุกรม	๑๑๒
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. แบบประเมินสุขภาพจิต	๑๒๐
ภาคผนวก ข. แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว	๑๒๖
ภาคผนวก ค. แบบประเมินผลการปฏิบัติสติปัญญา	๑๓๑
ภาคผนวก ง. กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต	๑๓๗
ภาคผนวก จ. ชุดเทคโนโลยี การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ	๑๖๔
ภาคผนวก ฉ. โปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต	๒๐๗
ภาคผนวก ช. แผ่นพับ แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต	๒๑๔
ภาคผนวก ซ. การปฏิบัติตามลำดับขั้นของแต่ละหมวดของอานาปานสติภาวนา	๒๒๙
ภาคผนวก ฌ. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	๒๔๑
ภาคผนวก ญ. มรรคมีองค์ ๘	๒๔๕
ภาคผนวก ฎ. หลักการสร้างความสัมพันธ์เพื่อการบำบัด	๒๕๙
ภาคผนวก ฏ. ภาพถ่าย	๒๘๘
ประวัติผู้วิจัย	๒๙๖

สารบัญแผนภูมิและตาราง

เรื่อง	หน้า
แผนภาพตารางที่ ๒.๑ สรุปขั้นตอนการปฏิบัติอานาปานสติภาวนา ๑๖ ขั้น โดยเปรียบเทียบกับสติปัฏฐานทั้ง ๔ หมวด และ ความเป็นกรรมฐาน ๒ คือ สมถะ และ วิปัสสนา แผนภาพที่ ๒	๓๔
แผนภาพตารางที่ ๒.๒ ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การเจริญกรรมฐานแบบสมถะและวิปัสสนากรรมฐาน	๓๖
แผนภาพตารางที่ ๒.๓ เป้าหมายของจิตบำบัดและวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย	๔๖
แผนภาพตารางที่ ๓.๑ แผนการทดลอง	๖๗
แผนภาพตารางที่ ๓.๒ ตารางพุทธจิตสังคัมบำบัด	๗๗
ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	๘๒
ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะครอบครัว ชนเผ่าและศาสนา	๘๓
ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้	๘๔
ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเวลาที่อาศัยในอำเภอแม่สะเรียง และที่อพยพมา การมี สิทธิรักษาพยาบาล การมีบัตรประชาชน การมีที่ดินทำกิน สี่	๘๕
ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	๘๖
ตารางที่ ๖ คะแนนภาวะสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละ จำแนกตามกลุ่มปัญหาสุขภาพจิต รายด้าน	๘๖
ตารางที่ ๗ คะแนนภาวะสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละ จำแนกตามกลุ่มปัญหาสุขภาพจิต รายด้าน	๘๖

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

ก. คำย่อเกี่ยวกับพระไตรปิฎก

ดัชนีฉบับนี้ใช้พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในการอ้างอิง โดยระบุ เล่ม/ข้อ/หน้าหลังคำย่อ ชื่อ คัมภีร์ เช่น ที.สี.(บาลี) ๙/๓/๓๖ หมายถึง สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย สีลขันธวรรค พระไตรปิฎก ภาษาบาลี เล่มที่ ๙ ข้อที่ ๓ หน้า ๓๖,ที.สี. (ไทย)๙/๑๗๐/๕๖ หมายถึง สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย สีลขันธวรรค พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ ๙ ข้อที่ ๑๗๐ หน้า ๕๖

พระวินัยปิฎก

วิ.มหา. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	มหาวิภังค์	(ภาษาไทย)
วิ.มหา. (บาลี)	=	วินัยปิฎก	มหาวิภังคปาติ	(ภาษาบาลี)
วิ.ป. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	ปริวาร	(ภาษาไทย)
วิ.ป. (บาลี)	=	วินัยปิฎก	ปริวารวรรคปาติ	(ภาษาบาลี)

พระสุตตันตปิฎก

ที.สี. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกายปาติ	(ภาษาบาลี)
ที.สี. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย สีลขันธวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ม. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย มหาวรรคปาติ	(ภาษาบาลี)
ที.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย มหาวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ปา. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย ปาฏิภควคปาติ	(ภาษาบาลี)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย ปาฏิภควรรค	(ภาษาไทย)
ม.มู. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสกปาติ	(ภาษาบาลี)
ม.มู. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก	(ภาษาไทย)
ม.ม. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปณณาสกปาติ	(ภาษาบาลี)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปณณาสก	(ภาษาไทย)
ม.อุ. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย อุปริปณณาสกวรรคปาติ	(ภาษาบาลี)
ม.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย อุปริปณณาสก	(ภาษาไทย)
ส.ข. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย ขนธวรรคปาติ	(ภาษาบาลี)
ส.ข. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย ขันธวรรค	(ภาษาไทย)
ส.ส. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย สคาถวรรค	(ภาษาไทย)
ส.ส. (บาลี)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย สคาถวรรคปาติ	(ภาษาบาลี)

ส.นิ. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก สังยุตตนิกาย นิทานวรรค	(ภาษาไทย)
ส.นิ. (บาลี)	=	สูตรตันตปิฎก สังยุตตนิกาย นิทานวคคปาติ	(ภาษาบาลี)
ส.มหา. (บาลี)	=	สูตรตันตปิฎก สังยุตตนิกาย มหาวารวคคปาติ	(ภาษาบาลี)
ส.มหา. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก สังยุตตนิกาย มหาวารวรรค	(ภาษาไทย)
องทุก. (บาลี)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย ทุกนิปาตปาติ	(ภาษาบาลี)
องทุก. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย ทุกนิบาต	(ภาษาไทย)
องติก. (บาลี)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย ติกนิปาตปาติ	(ภาษาบาลี)
องติก. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย ติกนิบาต	(ภาษาไทย)
องปญจก. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย ปญจกนิบาต	(ภาษาไทย)
องเอก. (บาลี)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย เอกกนิปาตปาติ	(ภาษาบาลี)
องเอก. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก องคุตตรนิกาย เอกกนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.ธ. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก ขุททกนิกาย ธรรมบท	(ภาษาไทย)
ขุ.ปฏี (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก ขุททกนิกาย ปฏิสัมภิทามรรค	(ภาษาไทย)
ขุ.อิติ (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก ขุททกนิกาย อิติวุตตกะ	(ภาษาไทย)
ขุ.อุ. (ไทย)	=	สูตรตันตปิฎก ขุททกนิกาย อุทาน	(ภาษาไทย)

พระอภิธรรมปิฎก

อภิ.ส. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก ธัมมสังคณี	(ภาษาไทย)
อภิ.วิ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก วิภังค์	(ภาษาไทย)

ข. คำย่อเกี่ยวกับคัมภีร์อรรถกถา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ใช้อรรถกถาภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในการอ้างอิง โดยระบุ เล่ม/ข้อ/หน้าหลังคำย่อ ชื่อ คัมภีร์ เช่น ที.ม.อ. (บาลี) ๑/๔๑๔/๓๐๘ หมายถึง ทีฆนิกาย สุมังคลวิลาสินี มหาคคกฏฐกถา อรรถกถาภาษาบาลี เล่มที่ ๑ ข้อที่ ๔๑๔ หน้า ๓๐๘, ขา.อ. (ไทย) ๓/๑/๓๑๓ หมายถึง ขุททกนิกาย ชาดก อรรถกถาภาษาไทย เล่มที่ ๓ ภาคที่ ๑ หน้า ๓๑๓ ฉบับมกุฏราชวิทยาลัย

อรรถกถาพระวินัยปิฎก

วิ.อ. (บาลี)	=	สมนตปาสาทิกา วินัยปิฎกอรรถกถา	(ภาษาบาลี)
วิ.อ. (ไทย)	=	สมันตปาสาทิกา วินัยปิฎกอรรถกถา	(ภาษาไทย)

อรรถกถาพระสุตตันตปิฎก

ที.ส.อ. (บาลี)	=	ทีฆนิกาย สุมังคลวิลาสินี สीलขุททกปิฎก	(ภาษาบาลี)
ที.ส.อ. (ไทย)	=	ทีฆนิกาย สุมังคลวิลาสินี สीलขุททกปิฎกอรรถกถา	(ภาษาไทย)
ม.อ. (ไทย)	=	มัชฌิมนิกาย ปัญจสุทนี อรรถกถา	(ภาษาไทย)
ชา.อ. (ไทย)	=	ขุททกนิกาย ชาดก อรรถกถา	(ภาษาไทย)
อ.อ. (ไทย)	=	อังคุตตรนิกาย มโนรทปุณณิ อรรถกถา	(ภาษาไทย)
อิติ.อ. (ไทย)	=	ขุททกนิกาย อิติวุตตกะ อรรถกถา	(ภาษาไทย)

อรรถกถาพระอภิธรรมปิฎก

อภิ.วิ.อ. (บาลี)	=	อภิธมมปิฎก สมโมหวิโนทนี วิภังคปิฎก	(ภาษาบาลี)
อภิ.วิ.อ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก สัมโมหวิโนทนี วิภังคปิฎกอรรถกถา	(ภาษาไทย)

ค. คำย่อเกี่ยวกับคัมภีร์ฎีกา

สารนิพนธ์ฉบับนี้ใช้ฎีกาภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในการอ้างอิง โดยระบุ เล่ม/ข้อ/หน้าหลังคำย่อ ชื่อ คัมภีร์ เช่น วิมติ.ฎีกา (บาลี) ๒/๒๔๑/๑๑๐ หมายถึง วิมตวิโนทนี ฎีกา เล่มที่ ๒ ข้อที่ ๒๔๑ หน้า ๑๑๐

ฎีกาอภิธรรม

สงคห.ฎีกา (ไทย)	=	อภิธัมมัตถ วิภาวินิฎีกา	(ภาษาไทย)
-----------------	---	-------------------------	-----------

ง. คำย่อเกี่ยวกับคัมภีร์ปกรณ์วิเสส

สารนิพนธ์ฉบับนี้ใช้คัมภีร์ปกรณ์วิเสส วิสสุทธีมรรค ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในการอ้างอิง โดยระบุ เล่ม/ข้อ/หน้าหลังคำย่อ ชื่อ คัมภีร์ เช่น วิสสุทธี (บาลี) ๒/๕๗๘/๑๗๐ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เล่มที่ ๒ ข้อที่ ๕๗๘ หน้า ๑๗๐

ปกณวิเสส

วิสุทธิ. (บาลี) = วิสุทธิมคคปกรณ์ (๑/๔๗/๑๑๙-๑๒๓) หมายถึง คัมภีร์วิสุทธิมคคปกรณ์วิเสส
ภาษาบาลี ภาค ๑ ข้อ ๔๗ หน้า ๑๑๙-๑๒๓

วิสุทธิ.(ไทย) = วิสุทธิมรรคปกรณ์ หมายถึง คัมภีร์วิสุทธิมรรค ๑๐๐ ปี ฉบับสมเด็จพระพุฒาจารย์
(อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบเรียง พิมพ์ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๔๘

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสุขภาพจิต เป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพ เนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ที่มีความสัมพันธ์กัน^๑ ภาวะสุขภาพหมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย รวมทั้งมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี คือ สภาพที่บุคคลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่างๆ ตามที่ควรจะเป็น และไม่มีปัญหาให้เกิดความทุกข์ใจ^๒ ในทางตรงกันข้าม ถ้าประชากรมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์ นานานัปการ ซึ่งสอดคล้อง กับแนวความคิดเรื่องสุขภาพที่ปรากฏหลักฐานตามคัมภีร์พระพุทธศาสนา ใน อังคุตตรนิกาย^๓ ดังที่พระบรมศาสดาได้ทรงตรัสว่า ความทุกข์นั้น เป็นโรค คือความเจ็บไข้ได้ป่วยชนิดหนึ่ง ความทุกข์นั้นมีทั้งความทุกข์กาย หรือ โรคทางกาย (โกยิโก โรโค) ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่เกิดกับกายรูป เช่น เนื้องอกในสมอง เส้นเลือดในสมองตีบ ความดัน เบาหวาน มะเร็ง ซึ่งโรคทางกายนี้นั้นอาจจะมียาแก้อาการได้บ้าง แต่ ความทุกข์ทางใจ หรือโรคทางจิต (เจตสิก โรโค) อาจโดนเบียดเบียนได้ตลอดเวลา ได้แก่ ความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางความรู้สึก ความคิด อารมณ์ หรือทางพฤติกรรมอย่างแรง ขนาดถึงขั้นคุมสติไม่ได้ เช่น มีอาการก้าวร้าว ซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน ฯลฯ เป็นต้นแนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาด้านสุขภาพจิต ของนักจิตวิทยาตะวันตก คือ โคเฮน^๔ และ ลาซาลัสและ ฟอร์แมน^๕ ว่า การเกิดความเจ็บป่วยไม่ว่าทางร่างกายหรือจิตใจ ย่อมก่อให้เกิดความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล และมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ตามมาคือ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น และมีความทุกข์ใจ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค^๖ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และโรคทางจิตเภท ที่ขาดสติ สัมปชัญญะ ที่จะรับมือกับชีวิตของตนเอง และผู้อื่นได้

ปัจจุบัน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มมากขึ้น เป็นปัญหาที่สำคัญและวิกฤติของโลกที่นับว่ารุนแรงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ สุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของประชากรทั่วโลก

^๑แสงจันทร์ ทองมาก, สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, (กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์, ๒๕๔๑).

^๒Goldberg, D.P., *The detection of Psychiatric illness by questionnaire*, Maudsley Monographs London : Oxford University Press.

^๓อง.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

^๔Cohen, J.I., *Stress and mental health: Abiobehavioral perspective*, *Issue in Mental Health Nursing*, 21, 2000, (p. 185-202.)

^๕Lazarus, R.S., & Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.

^๖โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972 (อ้างใน จิรัฐติกาล ศิลปสุวรรณ, ๒๕๕๑, หน้า ๑)

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายและความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เรื้อรัง นับว่าเป็นการสูญเสียความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ รวมทั้งการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ องค์การโลก^๗ พบว่ามีคนเป็นโรคซึมเศร้า ๓๕๐ ล้านคนทั่วโลก หรือร้อยละเป็นโรคซึมเศร้า และมีอัตราเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ ๒๐.๔ ซึ่งถือว่ามากจนองค์การอนามัยโลกได้ให้คำขวัญในวันสุขภาพจิตโลก เมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๖ว่า “โรคซึมเศร้า”คือภาวะวิกฤตของโลก” และได้รณรงค์ให้ทั่วโลกได้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของคนในประเทศของตน

จากการรณรงค์ ปัญหาสุขภาพ เนื่องวันอนามัยโลก ของประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๐ และจากการแถลงข่าวโดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.โสภณ เมฆธน พร้อม ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ร่วมกับ นพ. แดเนียลเคอร์เทสซ์ และ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นต.นพ. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ เนื่องในวันอนามัยโลก ซึ่งตรงกับวันที่ ๗ เมษายน ของทุกปี ซึ่งปีนี้ พบว่าองค์การอนามัยโลก ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต ได้กำหนดหัวข้อการรณรงค์ ว่า Depression, Let's talk: ซึมเศร้า..เราคุยกันได้”^๘ ได้เปิดเผยข้อมูลในตอนหนึ่งว่า ว่าปัจจุบันนี้ ปัญหาสุขภาพจิตเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิต มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกวัน และกระทบต่อสุขภาวะของคนไทย ปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องใกล้ตัว และเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ทุกฐานะ และเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ ทำให้ไม่สามารถปรับตัวกับสภาพกดดัน และสิ่งแวดล้อมและปัญหาความขัดแย้งด้านจิตสังคม (Psychosocial Crisis) เดิมที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูในครอบครัว สังคมไทยเป็นสาเหตุที่สำคัญ ในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Mental Problems and Mental Illness) หรือเลือกจบชีวิตของตนเอง (Suicide) และคนใกล้ชิดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพ.ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด^๙ ดังนั้น การปรับตัวของครอบครัว (Family adaptability) ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต นับว่าเป็นประเด็นสำคัญหนึ่ง ที่ผู้วิจัย มองเห็นว่า เป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงโดยตรง ทำให้เกิดความเครียด (stressor) ขึ้นในระบบครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับสิ่งก่อความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวได้กลับไปสู่การดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความสงบสุข^{๑๐} ครอบครัว ต่างประกอบไปด้วยเรื่องราวต่างๆ มากมาย มีทั้งความสุขและความทุกข์ เป็นสาเหตุทั้งความสุขและความทุกข์ทั้งปวงปนกันไป บางครอบครัวหนึ่งอาจสร้างมนุษย์ด้วยความรัก ความทะนุถนอม คุณค่าแห่งการมีชีวิตอยู่ ความนับถือ และความเชื่อมั่นในคุณงามความดีของตน จนสามารถพัฒนาสู่ความสุข สงบ และความสำเร็จในชีวิตในทุกๆ ด้าน แต่อาจจะมีบางครอบครัวหนึ่งที่สร้าง

^๗ www.WHO.int/mental_health/en/ ปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลก ผู้จัดการออนไลน์ [๑ กันยายน ๒๕๖๐].

^๘ <http://www.posttoday.com/social/health/49170> สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย (กันยายน ๒๕๖๐) ผู้จัดการออนไลน์ [๑๒ กันยายน ๒๕๖๐].

^{๑๐} อุมพร ตรังคมบัติ, จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว, “วงจรชีวิตและการปรับตัวของครอบครัว” (พิมพ์ครั้งที่ ๕, ๒๕๔๔), หน้า ๓๙.

มนุษย์ ด้วยความไม่รู้ ด้วยความเกลียดชัง ด้วยความโกรธแค้น และความลัษณสงสัยในคุณงามความดี จนส่งผลให้สมาชิกประพตชีวิตให้เป็นไปด้วยความคิดผิด พุดผิด ประพตผิด จนกลายเป็นปม ปัญหาต่างๆ นานา ทับถมจนหมดสิ้นความสิ้นหวังในชีวิตจนหาทางออกไม่ได้ จนเกิดความเจ็บป่วย ทางกาย และเจ็บป่วยทางจิต บางคนตัดสินใจจบชีวิตตัวเอง เพราะไม่สามารถสู้กับปัญหานั้นได้อีกต่อไป

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตบางรายมีปัญหาจิตสังคมที่ซับซ้อน เช่นมีอาการเรื้อรัง กำเริบ บ่อย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง บางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรตัวเองได้ หรือไม่สามารถประกอบ อาชีพเลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว ต้องเป็นผู้เลี้ยงดูและแบกรับภาระ และมีความเครียด ร่วมด้วย บางรายโชคร้ายต้องถูกทิ้งให้อยู่คนเดียวแบบโดดเดี่ยวเดียวดายตลอดชีวิต และบางรายที่ ครอบครัว ชุมชน ต่างรังเกียจและมีทัศนคติเชิงลบ ปฏิเสธที่จะให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในชุมชนต่อไป เหตุการณ์เหล่านี้ เกิดขึ้นทุกที่ในบ้านและชุมชนของโลกใบนี้ รวมทั้งประเทศไทย ต่างจังหวัด จาก ข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน^{๑๑} ที่พบว่า มีจำนวน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียงแม่ฮ่องสอน จำนวน ๖๕๑ คน ที่ส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๑ แห่ง พบว่าส่วนใหญ่ เป็น ผู้ป่วยที่เป็นชาวไทยภูเขา เผ่า กระเหรี่ยง ลัวะม้งซึ่งต่างมีชีวิตที่ยากลำบากต่อการปรับตัว เช่น การศึกษา อาชีพ ศาสนา เศรษฐกิจสังคม ภาษา วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และปัญหาการเลี้ยงดู และความขัดแย้งในครอบครัว เป็นปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยทางจิต^{๑๒} และจากการวิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ในพื้นที่ดังกล่าว พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจาก เกิดจากปัญหาการสื่อสาร และความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่ขัดแย้งกันอย่างมาก ส่งผลให้เกิด ความ ขัดแย้งทางจิตสังคมในช่วงอายุ เกิดการชะงักงันของพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย มีปัญหาในใจ ทำให้จิตใจอ่อนแอ เปราะบาง และไม่มีศักยภาพเพียงพอ ที่จะสามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่มา กระทบได้ จึงเกิดความความเครียดสะสมเรื้อรัง จนเกิดอาการของโรคทางจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาที่มี สาเหตุจากความรัก ความผิดหวัง หรือความหึงหวงก่อให้เกิด โรคซึมเศร้า ทำร้ายผู้อื่น และทำร้าย ตนเอง และน้อยใจจนเกลียดชังตัวเอง ตลอดจนพบว่า การดื่มสุรา เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดการทำร้ายตนเอง ในขณะที่ลงพื้นที่เพื่อการศึกษาข้อมูล พบว่ามี ผู้ป่วยชายที่มีภาวะ ซึมเศร้ารุนแรง และมีความคิดฆ่าตัวตายจาก สาเหตุคือติดยาเสพติด ช่มชืน หลาน และช่มชืนแม่ ตัวเอง จนแม่ฆ่าตัวตาย ขณะที่ติดคุก ก็มีภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา อย่างนี้เป็นต้น และพบว่า พื้นที่ที่มี อัตราผู้ป่วยจิตเวชสูงและมีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงคือตำบลแม่เหาะ ซึ่งเป็นชุมชนพื้นที่สูง มี หลากหลายเผ่า เช่นกระเหรี่ยง ลัวะม้ง ไทยใหญ่ คนเมือง ชาวพม่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน^{๑๓} เมื่อมีการประชุม พุดคุย ข้อมูลในชุมชน แบบมีส่วนร่วมและถอดบทเรียนว่าในชุมชน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง แต่ไม่มีการลงรายงาน เนื่องจากมีเหตุผล

^{๑๑}ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, ๒๕๖๐.

^{๑๒}ข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ และการทำจิตบำบัด ของ แผนกคลินิกเพื่อนใจ โรงพยาบาลแม่สะ เรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, ธันวาคม ๒๕๖๐.

^{๑๓}ข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เหาะ, สิงหาคม ๒๕๖๐.

ส่วนตัว ในการแจ้งตาย แบบปกปิดข้อมูลจริง เช่น การขอรับเงินประกันชีวิตเพราะฐานะทางบ้าน ผู้เสียชีวิตยากจน และปัญหาตราใบในชุมชนทำให้สถิติที่รายงานอย่างเป็นทางการน้อยลงไป แต่ ขณะเดียวกัน กลับพบว่า อัตราการการป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตสูงในชุมชนกลับเพิ่มมากขึ้น^{๑๔} ซึ่ง ครอบครัวที่ประสบภาวะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่เครียด และวิกฤตและต้องการความช่วยเหลือ เยียวยารักษาแก้ไขสภาพปัญหา ความขัดแย้งและปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ครอบครัว ให้สามารถปรับตัวได้ในสภาพแวดล้อม และชีวิตกลับสู่สมดุลอีกครั้ง^{๑๕} เป็นที่น่าสนใจ และเป็นสิ่งที่สังเกตว่า แม้ว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชใน ปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะรักษาได้ แต่กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน และมีปัญหาวิกฤติทางจิตสังคมและ ครอบครัว เรื้อรังนั้น การรักษาเพียงวิธีการเดียว ไม่ได้ผลดีนัก ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยมอง ว่า คงต้องหาวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ เพื่อเป็นรูปแบบการรักษาที่เป็น วิธีที่ดีที่สุด

โดยกรอบแนวคิดทฤษฎี ที่ผู้วิจัยเห็นว่า ดีที่สุดนั้น พบได้ในหลักคำสอนใน พระพุทธศาสนา เนื่องจากว่าพระพุทธศาสนา มีเป้าหมายสูงสุดคือ การสอนให้มนุษย์ชาติกำจัดทุกข์ ดับทุกข์ ทั้งทุกข์กาย ทุกข์ใจ สอนให้มนุษย์ทุกคนประกอบกุศลกรรมเพื่อความดี สอนให้เกิดประโยชน์ สุขในปัจจุบัน ในอนาคต และประโยชน์สูงสุดคือการดับทุกข์ได้โดยสิ้นเชิง ซึ่งมนุษย์ทุกคนสามารถ ประพฤติปฏิบัติ ได้ โดยการปฏิบัติตามมรรคมีองค์ ๘^{๑๖} ในพระพุทธศาสนา ที่เป็นหนทางปฏิบัติเพื่อ การดับทุกข์ มีทั้งหลักการสอน และการปฏิบัติใน ศีล สมาธิ สติปัญญา ซึ่งเป็นงานพัฒนาจิตใจให้ เข้าถึงความสงบ ความสว่าง และความบริสุทธิ์ และก่อให้เกิดปัญหาที่จะไปสู่การดับทุกข์นั้นได้ มรรค มีองค์ ๘ จึงเป็นศาสตร์และศิลป์อันประเสริฐที่สุด แห่งการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และเป็นธรรมาปฏิบัติ ยิ่งในทางพระพุทธศาสนา ที่จะดับทุกข์ในจิตใจของมนุษย์ ซึ่งเป็นผลมาจากกิเลส ตัณหา ของมนุษย์ เอง ทำให้เกิดความทุกข์ในจิตใจ มีความเครียด มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจ วุ่นวายใจ เศร้าใจ ไม่สามารถ หาทางออกในชีวิตได้ นอกจากมรรคมีองค์ ๘ แล้ว นอกนั้นหาหนทางอื่นยากลำบากทั้งสิ้น ด้วยเหตุผล นี้ ผู้วิจัย จึงพัฒนาโปรแกรมการรักษาเยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้วยการรักษาจิตสังคมขั้นสูง แนวพุทธ ชื่อว่า โปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด (Buddhist based on Psychosocial Therapy Model) ด้วยการบูรณาการ การนำหลักพุทธธรรม คือ มรรค มี องค์ ๘^{๑๗} ซึ่งเป็นหนทางดับทุกข์ใน พระพุทธศาสนามาบูรณาการเข้ากับวิธีการรักษากับจิตบำบัดและจิตสังคมบำบัด ขึ้นมาโดยผ่านการ ปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน เป็นกระบวนการบำบัดแบบมีโครงสร้าง ใช้เวลา ๖ สัปดาห์ หรือ ๔๕ วัน เป็นโครงสร้างการบำบัด ๔ ขั้นตอน และมีการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ตลอดการ บำบัด ซึ่งอานาปานสติกรรมฐานมีข้อดี และเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ มากกว่ากรรมฐาน อื่นๆคือ อานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ใช้ลมหายใจเข้า และออก เป็นเครื่องมือ และระหว่าง การเจริญอานาปานสติ ก็เป็นการเจริญมรรคมีองค์ ๘ อย่างสมบูรณ์ ไปในเวลาเดียวกัน ที่ผู้ป่วยสามารถ

^{๑๔} ข้อมูลผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พฤศจิกายน ๒๕๖๐.

^{๑๕} การลงสำรวจพื้นที่ของผู้วิจัย ร่วมกับเจ้าหน้าที่บริหารตำบลส่วนท้องถิ่น และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขา ตำบลแม่เหาะ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน สิงหาคม ๒๕๖๐.

^{๑๖} พระราชวรเมธี (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรม, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

^{๑๗} พระราชวรเมธี (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรม, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

บำบัดตัวเอง และเห็นผลได้ด้วยตัวเอง ที่ปรากฏชัดเจน ในระหว่างการเจริญอานาปานสติสมาธิ
 ฐาน^{๑๘} ซึ่งไม่มีชาตินใดที่จะมีปัญญาวินิเทศ ที่จะรักษาจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีปัญหา
 สุขภาพจิตที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับความคิด และกิเลส ธรรม วิชา ได้เท่ากับการเจริญอานาปานสติ
 สมาธิฐาน^{๑๙} ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวงการแพทย์ แอลฟอร์เน ในเดือน มีนาคม ค.ศ. ๒๐๑๐ ที่
 พบว่า การฝึกสมาธิเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีมาก และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย
 แบบองค์รวม และมีการใส่หลักสูตรการฝึกสมาธิเข้าไปในหลักสูตรของนักศึกษาแพทย์และการรักษา
 ทางคลินิกด้วยเหตุดังกล่าวนี ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะนำ พุทธจิตสังคัมบำบัดมารักษาสำหรับผู้ป่วยที่มี
 ปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุดในการกลับคืน
 มาสู่สภาวะของสุขภาพจิตดี และมีความสุข ในการดำเนินชีวิตต่อไปดังจะได้ทำการวิจัยต่อไป

๑.๒วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่เข้ารับการบำบัด
 กลุ่มตามโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่
 เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม

๑.๓ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) วิจัยเชิง
 ปริมาณ และวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เป็น combining quantitative and qualitative approaches)
 ดังนี้

(๑) การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้นำแนวคิดพุทธบำบัดของสมเด็จพระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า
 ในสมัยพุทธกาลคือ อริยสัจ ๔ มีการเจริญสติปัฏฐาน ๔ ด้วยการฝึกการเจริญอานาปานสติฐาน
 แบบ ๑๖ ขั้นตอน ตามพระไตรปิฎก อรรถกถา คัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการ
 รักษาทางด้านจิตใจและจิตสังคัม ระบบครอบครัว สุขภาพจิต/จิตสังคัมศึกษา สัมพันธภาพเพื่อการ
 บำบัด จิตบำบัดและการปรึกษาครอบครัว กลุ่มบำบัด และสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เทคนิคการฝึก
 เผชิญปัญหา การจัดการความเครียด และความเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ แบบมีโครงสร้าง
 (Salvador Minuchin)

(๒) การวิจัยเชิงปริมาณ ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมาย ก่อน และหลังการ
 ทดลอง และทำการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่ม เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มี
 ปัญหาสุขภาพจิต ๑๐ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง มีผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเข้าร่วม
 โปรแกรมอีก ๑๐ คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๖๐ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เครื่องมือในการเก็บ
 รวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ๔ ด้าน ฉบับ

^{๑๘} ๐.๕๓๓๓๓. (ไทย) ๒๓/๓๘/๕๘.

^{๑๙} L.,Fortney,M.,Taylor. “Meditation in medical practice: a review of the evidence and
 practice”.Primary Care, Vol.37 No.1 (March 2010) : pp.81-90.

ภาษาไทย ๒๘ ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ของ โกลด์เบิร์ก (๑๙๗๒) ที่แปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดย ธนา นิลไชยโกวิทย์,จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และชัชวาล ศิลปะกิจ (๒๕๓๙) และแบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดย อุมพร ตรังคมบัติ โดยดัดแปลงมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที (T-Test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ๐.๐๕

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๑๐ คนการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มารับบริการที่แผนกคลินิกเพื่อนใจ โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งจิตแพทย์ได้ทำการวินิจฉัย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ICD-10) ^{๒๐}ว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งได้รับการรักษาทางยา และการทำจิตบำบัดและคำปรึกษา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นมาจนถึงเดือน ธันวาคม ๒๕๖๐ แล้ว แต่ยังคงมีสภาพปัญหาสุขภาพจิต ความขัดแย้งทางจิตใจ และภาวะวิกฤติในครอบครัว จากการทำหน้าที่ครอบครัวที่ผิดปกติจากความเครียด เรื้อรัง จนไม่สามารถปรับตัวได้ จากสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ตำบลแม่เหาะ ตำบลแม่สะเรียง และผู้ป่วย และญาติ ยินยอมและเต็มใจเข้ารับการบำบัดในโปรแกรม และต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตจำนงค์ ยินยอมรับการรักษาในโครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว (Informed consen) โดยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยด้านจริยธรรมในมนุษย์ (Ethics Committee) ของสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อำเภอมั่นน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตัวแปรที่ศึกษา

๑. ตัวแปรต้น (Treatment variable) โปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัด
๒. ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าคะแนนของภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลัง ที่ได้จากการประเมินผลของการบำบัดรักษาด้วยโปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัด
๓. ตัวแปรควบคุม
 - ๓.๑.กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกคัดเลือกแล้ว
 - ๓.๒. แบบประเมินสุขภาพจิต ด้วย GHQ 28 และการประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว
 - ๓.๓. โปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ ๒ ท่าน อาจารย์พยาบาลที่จบปริญญาเอกด้านพระพุทธศาสนา ๑ ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ

^{๒๐} ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล, เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ICD-10), แปลและเรียบเรียงจาก Desk Reference to the Diagnosis

และดูแลหลักสูตรพุทธจิตวิทยา ๑ ท่าน และ พระอาจารย์วิปัสสนาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่สูงที่สุด ของสถาบันวิปัสสนาธุระ ๑ ท่าน

๔. ทีมผู้บำบัด ซึ่งประกอบด้วย ทีมโรงพยาบาลแม่สะเรียงได้แก่ จิตแพทย์ โรงพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา พระวิปัสสนาจารย์ ๒ รูป แม่ชีที่ผ่านการฝึกและผ่านการปฏิบัติวิปัสสนา ๗ เดือน และผู้บำบัดพุทธจิตสังคม คือ ผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ผ่านการศึกษาศาสตร์ด้านพระ พุทธศาสนา และปฏิบัติด้านวิปัสสนาอย่างน้อย ๗ เดือน อยู่ในฐานะเครื่องมือ (self as instrument)

สถานที่ที่ใช้ในการบำบัด คือ

๑. โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว และทีมบำบัดรักษา รู้จักกัน เพื่อประสิทธิผลของการทดลอง และเป็นทางการ สามารถควบคุมการทดลองในเชิงวิชาชีพ
๒. ที่บ้านผู้ป่วย จากการลงไปเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมิน สังเกต และสัมภาษณ์เชิงลึก และการทำจิตครอบครัวและการให้ปรึกษาครอบครัว (home based Therapy) แก่ผู้ป่วยและญาติ
๓. วนอุทยานป่าไม้ บ้านแม่สวรรค์น้อย ตำบลแม่เหาะอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นสถานที่เงียบสงบ เป็นส่วนตัว สวยงาม อากาศดี และสะดวกสบาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย อิสระ และเอื้อต่อการปฏิบัติธรรม

ระยะที่ ๔ การยุติการรักษาด้วยโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด

๑.๔ ปัญหาที่ต้องการทราบ

๑.๔.๑ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

๑.๔.๒ ผลของการเข้าโปรแกรมพุทธจิตสังคม จะรักษาบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ และมีความสุขได้หรือไม่ อย่างไร

๑.๕ สมมุติฐานการวิจัย

๑.๕.๑ หลังการเข้าโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด คะแนนเฉลี่ยของปัญหาสุขภาพจิต ทั้ง ๔ ด้าน คือ (๑) ความรู้สึกไม่เป็นสุข (๒) ความวิตกกังวล (๓) ความบกพร่องเชิงสังคม (๔) ความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง และผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตปกติ มีความสุข ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

๑.๕.๒ หลังการเข้าโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด ด้วยการประเมินเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง สมาชิกกลับมาทำหน้าที่ในครอบครัวปกติ ทั้ง ๖ ด้าน คือ (๑) การแก้ไขปัญหาภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (resolved conflicts) (๒) การสื่อสาร สามารถสื่อสารกับครอบครัวและสังคมได้ดี (๓) บทบาท (๔) การตอบสนองทางอารมณ์ (๕) ความผูกพันทางอารมณ์ (๖) การควบคุมพฤติกรรม มีบุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

๑.๕.๓ การประเมินผลความพึงพอใจผู้ป่วย ครอบครัว พบว่ามีความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาบำบัดมากกว่า ร้อยละ ๘๐

๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

๑.๖.๑ พุทธจิตสังคมบำบัด หมายถึงการบูรณาการมรรคมีองค์ ๘ มีการเจริญอานาปานสติกรรมฐาน ตามหลักพระพุทธศาสนาร่วมกับจิตบำบัด/จิตสังคมบำบัดเพื่อ ประยุกต์ใช้ในการรักษาเยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต แบบมีโครงสร้าง มี ๔ ขั้นตอน ในเวลา ๔๕ วัน

๑.๖.๒ อานาปานสติสมาธิภาวนา หมายถึง การเจริญกรรมฐานหรือการฝึกอบรมจิตโดยใช้สติกำหนดหรือระลึกรู้ลมหายใจเข้าและลมหายใจออกเป็นอารมณ์ ๑๖ ขั้นตอนตามพระไตรปิฎก

๑.๖.๒ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยเป็นโรคเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และ โรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว

๑.๖.๓ ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีความทุกข์ใจที่แสดงอาการ ๔ กลุ่มคือ (๑) อาการทางกาย (somatic symptoms) (๒) อาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) (๓) ความบกพร่องเชิงสังคม (social dysfunction) (๔) อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)

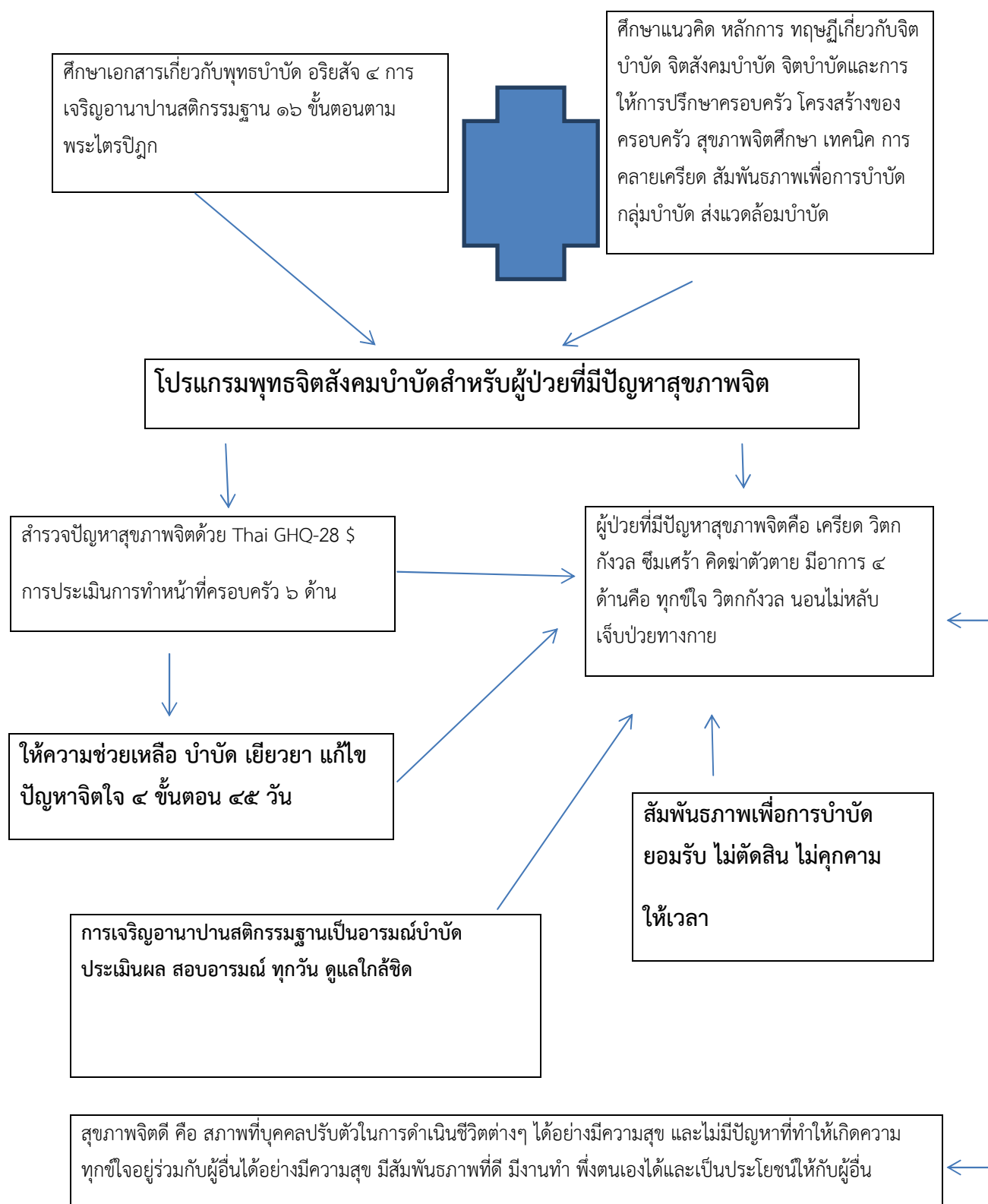
๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๗.๑ ทำให้ทราบว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย เป็นอย่างไร เพื่อวางแผนการบำบัดรักษา และประเมินผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง

๑.๗.๒ ผลของการเข้าโปรแกรมพุทธจิตสังคม เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถรักษาบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ และมีความสุขได้ และสามารถมีภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง ปรับตัวแก้ไขปัญหาคความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอย่างได้ผล

๑.๗.๓ การนำองค์ความรู้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสังคมการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบองค์รวม การฟื้นฟู จิตวิญญาณ และเฝ้าระวังการเกิดปัญหาโรคจิตเภท ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความทุกข์นานัปการ จากปัญหาจิตสังคมที่อาจกระทบเป็นวงกว้าง ต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในชาติ อย่างมีคุณภาพในการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตต่อไป

๑.๘ กรอบแนวคิด (conceptual Framework)



บทที่ ๒

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบพุทฺธิจิตสังคัมบำบัตสำหรับการรักษาเยียวยาแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลแม่ สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในประเด็นที่สำคัญ ๔ ประเด็นโดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้การวิจัยเรื่อง

๑. แนวคิดของภาวะสุขภาพจิต
 - ๑.๑ ความหมายของภาวะสุขภาพจิต
 - ๑.๒ ความหมายของสุขภาพจิต
 - ๑.๓ การประเมินภาวะสุขภาพจิต
๒. ปัญหาสุขภาพจิต
 - ๒.๑ คำนิยามและความหมาย ปัญหาสุขภาพจิต (Mental Illness)
 - ๒.๒ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต
๓. แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัตสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต
 - ๓.๑ แนวคิดและความหมายของพุทฺธิจิตสังคัมบำบัต
 - ๓.๒ รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัต
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดของภาวะสุขภาพจิต

แนวคิดของภาวะสุขภาพจิต เป็นภาวะที่มีความสุขปราศจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ เป็นสิ่งที่ปรารถนาของทุกคน ภาวะดังกล่าวนี้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม

๒.๑.๑. ความหมายของภาวะสุขภาพจิต

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความหมายของภาวะสุขภาพจิต ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ ที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ^๑ ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นสภาพที่ดีของจิตที่เกิดจากการที่บุคคลสามารถจัดการกับความกดดันต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้ สามารถทำงานและประสบความสำเร็จ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมหรือชุมชนได้

^๑ World Health Organization, “Statistic index of family health”, Technical Report Series, 987, Geneva: WHO,1976

อภิชัย มงคล วาณี หัถพนม ถัสรา เชษฐโชติศักดิ์ วรณประภา ชะลอกุล และละเอียด ปัญโญใหญ่^๒ ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

โกลเบิร์ก(Goldberg,1972) ^๓กล่าวถึง ภาวะสุขภาพจิตว่า สภาพที่บุคคลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่างๆ ได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น และไม่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ แต่หากบุคคลใดที่ไม่สามารถปรับตัวได้ ภายใต้อสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และความคิดว่ามีโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค (hypocondriasis) และมีแนวโน้มในการเกิดโรคทางจิตเวชได้ แต่ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ก็จะสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น และกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

สำหรับผู้วิจัย แล้ว เห็นว่าสุขภาพทางจิตในแนวพระพุทธศาสนา คือ ผู้ที่สามารถมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ สามารถแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองได้อย่างสุภาพ เหมาะสม มีความคิดที่เป็นกุศล มีสัมมาวาจา การที่บุคคลจะมีสุขภาพทางจิตที่ดี จะต้องเป็นคนไข้ใจอารมณ์ของตน มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีพระรัตนตรัยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้มั่งมีสติ รู้ทันอารมณ์และปัญหาวิธีการเผชิญปัญหา มีความอดทน อดกลั้นต่อความเครียด มีความสนุกสนานกับการทำกิจกรรม มีการทำงานที่สะอาดบริสุทธิ์ไม่เบียดเบียนชีวิตตนเองและสังคม การดำเนินชีวิตประกอบไปด้วยศีลธรรมอันดีงาม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความสามารถในการยอมรับตนเอง ควบคุมตนเอง และสามารถปรับตัวได้ เมื่อเผชิญปัญหา และความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากบุคคลไม่เคยผ่านการพัฒนาจิต จึงยากยิ่งนักจะพบผู้ที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ บริบูรณ์ ดังนั้นหลักพระพุทธศาสนานั้น สามารถตั้งแต่การป้องกันโรคทางจิต การแก้ไขหรือรักษาโรคหรือปัญหาทางสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต และการฟื้นฟูสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับจิตวิญญาณ (spirituality recovery) เพราะว่า การที่มนุษย์จะเป็นผู้ที่สุขภาพสมบูรณ์ มีความสุขประสบความสำเร็จในชีวิต นั้นต้องสามารถกำจัดรากเหง้าของสาเหตุความทุกข์ทั้งปวงให้หมดไปให้ได้เสียก่อน ซึ่งยังไม่มีศาสตร์ใด ที่จะสมบูรณ์แบบที่พระพุทธศาสนาได้กล่าวไว้ ได้เลย

สรุป จากความหมายของภาวะสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพจิตหมายถึง สภาพจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้อย่างเหมาะสม สามารถแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีความสุข ความพึงพอใจ มีความสามารถในการจัดการปัญหา เพื่อการดำเนินชีวิต และพัฒนาศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่มีความสุข มีศักยภาพ โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข สงบ สมดุล ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

๒.๑.๒ ความหมายของสุขภาพจิต

^๒ อภิชัย มงคล, วาณี หัถพนม, ถัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, และละเอียด ปัญโญใหญ่ ,การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย, ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา, ๒๕๔๔.

^๓ Goldberg, D. P., The detection of Psychiatric illness by questionnaire, Maudsley Monographs, London: Oxford University Press,1972

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต ไว้ดังนี้ว่า

อัมพร โอตระกูล^๔ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่มีสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลกับสังคมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ได้ดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้กับตนเอง และผู้อื่น ทั้งสามารถก่อให้เกิดผลดี มีความสุข และประโยชน์แก่ตนเองอีกด้วย

อภิชัย มงคล และคณะ^๕ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนานตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จาโฮดา (๑๙๕๘)^๖ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตดี คือบุคคลที่ประพฤติตนตามแรงควบคุมภายในแห่งตนได้อย่างสม่ำเสมอ และไม่มี ความขัดแย้งของบุคลิกภาพทั้งสามส่วน คือ Id Ego และ Superego

บาวแมน (๑๙๗๕)^๗ กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วม กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข และอย่างมีประสิทธิภาพ สุขภาพจิตเป็นเรื่องของจิตใจ บุคลิกภาพทั้งหมด ประการณชีวิต รวมทั้งผลผลิตด้านพันธุกรรม ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ที่ทำให้บุคคลแตกต่างกันในด้านอารมณ์ ความถนัด และวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ไข สุขภาพจิตจะดีหรือไม่ นั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการด้านพื้นฐานที่ได้รับการตอบสนอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๑๙๗๖)^๘ ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขกับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถดำรงชีพออยู่ได้ด้วย ความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของโลกโดยปราศจากความขัดแย้งในจิตใจ

ทาวเซนด์ (Townsend 1966 cited by Townsend, 1999.)^๙ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นผลสำเร็จในการที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายใน ภายนอก และสิ่งแวดล้อม โดยประเมินได้จากแนวความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก เหมาะสมตามอายุ และบรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม ของท้องถิ่นนั้นๆ

^๔ อัมพร โอตระกูล, สุขภาพจิต, กรุงเทพฯ : นานาอักษรการพิมพ์, ๒๕๓๘.

^๕ อภิชัย มงคล, และคณะ, รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗, นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

^๖ Jahoda. M, Current concepts of positive mental health, New York : Basic Book, 1958.

^๗ Bowman HA, The nature of mental health, The Hogg Foundation of mental health, Texas: The University of Texas, 1975.

^๘ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๑๙๗๖) อ้างแล้ว.

^๙ Townsend MC, Essentials of psychiatric mental health nursing, Philadelphia: F.A. Davis, 1999.

สรุป จากความหมายของคำว่าสุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคและอาการทางจิต มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น สามารถตัวเข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถใช้ชีวิตร่วมอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของโลกโดยปราศจากความขัดแย้งในจิตใจ และสอดคล้องเหมาะสมกับบรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม มีอัตมโนทัศน์ด้านบวก และมีอารมณ์มั่นคง^{๑๐}

๒.๑.๓ การประเมินภาวะสุขภาพจิต

จากสถานการณ์ของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในครอบครัว ชุมชน และมีอาการเรื้อรัง กำเริบบ่อย ที่มารับบริการที่คลินิกเพื่อนใจ แผนกสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นระยะเวลานาน พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูง ส่งผลให้เกิดความสูญเสียในด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เศรษฐกิจ ความด้อยโอกาส และปัญหาทางสังคมกระทบเป็นวงกว้างออกไป ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีแนวคิดที่จะประเมินปัญหาภาวะสุขภาพจิต หรือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ก่อนและหลัง การทดลอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ด้วยโปรแกรมบูรณาการพัฒนาพุทธจิตสังคมบำบัด

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีนักวิชาการทางสุขภาพจิตหลายท่านที่สร้าง และพัฒนาเครื่องมือ แบบประเมินสุขภาพจิต และผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

๑. แบบสำรวจสุขภาพจิตสำหรับคนไทย (The Thai Mental Health Questionnaire : TMHQ) พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุตวรรณ์ และคณะ^{๑๑} เป็นแบบสอบถามจำนวน ๗๐ ข้อ เพื่อใช้วิเคราะห์ความผิดปกติทางจิตในช่วงระยะเวลา ๑ เดือนที่ผ่านมา โดยศึกษาใน ๕ กลุ่มอาการ คือ ความผิดปกติทางกาย เนื่องจากความผิดปกติทางจิต กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการจากการปรับตัวทางสังคม ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามจาก เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตของ DSM-IV ที่ผ่านการทดสอบในกลุ่มประชากร ๗๐๐ ราย พบว่าสามารถแยกแยะประชากรที่ผิดปกติออกจากประชากรที่มีความเจ็บป่วยทางจิตต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ

๒. ดัชนีวัดภาวะสุขภาพจิตระดับชุมชนของกรมสุขภาพจิต^{๑๒} เป็นการสำรวจความคิดเห็นของประชากรต่อชุมชนที่อาศัย ด้วยแบบสอบถาม ๒๒ ข้อ นำไปสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและสุ่มกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อรวมคะแนนแล้วนำมาเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ว่าสุขภาพจิตของชุมชนดีกว่า หรือต่ำกว่าชุมชนทั่วไปอย่างไร

๓. แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Thai GHQ 12-20-28-30-60) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์

^{๑๐} Videbeck SL, **Psychiatric mental health nursing**, 4th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins; 2006.

^{๑๑} สุชีรา ภัทรายุตวรรณ์ และคณะ, การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตของคนไทย,วารสารศิริราช ปีที่ ๕๑ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๔๒, หน้า ๙๔๖-๙๕๒.

^{๑๒} อภิชัย มงคล และคณะ,รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๕, นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ^{๑๓} ที่ดัดแปลงมาจาก General Health Questionnaire ของ Goldberg(1972)^{๑๔} ที่สร้างแบบสอบถามใช้ทฤษฎีการจัดลำดับความรุนแรงของอาการของโรคทางจิตเวช โดยสังเกตว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกประเภทมักมีอาการพื้นฐานของโรคประสาทซึมเศร้า คือมีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง อาการเปลี่ยนแปลงง่าย มีความสับสนยุ่งยากใจ การยอมรับนับถือตนเองเปลี่ยนไป มีอาการเจ็บป่วยทางกายและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน^{๑๕} แล้วนำลักษณะอาการนั้นมาแยกออกจากคนปกติ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของชนิด และอาการของโรค ใช้จุดแบ่งระหว่างปัญหาสุขภาพจิต กับการมีภาวะสุขภาพจิตดีเท่านั้น พบว่า ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ ทุกฉบับ มีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตั้งแต่ ๐.๘๔ ถึง ๐.๙๔ และมีค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ ร้อยละ ๗๘.๑ ถึง ๘๕.๓ และความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ ๘๔.๔ ถึง ๘๙.๗ สำหรับประเทศไทย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ได้นำมาแปลและหาความเชื่อมั่น และความเที่ยงตรง (validity) นำไปประเมินสุขภาพจิตคนไทยในเขตหนองจอกกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๐๐ คน นำ GHQ เปรียบเทียบกับผลการตรวจวินิจฉัยของจิตแพทย์ และหาจุดตัดที่เหมาะสมที่ ๕/๖ มีความไว ((sensitivity) ร้อยละ ๘๑.๓ ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ ๘๘.๒ และมีอัตราความผิดพลาดในการจำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๔ ได้ค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ๐.๘๒-๐.๙๓^{๑๖}

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ GHQ-28 ซึ่งมีลักษณะพิเศษต่างไปจากฉบับอื่น เนื่องจากสามารถประเมินที่ต้องการทราบรายละเอียดในด้านต่างๆ เป็นฉบับที่เรียกว่า Sub-scaled GHQ ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ๑ ข้อ ๑-๗ เป็นอาการทางกาย (somatic symptom) กลุ่ม ๒ ข้อ ๘- ๑๔ เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) กลุ่ม ๓ ข้อ ๑๕-๒๑ เป็นความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) กลุ่ม ๔ ข้อ ๒๒-๒๘ เป็นอาการเศร้าที่รุนแรง (severe depression) แต่ละข้อคำถามเป็นลักษณะที่เรียกว่า bimodal response scale คือคะแนนถูกจัดไว้เพียง ๒ ค่า (binary score) สำหรับ ๔ ตัวเลือก โดยถ้าตอบตัวเลือกที่ ๑ หรือ ๒ จะให้คะแนนเป็น ๐ แต่ถ้าตอบตัวเลือกที่ ๓ หรือ ๔ จะให้คะแนนเป็น ๑ เป็นวิธีที่ง่ายต่อการให้คะแนน ข้อคำถามง่าย สั้น สะดวก รวดเร็วในการตอบแบบสอบถาม ใช้วิธีคิดคะแนนแบบ GHQ

^{๑๓} ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๓๙ ก. ๔๑ (๑).๑๙๑-๒๐๒.

^{๑๔} Goldberg, อ้างแล้ว.

^{๑๕} Goldberg as cited in Mc. Dowell, I., & Newwell, C. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire, England : Oxford University Press.1987a.

^{๑๖} ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๓๙. ๔๑ (๑), ๒-๙.

scoring โดยการให้คะแนนเป็นแบบ ๐-๐-๑-๑ จุดคัดแยกที่ใช้สำหรับ GHQ-28 ผู้ดัดแปลงได้เสนอให้ใช้ที่ระดับ ๕/๖ หมายความว่าบุคคลใดที่รายงานคะแนนข้อคำถามเป็นบวก ตั้งแต่ ๖ ข้อขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ในการวินิจฉัยเพื่อการช่วยเหลือ ต้องอาศัยการซักประวัติ ตลอดจนอาการ และปัญหาด้านสังคม อื่นๆ เพิ่มเติม

แบบสอบถามนี้สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ ๒ ประการคือ

๓.๑ การที่บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น

๓.๒ การมีปัญหที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นไปที่ปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติ ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ ๔ ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (unhappiness) ความวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค (hypocondria)

๒.๒ ปัญหาสุขภาพจิต

๒.๒.๑ คำนิยามและความหมาย ปัญหาสุขภาพจิต หรือ ความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Illness)

สมาคมจิตเวชอเมริกัน (The American Psychiatric Association)^{๑๗} ได้กำหนดความผิดปกติทางจิตไว้ว่า “พฤติกรรมที่มีนัยสำคัญทางคลินิก หรือกลุ่มอาการทางจิตของบุคคล และอาการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ความเจ็บปวด ขาดความสามารถ หรือมีความบกพร่อง ขาดอิสระในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ เรื่องใด เรื่องหนึ่ง หรือหลายๆ เรื่อง หรือพฤติกรรมนั้นเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตราย และการเสียชีวิต ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต ได้แก่ ความไม่พึงพอใจในคุณลักษณะ ความสามารถ และความสำเร็จของตน มีสัมพันธภาพที่บกพร่อง ไม่สามารถปรับตัว หรือจัดการกับปัญหาในชีวิต ไม่สามารถอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง และขาดการพัฒนาตน นอกจากนี้ พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้น ต้องไม่เป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมสังคมของบุคคลนั้นด้วย อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปไม่จำเป็นต้องเป็นตัวบ่งชี้ความผิดปกติทางจิตเสมอไป ซึ่งต้องมีการวินิจฉัย ประเมิน และพิจารณาให้รอบคอบ^{๑๘} ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคำนิยาม การวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคำนิยามดังกล่าว

๒.๒.๒ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้คัดผู้ป่วยจำนวน ๑๐ คน ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และได้รับการรักษาด้วยยา และการปรึกษาทางจิต ที่โรงพยาบาลมานานแล้ว แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น ยังคงมีปัญหาสุขภาพจิตที่ยังยากซับซ้อน และบทบาทผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีการทำหน้าที่ในครอบครัวไม่เหมาะสม ได้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยมีโรคเครียด โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย และโรคทางจิต (Psychosis) จากเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับ

^{๑๗} American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed. Text revision, Washington DC. American Psychiatric Association;2000.

^{๑๘} อ้างแล้ว

ภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)^{๑๙} ที่แปลและเรียบเรียงมาจาก Desk Reference to the Diagnosis Criteria From DSM-IV (International Version with ICD-10 Code) พบว่า เป็นโรคเครียด วิตกกังวล โรคซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และโรคทางจิต ดังนี้คือ ได้รับการวินิจฉัย

๑. โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) F 40.2, Specific Phobia คือโรควิตกกังวลที่มีความกลัวอย่างรุนแรงและคงอยู่ตลอด รวมถึงมากเกินไปหรือไม่มีเหตุผล เมื่อทราบหรือคาดว่า จะต้องเผชิญบางสิ่งหรือบางสถานการณ์ เช่น ขึ้นเครื่องบิน อยู่ที่สูง อยู่ในที่แคบ พบสัตว์ ถูกฉีดยา เห็นเลือด เป็นต้น การเผชิญกับสิ่งเหล่านั้นก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาทันทีแทบทุกราย ซึ่งอาจจะเป็น Panic attack F 41.1 : Generalized Anxiety Disorders คือ มีอาการที่มีความวิตกกังวลใจเป็นอย่างมาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) จะมีอาการมากกว่า ๖ เดือน โดยวันที่วิตกกังวลมากกว่าวันที่ไม่เป็น และมักเป็นกับหลายๆ เหตุการณ์หรือหลายๆ กิจกรรม เช่น การงาน หรือ การเรียน F 41.9 : Anxiety Disorders Not Otherwise Specified ความผิดปกติในกลุ่มนี้ประกอบด้วย ความผิดปกติที่มีอาการวิตกกังวล หรือ หวาดกลัวร่วมด้วย Mixed Anxiety-depressive Disorder แต่ไม่เข้าเกณฑ์ Mood Disorder , F 43.0 Acute Stress Disorder เป็นภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ อย่างรุนแรง เช่น พบกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือคุกคามต่อชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเองหรือของบุคคลอื่น ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยด้วยความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา ผู้ป่วยมีอาการตอบสนองคือ มีความวิตกกังวลอย่างมากคือ หรืออาการภาวะตื่นตัว เช่น หลับยาก หงุดหงิด สมาธิไม่ดี สะดุ้งตกใจง่าย ระวังระไวเกินปกติ กระสับกระส่าย มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นตลอดเวลา มีความทุกข์ทรมานใจมาก เช่น มีความคิด ความฝัน ผุดขึ้นมาอยู่เรื่อยๆ และมีการหลีกเลี่ยงอย่างมากต่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ส่งผลให้อาการเหล่านี้มีความทุกข์ทรมาน กระทบต่อหน้าที่การงาน การเรียน การเข้าสังคม จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ และครอบครัว สังคม เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนด้านจิตใจร่วมกับการรักษา^{๒๐} โรควิตกกังวล Anxiety Disorders เป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวล และการหลีกเลี่ยง (avoidance) เป็นอาการสำคัญ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Kessler และคณะ (๑๙๙๔)^{๒๑} พบว่า ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคในกลุ่ม Anxiety Disorders มีค่าประมาณร้อยละ ๒๔.๙ ของประชากรทั่วไป โรคในกลุ่ม Anxiety Disorders ที่พบได้บ่อย คือ Social Phobia, Simple Phobia, Agoraphobia without Panic Disorders , Generalized Anxiety Disorders และ Panic Disorders อาจดีขึ้นเองได้ แต่อาการของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๕๐ จะไม่ดีขึ้น หรือก่อให้เกิดทุพพลภาพ (disability) เป็นเวลานานหลายปี

^{๑๙} ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล, เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10), กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, ๒๕๕๑.

^{๒๐} อ้างแล้ว หน้า ๑๕๗, ๑๖๔, ๑๖๕, ๑๖๘

^{๒๑} Kessler RC. McGonagle KA, Zhao S, et al., Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States; results from the national comorbidity survey, Arch Gen psychiatry 1994 ; 51 : 8-19

๒. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) F 32.X Major Depressive Disorders, Single Episode F 32.9 : Depressive Disorder F31.8 Bipolar II Disorder F39: Mood Disorder NOS.^{๒๒} ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน เป็นมานาน ๒ ปี นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป เหนื่อยง่ายหรืออ่อนเพลีย self-esteem ต่ำ สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจยาก รู้สึกหมดหวัง อาการเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานอย่างมากอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง^{๒๓}
๓. โรคทางจิต F 29 : Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ;Psychosis Disorder F 20.00 :Schizophrenia and Other Psychotic Disorder.^{๒๔} โรคในกลุ่มนี้ประกอบไปด้วยโรคจิต ได้แก่อาการหลงผิด อาการหูแว่ว อาการประสาทหลอน พฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด^{๒๕}

สรุป แล้วอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต ที่แสดงออกมามีดังนี้คือ

๑. อาการแสดงทาง ร่างกาย มีเมื่อย ปวดตามกล้ามเนื้อ กัดฟัน ปวดศีรษะ แน่นท้อง เบื่ออาหาร นอนหลับยาก หัวใจเต้นเร็ว หูอื้อ มือเย็น อ่อนเพลีย ท้องร่วง ท้องผูก จุกท้อง มีเหงื่อเย็น ตัวเย็น
๒. อาการแสดงทางด้านจิตใจวิตกกังวล ตัดสินใจไม่ดี ขี้ลืม สมาธิสั้น ไม่มี ความคิดริเริ่ม ความจำ ไม่ดี ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ
๓. อาการแสดงทางด้านอารมณ์โกรธง่าย วิตกกังวล ร้องไห้ ซึมเศร้า ท้อแท้ หงุดหงิด ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย นอนไม่หลับ กัดเล็บ หรือดึงผมตัวเอง
๔. อาการแสดงทางพฤติกรรมรับประทานอาหารเก่ง ติดบุหรี่สุรา โผ่ผาง เปลี่ยนงานบ่อย แยกตัว

สรุปแล้ว ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมากในการดำเนินชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือก็มีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคทางจิตเภท หรือมีภาวะซึมเศร้าเกินขนาด คิดทำร้ายชีวิตตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น ดังนั้นการรักษา ช่วยเหลือ เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ก็มุ่งเน้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางจิตใจนี้ให้โดยเร็วที่สุด

หมายเหตุ** ดูรายละเอียดและคำอธิบายของอาการผู้ป่วยผ่านการศึกษาค้นคว้าเป็นกรณีศึกษา และรายละเอียดเรื่องโรคได้ที่ภาคผนวก

๒.๓ แนวคิดและรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทฺธิจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

^{๒๒} อ้างแล้วหน้า ๑๒๘, ๑๓๑, ๑๓๗, ๑๔๒

^{๒๓} อ้างแล้ว หน้า ๑๓๑-๑๓๒

^{๒๔} ข้อมูลจากการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย แผนกคลินิกเพื่อนใจ กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เดือนธันวาคม ๒๕๖๐.

^{๒๕} อ้างแล้ว หน้า ๑๒๒

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีแนวคิดในการค้นหาการรักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความทุกข์ทางใจ ด้วยการบูรณาการ องค์ความรู้ของหนทางของการดับทุกข์ ในพระพุทธศาสนา นั่นคือ มรรคมงคล ๘ ตามหลัก อริยสัจ ๔ คือ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) โดยผ่านการปฏิบัติกรรมฐาน ด้วยวิธีการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ตามแนวสติปัฏฐาน ๔ ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคัมบำบัด โดยพัฒนามาจาก นิยามของ mhGAP-IG โดยยังคงมีการรักษาจิตใจทางการแพทย์ด้วย โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีอาการป่วยเรื้อรัง มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย ไม่สามารถปฏิบัติในหน้าที่ประจำวันได้ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเพื่อนใจ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการยินยอมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต จากการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น เครียด คิดมาก วิตกกังวลสูง มีอาการซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ หงุดหงิดบ่อย ทำงานไม่ได้ ไม่มีแรง ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหัว ปวดฟัน ท้อแท้ เบื่อหน่าย มีความทุกข์ใจมาก ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขแบบคนปกติได้ และมีปัญหาครอบครัว อาจมีการฆ่าตัวตายและทำร้ายคนในครอบครัว ชุมชน อย่างขาดสติ อาจส่งผลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาครอบครัว สังคม ประเทศชาติ ที่เกิดความสูญเสียในทรัพยากรมนุษย์ ถ้าในทางธรรมก็หมายถึง เกิดมาเสียชาติเกิด ไม่สามารถพัฒนาจิตใจให้อยู่ในสภาวะที่ปกติได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดว่ารูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นกระบวนการรักษาแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่นำครอบครัวและชุมชน เข้ามาร่วมในการบำบัดด้วย น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พระบุญนำ ปรกโม (คนหมั่น)^{๒๖} จากการศึกษาวิเคราะห์ความเจ็บป่วยกับการบรรลุลหรรณในพระพุทธศาสนาเถรวาท จากผลสรุปการวิจัยพบว่า พุทธวิธีการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิต คือการบำบัดรักษาโดยวิธีการทางการแพทย์ การบำบัดโดยวิธีธรรมชาติ และการบำบัดรักษาด้วยธรรมโอสธ และควรผสมผสาน เกื้อกูลกัน จะก่อให้เกิดผลต่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยทั้งสอง ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้ ก็ได้ทำการบูรณาการการรักษาแบบองค์รวมทั้ง ๓ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาทดลองในครั้งนี้ คือ การบำบัดรักษาโดยวิธีการทางการแพทย์ จิตบำบัดทางตะวันตก การบำบัดรักษาด้วยธรรมโอสธ และการบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ ผสมผสานบูรณาการเข้าด้วยกัน ด้วยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๒.๓.๑ แนวคิดและความหมายของพุทธจิตสังคัมบำบัด

แนวคิดพุทธบำบัด

แนวคิดพุทธบำบัด จิตศาสตร์ที่ว่าด้วยเรื่องของจิตใจในโลกนี้ เกิดขึ้นเมื่อประมาณ ๒๖๐๐ ปีมาแล้วที่ประเทศอินเดีย โดยมีพระบรมศาสดาสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงเป็นผู้ทำหน้าที่พุทธบำบัดความทุกข์ของมนุษย์ ด้วยความจริงประการ คือ อริยสัจ ๔ ซึ่งประกอบไปด้วย ทุกข์ สมุทัย

^{๒๖} พระบุญนำ ปรกโม (คนหมั่น), “การศึกษาวิเคราะห์ความเจ็บป่วยกับการบรรลุลหรรณในพระพุทธศาสนาเถรวาทสาขาวิชาพระพุทธศาสนา”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่, ๒๕๕๖.

นิโรธ และมรรคมืองค์ ๘ เป็นหนทางดับทุกข์ ซึ่งสอดคล้องกับเทศนาธรรมของ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ที่ได้กล่าวไว้ว่า “ข้อปฏิบัติทั้งหมดในพระพุทธศาสนาคือการเรียนรู้เรื่องราว หรือ กรรณฐาน ภาวนานี้เป็นการปฏิบัติต่อมรรค และมรรคนี้อยู่ในอริยสัจ ๔ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) ในข้อที่ ๔ ที่เป็นหนทางของการดับทุกข์ ที่สมเด็จพระพรพบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสสอนไว้ ดังนั้นการทำงานของอริยสัจ ๔ ก็คือ หลักคำสอนเรื่องทุกข์ ไว้ให้เรา รู้จักเท่าทันทุกข์ ไม่อยากให้เราเป็นทุกข์ และหาหนทางจัดการดับทุกข์นั้น ดังนั้นถ้าคนเราไม่รู้จักเท่าทันทุกข์ จะแก้ไขทุกข์ไม่ได้ ทุกข์นั้นต้องอาศัยปัญญาและการปฏิบัติเพื่อดับทุกข์นั้นอยู่ที่มรรค ที่ต้องอาศัยปัญญาจากการภาวนา^{๒๗}

ผู้วิจัย ได้นำหลักธรรมนี้มาประยุกต์ เพื่อเป็นด้วยแนวทางการรักษาโรคเพื่อการดับทุกข์ นานาับประการของมนุษย์ทั้งหลาย ที่มีสาเหตุปัจจัย(สมุทัย) มาจาก ความโลภ ความโกรธ ความหลง และตัณหา ที่ปราศจากวิชา มรรคมืองค์ ๘ สรุปโดยย่อแล้วคือ ศิล สมาธิ สติ ปัญญา เป็นกระบวนการดับทุกข์ นั้นเอง ในระยะเวลาตลอด ๔๕ แห่งการสอนพุทธธรรม แก่พุทธบริษัท ๔ คือ ภิกษุ ภิกษุณี อุบาสก และอุบาสิกา ตลอดจนถึงปัจจุบันนี้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กระบวนการบำบัดทางจิตจนกระทั่งดับความทุกข์ได้นั้น สมเด็จพระพรพบรมศาสดา สัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงเป็นจิตแพทย์ชั้นเลิศ ที่ทรงบำบัดโรคและเป็นครูผู้สอนด้านจิตบำบัด เพื่ออนุเคราะห์ชาวโลก ซึ่งตลอดการค้นพบพระธรรมนั้นก็คือการค้นหาคำความจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิต ความสุขและความทุกข์ของมนุษย์ว่าเกิดขึ้นอย่างไร ถ้ามีปัญหาความทุกข์เกิดขึ้น จะแก้ไขอย่างไร ผ่านทฤษฎี อริยสัจ ๔ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) เป็นเครื่องพิสูจน์ โดยตลอดกว่า ๒๖๐๐ ปีที่ผ่านมา และพุทธศาสนิกชนก็ศรัทธาเชื่อถือในทฤษฎีนี้ ว่า พระองค์สามารถที่จะเป็นแพทย์ที่แก้ไข ปัญหาความทุกข์ ของมนุษย์ทุกคนได้ ดังตัวอย่างพุทธบำบัด ในสมัยพุทธกาล ต่อไปนี้

ในสมัยพุทธกาล สมเด็จพระพรพบรมศาสดาพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงได้ทำพุทธบำบัดทางจิต แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นหญิงบ้านางหนึ่ง ดังที่ปรากฏใน ธัคคสูตร และในพระคัมภีร์ พระธัมมปทฎฎกถา (ภาคที่ ๔)^{๒๘} ที่พระพุทธโฆษาจารย์ แห่งอินเดียรจนาขึ้น ความว่า ในสมัยนั้น ขณะที่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ประทับอยู่ที่ พระเชตวันวิหาร ซึ่งอนาถปิณฑิกเศรษฐีสร้าง ถวาย ที่กรุงสาวัตถี ซึ่งเป็นเมืองหลวงของรัฐโกศล พบหญิงเสียสติ นางหนึ่ง ที่เพ่งคลอดบุตรใหม่ๆ มีอาการเสียสติ จากการสูญเสียบุคคลผู้เป็นที่รักทุกคน เช่น ลูก(คนเล็ก ถูกเหยี่ยวโฉบไป ลูกคนโต พลัดตกน้ำตาย เพราะความเข้าใจผิดคิดว่าแม่เรียก) สามิ (ถูกงูกัดตาย) พ่อ แม่ พี่ชาย (ถูกพายุลม ฝนพัดกระหน่ำ ทั้ตาย) ที่เสียชีวิตจากไป ในคราวไร่เดียวกัน ถ้าโถมเข้ามา จนนางนั้นรู้สึกมีความทุกข์อย่างมาก รับประทานไม่ได้กับเหตุการณ์นี้ มีความเศร้าโศก เสียใจ ไม่สามารถควบคุมจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ของตนเองได้ และได้แสดงกิริยาเศร้าโศกเสียใจ ไม่สามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ และมีผู้รังเกียจ กลัวนางตลอดทางที่นางได้เดินทางอย่างไร้จุดหมาย นางเองไม่สนใจแม้แต่จะนุ่งห่มผ้า เอาแต่ร้องไห้คร่ำครวญ บ่นเพ้อถึงบุคคลที่จากไป ในทางจิตเวชศาสตร์ เรียกว่า นางมีปัญหาสุขภาพจิต เศร้าโศกเสียใจ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ จากการที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จากการสูญเสีย เหตุการณ์นี้ พระพุทธศาสนาก็มีหลักคำสอน ตรงกับจิตผู้หญิงคนนี้ คือ “ความโศก ความร่ำไรร่ำพัน

^{๒๗} พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), แมชีสันสนีย์ เสถียรสุด ก้าวอย่างแห่งปัญญา, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท แปลน พรินท์ติ้ง จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๑๙๓.

^{๒๘} ธัคคสูตร และในพระคัมภีร์พระธัมมปทฎฎกถา (ภาคที่ ๔)

ความทุกข์โศกเศร้า และความคับแค้นใจ ก็เป็นทุกข์ (โสภปริเทวทุกข์โศกสนสสุปายาสาปิ) เมื่อนางได้เดินมาเรื่อยๆ จนกระทั่งได้เข้าเฝ้าพระพุทธเจ้า ขณะที่พระองค์กำลังแสดงธรรมเทศนาแด่คนทั้งหลายนั้น ท่านทรงให้ความเมตตา ให้สติแก่นางว่า “เธอจงได้สติเถิด” เป็นหลักของการรักษาพยาบาลทางจิตสังคมเบื้องต้น คือ การเรียกขวัญคืนสติ และเป็นการสัมพันธ์ภาพบำบัดขั้นสูง จนนางได้สติ เริ่มรู้ เวลา สถานที่ บุคคล จึงเกิดความละอาย จากนั้นพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงตรัสสอน ให้ความรู้ด้าน สุขภาพจิต ให้นางได้ตระหนักรู้ความจริง และปัญหาที่เกิดขึ้นแก่นางต่อไปว่า “น้ำตาของเธอที่ไหล เพราะร้องไห้อาลัยรัก ลูก สามิ พ่อแม่ และพี่ชายของเธอ ในสังสารวัฏนี้ ในเวลาที่ผู้เป็นที่รักของเธอ โดยมีบุตรของเธอเป็นต้น นั้น มากกว่าน้ำแห่งมหาสมุทรทั้ง ๔ ฉันทใดก็ฉันทนั้น” จากนั้นพระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า ก็ทรงตรัสสอนต่อไปอีกว่า “ดูก่อนน้องหญิง น้ำในมหาสมุทรนี้มีประมาณน้อย น้ำตาของผู้มีทุกข์ เศร้าโศกนั้นไม่ใช่น้อยเลย โฉนเธอจึงประมาทอยู่เล่า” นางนั้น เริ่มคลายความเศร้าโศกเสียใจลงได้ จากการได้รับฟังธรรม จนจิตใจสงบ มีปัญญา จากนั้นพระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงเมตตาตรัสสอนต่อไปอีกว่า “ปิยชน ไม่อาจต้านทาน เป็นที่พึ่งหรือป้องกันผู้จะต้องตายได้ แม้เราจะมีปิยชนอยู่ ก็เหมือนไม่มี ส่วนบัณฑิตชำระศีล ชำระทางไปสู่พระนิพพานเท่านั้น” และพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงเมตตา ตรัสพระธรรมเทศนาว่า “บุตรทั้งหลาย ไม่มีเพื่อต้านทาน บิดา มารดา ก็ไม่มี ถึงพวกพ้องก็ไม่มี เมื่อบุคคลถูกความตายครอบงำแล้ว พึงชำระทางไปพระนิพพานโดยเร็วทีเดียว” เมื่อ องค์พระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงแสดงธรรมเทศนาจบลง นางปฐาจารา (ปฐาจารา แปลว่า “นางผู้กลับความประพฤติได้ จากคนบ้าเป็นคนดี คนปกติ คนไม่เป็นโรคจิตพิการ) ก็กลับฟื้นคืนมีสติ สัมปชัญญะ เป็นปกติ หายเศร้าโศกเสียใจ สำเร็จเป็นอริยบุคคลระดับพระโสดาบัน พูลขอบวชเป็นภิกษุณี ซึ่ง จากนั้นมา ภิกษุณีปฐาจารา ก็ได้เจริญในสติ สัมปชัญญะ โดยตลอด จนกระทั่งครั้งหนึ่ง พระภิกษุณีได้ล้างเท้า เทน้ำลง ๓ ข้าง ครั้งแรกไหลหน่อยหนึ่ง ครั้งที่ ๒ ไหลไปไกลกว่าครั้งแรก ครั้งที่ ๓ ไหลไปไกลกว่าครั้งที่ ๒ นางก็ได้เกิดดวงตาเห็นธรรม เกิดปัญญาว่า “ชีวิตของมนุษย์นั้น ตายเมื่อยังเด็ก (ปฐมวัย) ก็มี ตายเมื่อวัยกลางคน (มัชฌิมวัย) ก็มี ตายเมื่อวัยชรา (ปัจฉิมวัย) ก็มี เหมือนน้ำล้างเท้าที่ไหลไกลห่างออกไปต่างวาระกันทั้ง ๓ ระยะนั้น” องค์พระบรมศาสดา พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงทราบ จึงตรัสสอนพระนางปฐาจาราว่า “ความเป็นผู้มีชีวิตเพียงวันเดียว ขณะเดียว ของผู้เห็นความเกิด ความเสื่อมของเบญจขันธ์ ประเสริฐกว่าความเป็นอยู่ตั้ง ๑๐๐ ปี ของผู้ไม่เห็นความเกิด ความเสื่อมของเบญจขันธ์” แล้ว พระบรมศาสดาก็ทรงตรัสสอนต่อไปอีกว่า “ก็ผู้ใดไม่เห็นความเกิด ความเสื่อม พึงเป็นอยู่ ๑๐๐ ปี ผู้เป็นอยู่วันเดียว ของผู้เห็นความเกิด ความเสื่อม ประเสริฐกว่าความมีชีวิตอยู่ ตั้ง ๑๐๐ ปีของผู้นั้น” จากนั้นพระปฐาจาราเถรี ก็บรรลุธรรมเป็นพระอรหันต์ และได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้เลิศกว่าภิกษุณีทั้งหลายผู้ทรงพระวินัย จากกรณีศึกษา นี้ พุทธจิตบำบัดของพระองค์ นั้นสอนให้มนุษย์เผชิญหน้ากับความจริง รู้จักทุกข์ และหาหนทางกำจัดทุกข์ และต้องทำชีวิตของตนเองให้เป็นอิสระจากความทุกข์ โดยวิธีเจริญมรรค คือ ศีล สมาธิ สติ สัมปชัญญะ คือความรู้ตัว ทุกขณะจิต จึงจะพบความสุข และหมดทุกข์โดยสิ้นเชิง

กรอบแนวคิดของพุทธบำบัดในการวิจัยครั้งนี้คือมรรคมงคล ๘ และการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน

มรรค (สันสกฤต: มรค; บาลี: มคฺค) คือ หนทางสู่ความดับทุกข์ เป็นหนึ่งในอริยสัจ ๔ จึงเรียกอีกอย่างว่า ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทา^{๒๔} และสมเด็จพระบรมศาสดาได้กล่าวไว้ใน อัมมจักกัปปวัตตนสูตร ว่าอริยมรรคมีองค์ ๘ นี้เป็นทางสายกลาง คือเป็นข้อปฏิบัติอันพอดีที่จะนำไปสู่ความหลุดพ้น ตามวิมังคสูตร พระพุทธเจ้าทรงอธิบายรายละเอียดว่าเป็นการลงมือปฏิบัติเพื่อให้พ้นจากทุกข์ ประกอบด้วยองค์ประกอบ ๘ ประการ ดังนี้คือ

๑. สัมมาทิฐิ (ความเห็นที่ถูกต้อง) หมายถึง ความรู้ในอริยสัจ ๔
 ๒. สัมมาสังกัปปะ (ความคิดที่ถูกต้อง) หมายถึง ความคิดในการออกจากกาม ความไม่พยายาบท และการไม่เบียดเบียน
 ๓. สัมมาวาจา (วาจาที่ถูกต้อง) หมายถึง การเว้นจากการพูดเท็จ หยาบคาย ส่อเสียด และเพ้อเจ้อ
 ๔. สัมมากัมมันตะ (การปฏิบัติที่ถูกต้อง) หมายถึง เจตนาละเว้นจากการฆ่า โจรกรรม และการประพฤติดีกในกาม
 ๕. สัมมาอาชีวะ (การหาเลี้ยงชีพที่ถูกต้อง) หมายถึง การเว้นจากมิจฉาชีพ ประกอบสัมมาชีพ
 ๖. สัมมาวายามะ (ความเพียรที่ถูกต้อง) หมายถึง ความพยายามป้องกันอกุศลที่ยังไม่เกิด ละอกุศลที่เกิดขึ้นแล้ว ทำกุศลที่ยังไม่เกิด และดำรงรักษากุศลที่เกิดขึ้นแล้ว
 ๗. สัมมาสติ (การมีสติที่ถูกต้อง) หมายถึง การเจริญปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน ในสติปัฏฐาน ๔ (กาย เวทนา จิต ธรรม) จนมี ความเพียร สติ สัมปชัญญะ และบรรลุมรรค ผล นิพาน ได้ตามลำดับ
 ๘. สัมมาสมาธิ (การมีสมาธิที่ถูกต้อง) หมายถึง การเจริญปฏิบัติสมาธิภาวนา จนบรรลุมาน ๔ สามารถตัดนิวรณ์ ๕ ได้ และประพุดิอยู่ในกุศลธรรม เป็นนิจ
- มรรคมีองค์ ๘ เมื่อเทียบกับหลักไตรสิกขา องค์มรรคข้อ ๑-๒ เป็นปัญญา ข้อ ๓-๔-๕ เป็นศีล และข้อ ๖-๗-๘ เป็นสมาธิ

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำ มรรคมีองค์ ๘ ซึ่งประกอบด้วย ศีล สมาธิ ปัญญา และเน้นการฝึกการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิภาวนา เข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัด เพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตและฟื้นฟูสุขภาพจิตวิญญาณ หลังการบำบัดเยียวยาด้วยยา และจิต/จิตสังคมบำบัดเสร็จสิ้นลง แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในขั้นตอนสุดท้าย เป็นเวลาต่อเนื่อง ๗ วัน โดยมีวัตถุประสงค์ ที่ มุ่งเน้น ให้ผู้เข้ารับการบำบัด มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีสมาธิมากขึ้น จนสามารถรู้จัก นิวรณ์ ๕ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพจิตดี มีความสงบสุข ในชีวิตประจำวันได้ และฝึกให้มีสติ อยู่กับปัจจุบัน รูปนาม และฝึกอบรมพัฒนาพฤติกรรมทางกายวาจา จิตใจที่เป็นกุศลแผ่ดีทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม เกิดความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างวิถีการดำเนินชีวิตทั้งกายใจกับผู้คนและครอบครัว สังคมและ สิ่งแวดล้อม ในการแก้ไขปัญหา พฤติกรรมตนเอง ไม่สร้างปัญหาความเดือดร้อนใหม่ หรือก่อความเดือดร้อนให้กับตัวเองและครอบครัว สังคมโลกภายนอก จนสามารถทำให้ความเครียด ความทุกข์ที่เป็นปัญหา ที่คอยกดดันทับถม อยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่เกิดจากการมีพฤติกรรม ที่คิดผิด พูดผิด และทำผิด นั้นลดน้อยลงไปเป็นลำดับ ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวัน มีความเป็นอยู่

^{๒๔} พระราชญาณวิสิฐ และคณะ, **คู่มือการศึกษาสัมมาปฏิบัติไตรสิกขา**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (ศูนย์ประสานสำนักปฏิบัติประจำจังหวัดแห่งประเทศไทย : บริษัท เพชรเกษมพรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด นครปฐม, ๒๕๕๑), หน้า ๒๔๑.

อย่างสงบ เรียบง่าย ลดสิ่งเร้าจากปัญหาความขัดแย้งต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อมลงไป รู้สึกเป็นอิสระ ทำงานได้ ลดการพึ่งพาวัตถุภายนอก มีความสุขและเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ จะช่วยพัฒนาจิตวิญญาณ ในส่วนที่เป็น Superego หรือกุศลจิต เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกปิติสุข สามารถลดความทุกข์ จากตัวตันทา อุปาทาน ในชั้น ๕ จากความอยาก ความ ต้องการและความจำเป็นต้องดิ้นรนแสวงหาที่ลดลง จิตใจที่ต้องแบกรับภาระที่ปรุงแต่งยึดมั่นถือมั่นอันหนักอึ้งได้ปล่อยวาง ใน “มรรคมงคล ๘” จนสภาพจิตใจมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้อย่างเหมาะสม สามารถแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีความสุข ความพึงพอใจ มีความสามารถในการจัดการปัญหาเพื่อการดำเนินชีวิต และพัฒนาศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข สงบ สมดุล ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ในที่สุด

การฝึกการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิภาวนา เข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัด

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความหมายและหลักการปฏิบัติอานาปานสติจากพระไตรปิฎกและคัมภีร์อรรถกถา ความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติอานาปานสติภาวนา เข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัดรักษา เยียวยา แก่ไขปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับพระธรรมคำสอน ในการใช้พุทธธรรมบำบัด ที่มีการเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา ที่พระบรมศาสดาพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ได้ทรงตรัสสอน สัญญา ๑๐ แก่พระอานนท์ เพื่อสอนพระศิริมานนท์ ผู้มีอายุมาก และอาพาธ ประกอบด้วยทุกขเวทนา ซึ่งทรงตรัสสอนเกี่ยวกับการเจริญอานาปานสติ และสถานที่ที่เหมาะสมในการพัฒนาจิตเพื่อการรักษาโรค ดังที่ปรากฏใน ศิริมานนทีสุตตะปาโล หรือในศิริมณฑสูตร สมเด็จพระบรมศาสดา พระผู้มีพระภาคเจ้า ได้ทรงให้ธรรมโอสธเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีทั้งอาการที่ป่วยทางกาย และทางจิตใจ ไว้ให้กับมนุษย์ชาวโลก ที่สำคัญที่สุดพระองค์ได้กล่าวถึงธรรมที่ปฏิบัติดีแล้ว นั้นสามารถรักษาผู้ป่วยได้ และหลักการปฏิบัติที่สำคัญที่สุดก็คือการเจริญอานาปานสติ ดังที่ปรากฏในอรรถกถา อาพาธสูตร ที่ ๑๐ ว่าด้วยทรงแสดงสัญญา ๑๐ ประการแก่พระอานนท์ เพื่อไปบริบาลรักษาพระศิริมานนท์ ผู้อาพาธ ดังปรากฏดังต่อไปนี้ว่า

สมัยหนึ่ง พระผู้มีพระภาคเจ้าประทับอยู่ ณ พระวิหารเชตวัน อารามของท่านอนาถบิณฑิกเศรษฐี ใกล้พระนครสาวัตถี ก็สมัยนั้นแล ท่านพระศิริมานนท์อาพาธ ได้รับทุกข์ เป็นไข้หนัก

ครั้งนั้นแล ท่านพระอานนท์เข้าไปเฝ้าพระผู้มีพระภาคเจ้าถึงที่ประทับ ถวายบังคมพระผู้มีพระภาคเจ้าแล้ว นั่ง ณ ที่ควรส่วนข้างหนึ่ง ครั้นแล้วได้กราบทูลพระผู้มีพระภาคเจ้าว่า ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญ ท่านพระศิริมานนท์อาพาธได้รับทุกข์เป็นไข้หนัก ขอบพระทานพระวโรกาส ขอพระผู้มีพระภาคเจ้าได้โปรดอนุเคราะห์เสด็จเยี่ยมท่านพระศิริมานนท์ยังที่อยู่เถิด พระเจ้าข้า

พระผู้มีพระภาคเจ้าตรัสว่า

“ดูก่อนอานนท์ ถ้าเธอพึงเข้าไปหาแล้วกล่าวสัญญา ๑๐ ประการ แก่ ศิริมานนท์ภิกษุไซ้ ข้อที่อาพาธของศิริมานนท์ภิกษุจะพึงสงบระงับโดยพลัน เพราะได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการนั้น เป็นฐานะที่จะมีได้ สัญญา ๑๐ ประการเป็นไฉน คือ อนิจจสัญญา ๑ อนัตตสัญญา ๑ อสุภสัญญา ๑ อาทีนวสัญญา ๑ ปหานสัญญา ๑ วิราคสัญญา ๑ นิโรธสัญญา ๑ สัพพโลเกอนภิตสัญญา ๑ สัพพสังขารเอสอ

นิจสัญญา ๑ อานาปานัสสติ ๑” “ภิกษุในธรรมวินัยนี้ อยู่ในป่าก็ดี อยู่ที่โคนไม้ก็ดี อยู่ในเรือนว่างเปล่าก็ดี เพื่อใช้การเจริญ สัญญา ๑๐” ซึ่งสมเด็จพระบรมศาสดาก็ทรงสาธยายแสดงธรรมที่ละเอียดเพื่อชี้แจงให้พระอานนท์ เพื่อจะได้ไปแสดงแก่พระศิริมานนท์อย่างถูกต้องเป็นข้อๆ

การปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน หรือ อานาปานสติสมาธิภาวนา

คำว่าภาวนา หรือ กรรมฐาน เป็นคำที่ใช้แทนกัน ร่วมกัน หรือความหมายแทนกันได้ ดังความหมายต่อไปนี้ อานาปานสติกรรมฐาน หรืออานาปานสติภาวนา

ความหมายของภาวนา

คำว่า ภาวนา ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ หมายถึง การทำให้มีขึ้น, ให้เป็นขึ้นทางจิตใจ ถ้าเป็นกริยา หมายถึง สำรวมใจให้แน่วแน่เป็นสมาธิ เช่น สวดมนต์ภาวนา สำรวมใจตั้งความปรารถนา^{๓๐}

ความหมายของกรรมฐาน

คำว่า ภาวนา ในคัมภีร์รุ่นแรกๆ จะใช้คำว่า กรรมฐาน หรือ กัมมัฏฐาน หมายถึง อารมณ์เป็นที่ตั้งแห่งงานเจริญภาวนา ที่ตั้งแห่งงานทำความเพียรฝึกอบรมจิต วิธีฝึกอบรมจิต ซึ่งแบ่งออกเป็น สมถกรรมฐาน และ วิปัสสนากรรมฐาน^{๓๑} กล่าวโดยย่อ สมถกรรมฐาน หมายถึงหลักการหรือวิธีปฏิบัติในการทำจิตให้เกิดสมาธิ เพื่อให้เกิดความมั่นคงและสงบทางจิตใจ^{๓๒} และวิปัสสนากรรมฐาน หมายถึง หลักหรือวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสติ และปัญญาให้เห็นแจ้งตามความเป็นจริงในขั้น ๕ (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) ว่า เป็นสภาวะที่ไม่เที่ยง (อนิจจัง) เป็นทุกข์ ทนได้ยาก (ทุกขัง) เป็นสภาวะที่บังคับบัญชาไม่ได้ (อนัตตา)^{๓๓} ดังนั้นคำว่า อารมณ์กรรมฐาน หมายถึง เครื่องยึดเหนี่ยวของจิต สิ่งที่ยึดเหนี่ยว สิ่งที่ถูกรู้หรือถูกรับรู้ สิ่งที่เป็นที่กำหนดของจิตในขณะนั้นๆ เรียกว่าอายตนะภายนอก คือ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ธรรมารมณ์ โดยอาศัยความเพียรพยายามเพ่งพิจารณาอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้จิตเป็นสมาธิตั้งมั่นได้เร็ว หรือช่วยให้เกิดปัญญาเห็นสภาวะธรรมทั้งหลายตามความเป็นจริง^{๓๔}

ความหมายของอานาปานสติภาวนาในพระไตรปิฎก

ในคัมภีร์ปฏิสัมภิทามรรค คำว่า ภาวนา ซึ่งมี ๔ ประการ คือ ธรรมชาติที่ทำให้ธรรมทั้งหลายที่เกิดขึ้นในตนไม่ล่วงเลยกันและกัน , ธรรมชาติที่ทำให้อินทรีย์ทั้งหลายมีรสเป็นอย่างเดียวกัน, ธรรมชาติที่นำความเพียรที่สมควรแก่ธรรมนั้นๆเข้าไป และการปฏิบัติเนื่อง ๆ^{๓๕}

^{๓๐} ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒, (กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คส์ จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๘๒๑.

^{๓๑} อัง.ทุก.(ไทย) ๒๐/๑๗๓/๙๐.

^{๓๒} รายละเอียดใน อัง.ฉก.อ. (บาลี) ๓/๒๗/๑๑๑.

^{๓๓} รายละเอียดใน อัง.จตุกก.อ. (บาลี) ๒/๒๕๔/๔๔๗.

^{๓๔} คณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, **ธรรมภาคปฏิบัติ ๑**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : ไทยรายวันการพิมพ์, ๒๕๕๓), หน้า ๘๒.

^{๓๕} รายละเอียดใน ขุ.ป. (ไทย) ๓๑/๒๘/๔๑, ขุ.ป. (ไทย) ๓๑/๑๖๐/๒๔๙-๒๕๒..

อานาปานสติภาวนา ในที่นี้ ผู้วิจัย ขออธิบาย แยก ระหว่าง อานาปานสติ และ ภาวนา โดยความหมายของคำว่า “อานาปานสติ” ใน คัมภีร์พุทธศาสนาเถรวาท วิเคราะห์ศัพท์ที่เกี่ยวกับ อานาปานสติ ไว้ดังนี้คือ

ความหมายของ อานาปาน มาจาก อาน ศัพท์+ อปาน ศัพท์ มีความหมายว่า ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก หรือ ลมหายใจออกและลมหายใจเข้า โดย อปาน ศัพท์มีรูปวิเคราะห์ อานโต อปคต อปาน (อปานะ คือ ลมหายใจที่ถัดมาจากลมหายใจเข้า และ ลมหายใจออก) ดังมีปรากฏใน คัมภีร์ขุททกนิภาย อรรถกถาว่า อานนติ อสสาโส. อปานนติ ปสสาโส. อสสาสปสสาสนิมิตตารมมณา สติ อานาปานสติ. สติสีเสน เจตถตัม สมပ္ပุตตสมาธิภาวนา อธิปเปตา^{๓๖}

คำว่า อาน คือ ลมหายใจเข้า คำว่า อปาน คือ ลมหายใจออก สติที่มีลมหายใจเข้าและลมหายใจออกเป็นอารมณ์ ชื่อว่า อานาปานสติ อนึ่ง การเจริญสมาธิที่ประกอบด้วยสตินี้หมายเอาแล้วในคำนี้โดยกล่าวถึงสติและสมาธิ

อีกนัยหนึ่ง คำนี้ตัดบทเป็น อาน+ อปาน มีปรากฏในคัมภีร์ ปฏิสัมภิทามรรค ว่า คำว่า อานะ แปลว่า ลมหายใจเข้า ไม่ใช่ลมหายใจออก คำว่า อปานะ แปลว่า ลมหายใจออก ไม่ใช่ลมหายใจเข้า สติเข้าไปตั้งอยู่ที่ลมหายใจเข้าหายใจออก ผู้ใดหายใจเข้า สติย่อมปรากฏแก่ผู้นั้น ผู้ใดหายใจออก สติย่อมปรากฏแก่ผู้นั้น^{๓๗}

ลักษณะของสัมมาสมาธิ

คำว่าสมาธิ กับคำว่า สัมมาสมาธิ นั้น มีความแตกต่างกัน โดยความหมาย ของสมาธิ ได้แก่ การถือเอา อารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง ทำให้แน่วแน่อยู่ในอารมณ์นั้น แบบสมถะสมาธิ สำหรับ สัมมาสมาธิ นั้น เป็นสมาธิที่มีรากฐานจากการกำหนดรู้ ในมหาสติปัฏฐานทั้ง ๔ คือกาย เวทนา จิต ธรรม

สัมมาสติ

ความหมายของสัมมาสติ คือการมีสติกำหนดตระลึกรู้อยู่เป็นนิจว่า กำลังทำอะไรอยู่ กำหนดรู้สภาวะที่เกิดขึ้นจริงในขณะปัจจุบัน ในสภาวะทั้ง ๔ คือ กาย เวทนา จิต และธรรม ตามความจำกัดความแบบพระสูตร คือหลักธรรมที่เรียกว่าสติปัฏฐาน ๔ แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน โดยสรุป คือ

๑. กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน การกำหนดตระลึกรู้ในกาย คือ อิริยาบถ ๔ การเคลื่อนไหว (อานาปานบรรพ อิริยาปถบรรพ สัมปชัญญะบรรพ ปฏิกุมนสิการบรรพ ธาตุมนสิการบรรพ นวสีวิกาบรรพ)

๒. เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน การกำหนดตระลึกรู้ในเวทนา คือ เวทนาทางกาย ทางใจ สุข ทุกข์ อุเบกขา

๓. จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน การกำหนดตระลึกรู้ในจิต จิตมีโทษะรู้ มีราคะรู้ มีโมหะรู้ ฯลฯ

๔. ธัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน การกำหนดตระลึกรู้ในธรรม คือ สัญญา(ความนึก)และสังขาร(ความคิด) นิรวรณ ๕ อุปาทานขันธ ๕ आयตนะภายในและภายนอก ๖ โพชฌงค์ ๗ อริยสัจ ๔

^{๓๖} ขุ.เถร.อ. (บาลี) ๒/๒๐๖.

^{๓๗} ดูรายละเอียดใน ขุ.ป. (ไทย) ๓๑/๑๖๐/๒๔๙.

ผู้ปฏิบัติกรรมฐาน ในการเจริญสติปัฏฐาน ๔ นั้น เมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีความเพียรดีแล้ว จนสามารถบรรลุธรรมแล้ว จิตจะมีลักษณะที่ปรากฏให้เห็นดังนี้คือ

๑. จิตสงบแล้วจากกามทั้งหลาย สงบแล้วจากกรรมที่เป็นอกุศลธรรมทั้งหลาย เข้าถึงปฐมฌาน ประกอบด้วยวิตกวิจารณ์ ปิฎติและสุขอันเกิดจากวิเวก

๒. เพราะความที่วิตกวิจารณ์ทั้งสองระงับลง เข้าถึงทุติยฌาน เป็นเครื่องผ่องใสแห่งใจในภายใน ให้สมาธิเป็นธรรมอันเอกผุดขึ้น ไม่มีวิตกวิจารณ์ มีแต่ปิฎติและสุขอันเกิดจากสมาธิ

๓. เพราะความจางคลายไปแห่งปิฎติ เป็นผู้อยู่อุเบกขา มีสติและสัมปชัญญะ และเสวยสุขด้วยนามกาย มีสติ อยู่เป็นปรกติสุข เข้าถึงตติยฌาน

๔. เพราะละสุขและทุกข์เสียได้ เพราะความดับไปแห่งโสมนัสและโทมนัสทั้งสอง เข้าถึงจตุตถฌาน ไม่มีทุกข์ ไม่มีสุข มีแต่ความที่สติเป็นธรรมชาติบริสุทธิ์เพราะอุเบกขา

ดังนั้น การเจริญอานาปานสติสมาธิสมาธิกรรมฐาน เพื่อการบำบัด (Anapanasati-smati Kamathana : Breathing- Meditation Therapy) จึงมุ่งเน้น การฝึกอบรมพัฒนา แก่ใจอารมณ์ จิตใจภายใน ให้มีความเพียรมุ่งมั่น มีสติกำกับรู้ตัวตลอดเวลา มีจิตแน่วแน่เป็นสมาธิ ต่อเนื่อง เพื่อเอื้อให้เกิดปัญญา มีสติสัมปชัญญะ รู้ตัว รู้เท่าทันการทำงานของจิตตัวเองที่เกี่ยวข้องกับ อายตนะหรือประตูสู่ภายนอกทั้ง ๖ ได้แก่ ตาเห็นภาพ หูได้ยินเสียง จมูกได้กลิ่น ลิ้นรับรส กายสัมผัส และธรรมารมณ์รู้ด้วยใจ โดยฝึกจิตรับรู้ รู้สึกรู้คิดและ จดจำตามเหตุปัจจัยที่แท้จริงขณะปัจจุบัน ไม่ปรุงแต่งตามใจตัวเอง และคอยคัดออกซึ่ง “อาสวะ” (สภาวะอันหมักดองสันดาน สิ่งที่มีอมพองจิต กิเลสที่ไหลซึมชานไปย้อมใจเมื่อประสบอารมณ์ต่างๆ ส่วนสภาพที่ยังมีอาสวะอยู่ เรียกว่า “สาสวะ”) หรือ สิ่งเคยชินหมักหมมในอดีต สรุปได้ว่า การฝึกปฏิบัติอานาปานสติสมาธิภาวนา สามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดสุข สงบ จากผลของสมาธิ จิตไม่มีความฟุ้งซ่าน สามารถคิดไตร่ตรอง แยกแยะปัญหาสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุ มีผล ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวเอง ครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติ จะเห็นว่า การนำเอา การเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนามาใช้เพื่อการบำบัด จะเป็นประโยชน์อย่างมาก คือผู้บำบัดสามารถใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดขั้น ๕ ซึ่งเป็นต้นเหตุของทุกข์ทั้งปวง และเป็นเครื่องมือในการออกจากทุกข์ทั้งปวงในคราวเดียวกัน ซึ่งก็สอดคล้องกับความหมายของคำว่า “ภาวนา” ในคัมภีร์ปรมัตถทีปนี วิเคราะห์ความหมายคำว่า ภาวนา ไว้ ๒ ประการคือ ว่า “ภาเวนติ จิตตสันดาน เอตาทีหิ” ภาวนา แปลว่า ธรรมที่เป็นเครื่องอบรมจิต^{๓๘} และ “ภาเวตพพาติ ภาวนา แปลว่า ธรรมที่มีเจตนาทำให้กุศลเจริญหมายความว่า ทำให้เกิดกุศลที่ยังไม่เกิดขึ้น และทำให้กุศลที่เกิดขึ้นแล้ว เจริญเพิ่มพูนยิ่งขึ้น^{๓๙} พระอรรถกถาจารย์ ได้วิเคราะห์คำว่า ภาวนา ไว้ในคัมภีร์อรรถกถาปฏิสัมภิทามรรค ว่า ภาวียติ วพยตีติ ภาวนา ธรรมชาติใด อันพระโยคีบุคคลอบรมอยู่ เจริญอยู่ ฉะนั้นธรรมชาตินั้น ชื่อว่า ภาวนา ได้แก่ ธรรมควรเจริญ คือ ให้เกิดในสันดาน^{๔๐} ภาวนาเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า กัมมัฏฐาน หรือ กรรมฐาน

^{๓๘} พระคันธสาราภังค์ (แปลและเรียบเรียง), **ปรมัตถทีปนี**, (กรุงเทพ : โรงพิมพ์รายวันการพิมพ์ เขตจอมทอง, ๒๕๔๙), หน้า ๗๖๐.

^{๓๙} พระคันธสาราภังค์ (แปลและเรียบเรียง), **ปรมัตถทีปนี**, หน้า ๔๗๘, ๗๖๐.

^{๔๐} ดูรายละเอียดใน พ.ป.อ. (บาลี) ๑/๓/๑๙, อภิ.วิ.อ. (บาลี) ๑/๓๐๐/๒๑๕.

จัดเป็นการฝึกอบรมด้านจิตใจ เพราะคำว่ากัมมัฏฐาน แปลว่า ที่ตั้งแห่งการทำงานหรือการกระทำ^{๔๑} หรือการปฏิบัติธรรม อันเป็นที่ตั้งของความสุขพิเศษ เพราะเป็นที่ตั้งของความสุขในฌาน และมรรคผล นอกจากคำว่า ภาวนา หรือ กัมมัฏฐาน และ กรรมฐาน แล้ว ในที่บางแห่งยังกล่าวถึงการปฏิบัติกรรมฐาน ว่าเป็นการบริหารจิต การพัฒนาจิต หรือจิตภาวนา มีความหมายให้รู้จักการคุ้มครองรักษาจิต ด้วยวิธีการฝึกอบรมอย่างเนื่องๆ เพื่อลดความกระวนกระวาย และให้มีความเข้มแข็ง ก่อให้เกิดสภาพจิตที่ดี^{๔๒} กรรมฐานเป็นงานพัฒนาจิตใจ ให้เข้าถึงความสงบและทำให้เกิดปัญญา เป็นศาสตร์และศิลป์แห่งการดำเนินชีวิตและเป็นธรรมาปฏิบัติในทางพระพุทธศาสนา^{๔๓}

กรรมฐาน เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน เป็นการฝึกอบรมทางด้านจิตใจ เป็นที่ตั้งแห่งการทำงาน ที่ตั้งแห่งความเจริญอดุทธาหะที่เรียกว่าการปรารภความเพียร และเป็นที่ตั้งของความของสุขทางจิตใจ ในฌาน และการกระทำซึ่งเป็นเหตุให้ลุลุคคุณวิเศษ ในฌาน และ มรรคผล นิพพาน (ซึ่งเป็นธรรมอันยิ่ง)^{๔๔} ดังมีหลักฐานรับรองไว้ว่า

“กมมเมว วิเสสาธิคมสส ฐานนติ กมมฐาน”

หมายความว่า โรงงานฝึกจิต เพื่อให้รู้ ปฐมฌาน ทุตติยฌาน ตติยฌาน จตุตถฌาน ปัญจฌาน โสตาปัตติมรรค โสตาปัตติผล สกิทาคามีมรรค สกิทาคามีผล อนาคามีมรรค อนาคามีผล อรหัตตมรรค และอรหัตตผล

กรรมฐาน คือลำดับภาวนาอันเป็นเหตุใกล้กับการบำเพ็ญเพียรให้ยิ่งๆ ขึ้นไป^{๔๕} การเจริญจิตภาวนา หรือการปฏิบัติกรรมฐาน ในพระพุทธศาสนา มี ๒ วิธีคือ สมถกรรมฐานและวิปัสสนากรรมฐาน ซึ่งปรากฏหลักฐานที่พระพุทธองค์ทรงแสดงไว้ว่า คุณก่อนภิกษุทั้งหลาย ภิกษุควรเจริญธรรม ๒ ประการนี้ เพื่อสลัดความไม่ประมาทและเป็นเหตุให้เกิดปัญญา ธรรม ๒ อย่างนี้ ได้แก่อะไรบ้าง สมถะ ๑ วิปัสสนา ๑^{๔๖} ซึ่งพระราชพรหมจารีย์, (ทอง สิริมงคล), ได้มีคำสอนว่า สมถกรรมฐาน มุ่งเอาความสงบที่เป็นโลกียะ คือความสงบทางโลก โดยมุ่งเอาฌาน เพื่อให้ได้โลกียะภิญญา อันมีพรหมภูมิเป็นที่สุด แต่วิปัสสนากรรมฐาน มุ่งเอาความสงบที่เป็นโลกุตระ คือความสงบที่พ้นจากโลก อันมีพระนิพพานเป็นที่สุด^{๔๗} ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

^{๔๑} ดูรายละเอียด อัง.ฉก.อ. (บาลี) ๓/๑๐๗/๑๕๗.

^{๔๒} วริยา ชินวรโรณ และคณะ, *วิวัฒนาการการตีความคำสอนเรื่องสมาธิในพระพุทธศาสนาฝ่ายเถรวาทในประเทศไทย*, คณะสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๗. หน้า ๑๘.

^{๔๓} ธรรมภาคปฏิบัติ ๑ (Buddhist Meditation), *โครงการผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้พระพุทธศาสนา กองวิชาการ และสำนักหอสมุดและเทคโนโลยีสารสนเทศ*, พิมพ์ครั้งที่ ๓, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, ๒๕๕๙.

^{๔๔} ดูรายละเอียด อัง.ฉก.อ. (บาลี) ๓/๑๐๗/๑๕๗.

^{๔๕} พระญาณธรรมาจารย์ (แลติสะยาตอ). *อานาที่ปนี*, หน้า ๗๖๐.

^{๔๖} ดูรายละเอียดใน อัง.สตตก.อ.(บาลี) ๒/๘๒/๓๖๖.

^{๔๗} พระราชพรหมจารีย์, (ทอง สิริมงคล). *คู่มือปฏิบัติวิปัสสนาในแนวสติปัฏฐาน ๔*, (กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.,ม.ป.พ.), หน้า ๔๘.

คัมภีร์ปรมัตถทีปนี อธิบายความไว้ว่า สมถะ คือสภาพธรรมที่ระงับกิเลสหรือธรรมหายาบอย่างอื่นมี วิตก เป็นต้น หมายถึงฌานสมาธิที่เรียกว่า เอกัคคตาจิต^{๔๘}

สมถภาวนา หรือ สมถกรรมฐาน คือ การฝึกอบรมจิตให้เกิดความสงบ ได้แก่หลักหรือวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสงบทางจิตใจ หรือการทำจิตใจให้เป็นสมาธิความมั่นคงนั่นเอง^{๔๙}

วิปัสสนา ความหมาย

“วิ” แปลว่า โดยประการต่างๆ อาการหลายอย่างและอาการพิเศษ หรือ อาการพระไตรลักษณ์ คือ ทุกข์ อนิจจัง อนัตตา “ปัสสนา” แปลว่า หยั่งรู้ หยั่งเห็น รวมความว่า การฝึกอบรมจิตใจให้มี สติ ปัญญา ปัญญาหยั่งรู้ หยั่งเห็นโดยประการต่างๆ ในสภาวะลักษณะของรูปธรรม และนามธรรม (รูปนามชั้น ๕ คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) ว่า สภาวะธรรมทั้งหลาย ไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา ไม่ใช่ตัวตน บังคับบัญชาไม่ได้^{๕๐}

วิปัสสนากรรมฐาน หรือ วิปัสสนาภาวนา คือการฝึกอบรมปัญญาให้เกิดความรู้แจ้งตามความเป็นจริง^{๕๑} ได้แก่หลักปฏิบัติ เพื่อให้เกิดปัญญาญาณเห็นแจ้งในชั้น ๕ (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) ว่าเป็นสภาวะที่ไม่เที่ยง บังคับบัญชาไม่ได้^{๕๒} เป็นสภาวะที่ไม่ใช่สัตว์ บุคคล ตัวตน บังคับบัญชาไม่ได้ เป็นทุกข์ทนได้ยาก ผลจากการปฏิบัติเจริญวิปัสสนาภาวนา ทำให้บรรลุถึง มรรค ผล นิพพาน ดับกิเลสตัณหาได้อย่างสิ้นเชิง^{๕๓}

อานาปานสติสูตร เป็นพระสูตรที่สำคัญที่แสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติกรรมฐานอย่างแพร่ เป็นกรรมฐานที่พระพุทธเจ้าได้ทรงปฏิบัติมากที่สุดอาจจะกล่าวได้ว่า เป็นกรรมฐานที่พระพุทธเจ้าทรงใช้เป็นประจำตลอดเวลา แม้ในคืนตรัสรู้พระองค์ก็ได้ทรงใช้กรรมฐานนี้เป็นทางให้ได้บรรลุซึ่งญาณต่างๆ ที่ปรากฏเป็นหลักฐาน ดังนี้

“สพฺพสมาธิภาวนาสุ จ สพฺพสพฺพญญโฬริสฺสตาณํ โปธิมุเล อิมินา ว สสมาธินา สมาหิต-จิตตานํ ยถาภูตา วโพรโต อยเมว สมาธิภาวนา ปธานา.”^{๕๔}

^{๔๘} พระคันธสาราภิวงศ์, **อภิธัมมัตถสังคหะ และปรมัตถทีปนี**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพฯ:ไทยรายวันการพิมพ์, พฤษภาคม ๒๕๔๖), หน้า ๗๕๘.

^{๔๙} ดุรายละเอียดใน อง.ฉก.อ. (บาลี) ๓/๒๗/๑๑๑.

^{๕๐} รูป ได้แก่ ประสาทสัมผัสทางตา หู จมูก ลิ้น กาย และอารมณ์ที่ถูกรับรู้ คือ สี เสียง กลิ่น รส สัมผัสต่างๆ ซึ่งมีการแตกดับหรือสลายอยู่เสมอ คัมภีร์อรรถกถาอธิบายว่า ธรรมชาติโดยย่อแตกสลายเพราะความร้อนบ้าง ความเย็นบ้าง เหตุนี้ ธรรมชาตินั้นเรียกว่า รูป.. ดุรายละเอียดใน อง.เอก.อ. (ไทย) ๓๒/๓๓. (มหามกุฏ)

นาม คือ สภาวะที่รับรู้ทางใจและความรู้สึกนึกคิดต่างๆ มีการน้อมไปสู่อารมณ์เป็นลักษณะ มีหน้าที่ปะกอบกับจิตและเจตสิก มีวิญญาณเป็นเหตุให้เกิดได้แก่ นามชั้น ๔ คือ เวทนาชั้น ๔ สัญญาชั้น ๔ สังขารชั้น ๔ และวิญญาณชั้น ๔ คัมภีร์อรรถกถาอธิบายว่า ธรรมชาติโดยย่อรู้อารมณ์ ธรรมชาตินั้น ชื่อว่า นาม คือ น้อมไปสู่การเห็นแจ้ง รู้แจ้ง ในอารมณ์นั้น ..ดูใน ขุ.ป.อ. (ไทย) ๖๘/๒๔๘ (มหามกุฏา)

^{๕๑} ดุรายละเอียดในที.ปา.(ไทย)

^{๕๒} ดุรายละเอียดใน อง.จตุก.อ.(บาลี) ๒/๒๕๔/๔๔๗.

^{๕๓} ที.สี.อ.(บาลี)๑/๔๒๙/๓๑๕ , ที.ปา.อ.(บาลี) ๑/๗๘/๒๘.

^{๕๔} ขุ.ป.อ.(บาลี) ๒/๘๐.

ในสมาธิภาวนาทั้งหมด สมาธิภาวนาอันนี้แหละ (คืออานาปานสติ) เป็นหลักใหญ่แห่งการปฏิบัติของพระสัมพันธูปัญญาโพธิสัตว์ทุกพระองค์ เพราะพระสัมพันธูปัญญาโพธิสัตว์ทุก ๆ พระองค์มีจิตตั้งมั่นด้วยสมาธิอันนี้แหละ จึงได้ทรงรู้แจ้งตามความเป็นจริงที่โคนต้นโพธิ์ ประเทศอินเดีย

จุดมุ่งหมายและประโยชน์ของการเจริญอานาปานสติภาวนา

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้นำ โดยการเจริญอานาปานสติภาวนา มาทดลองปฏิบัติ เพื่อรักษาจิตใจผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มีภาวะสติ สัมปชัญญะ และปัญญา อยู่ระดับน้อยมาก ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเลือกใช้วิธีอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน เพราะเป็นวิธีที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว ที่สามารถฝึกการเจริญอานาปานสติได้ทุกแห่ง ตามจุดมุ่งหมาย และประโยชน์ของการเจริญอานาปานสติภาวนา ดังต่อไปนี้

อานาปานสติ เป็นวิหการธรรม

อานาปานสตินี้ พระบรมศาสดา สมเด็จพระผู้มีพระภาคเจ้าได้ทรงกล่าวถึงว่า เป็นวิหการธรรมที่พระองค์ทรงใช้ปฏิบัติอยู่เนืองๆ และตรัส ทรงยกย่องว่า อานาปานสติ เป็นกรรมฐานที่ปฏิบัติได้สะดวก ตลอดเวลา มีผลดีต่อร่างกายและจิตใจ ทรงตรัสกล่าวไว้ว่า “เมื่อทรงเป็นอยู่ด้วยการเจริญอานาปานสติ อยู่อย่างนี้ ร่างกาย ดวงตา ก็ไม่เหน็ดเหนื่อย และจิตหลุดพ้นจากอาสวะทั้งหลายเพราะความไม่เข้าไปยึดมั่นถือมั่น”^{๕๕} ในอุปาทานขันธ ๕ พร้อมกับทรงแนะนำให้พระภิกษุได้เจริญอานาปานสติตาม และในสมัยพุทธกาล มีผู้บรรลุธรรมขั้นสูงด้วยอานาปานสติจำนวนมาก ดังนี้

“ภิกษุทั้งหลาย อานาปานสติสมาธินี้แล ใครเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นสภาพสงบประณีต สดชื่น เป็นธรรมเครื่องอยู่เป็นสุขและทำอกุศลธรรมชั่วร้ายที่เกิดขึ้นแล้วให้อัตธานสงบไปได้โดยพลัน เปรียบเหมือนฝนใหญ่ที่ตกในสมัยมิใช่ฤดูกาล ยังฝุ่นละอองที่ฟุ้งขึ้นในเดือนท้ายฤดูร้อนให้อัตธานสงบไปได้โดยพลัน ฉะนั้น.”^{๕๖}

“ภิกษุทั้งหลาย เมื่อจะกล่าวให้ถูกต้อง พึงกล่าวถึงอานาปานสติสมาธิว่า เป็นธรรมเครื่องอยู่ของพระอริยะก็ได้ ว่าเป็นธรรมเครื่องอยู่ของผู้ประเสริฐก็ได้ ว่าเป็นธรรมเครื่องอยู่ของตถาคตก็ได้ ภิกษุเหล่าใดเป็นเสขะ ยังไม่บรรลุอรหัตผล ปรารถนาภาวะปลอดโปร่งโล่งใจ อันยอดเยี่ยม อานาปานสติสมาธิ ที่ภิกษุเหล่านั้นเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความสิ้นไปแห่งอาสวะทั้งหลาย ส่วนภิกษุเหล่าใดเป็นอรหันต์ สิ้นอาสวะแล้ว.. อานาปานสติสมาธิที่ภิกษุเหล่านั้นเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความสงบสุขสบายในปัจจุบัน และเพื่อ สติ สัมปชัญญะ.”^{๕๗}

อานาปานสติ เป็นไปเพื่อธรรม ๗ อย่าง

สมเด็จพระบรมศาสดา สัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงยกย่องอานาปานสติว่าเป็นไปเพื่อธรรม ๗ อย่าง และทรงยกย่องผู้เจริญอานาปานสติ ว่าเป็นผู้ทำตามคำสอนของพระองค์ด้วย ดังนี้

“ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย ธรรมอย่างหนึ่งที่บุคคลเจริญแล้ว กระทำให้มากแล้ว (๑) ย่อมเป็นไปเพื่อความหน่ายโดยส่วนเดียว (๒) เพื่อคลายกำหนด (๓) เพื่อความดับ (๔) เพื่อความสงบ (๕) เพื่อความรู้ยิ่ง (๖) เพื่อการตรัสรู้ (๗) เพื่อนิพพาน ธรรมอย่างหนึ่งคืออะไร? คือ อานาปานสติ”^{๕๘}

^{๕๕} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๙๘๔/๔๖๑.

^{๕๖} ดุราละเยียดใน วิมาหา. (ไทย) ๑/๑๖๕/๑๓๖, ส.ม. (ไทย) ๑๙/๙๘๕๔๖๕

^{๕๗} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๙๘๗/๔๖๙.

^{๕๘} อัง.เอก.(ไทย) ๒๐/๓๘๒-๕๖๒/๔๖-๕๑.

อานาปานสติภาวนา เพื่อเป็นสมาธิ ที่เป็นบาทแห่งการเจริญสติ

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) อธิบายว่า ความมุ่งหมายของสมาธิที่ใช้ถูกต้อง ดังปรากฏในพระคัมภีร์ว่า “สมาธิเพื่ออรรถคือ ยถาภูตญาณทัศชนะ (สมาธิเพื่อจุดหมายคือการรู้เห็นตามความเป็นจริง)” บ้าง “สมาธิ มี ยถาภูตญาณทัศชนะเป็นอรรถเป็นอานิสงส์ (ความมุ่งหมายและผลสนองที่พึงประสงค์ของสมาธิ คือการรู้เห็นสิ่งทั้งหลายตามที่มันเป็นจริง)” บ้าง การบำเพ็ญสมาธิให้จิตบริสุทธิ์ มีจุดมุ่งหมายอยู่แค่จะทำให้ความเห็น ความเข้าใจให้ถูกต้องบริสุทธิ์ ทิณฺณวิสุทธิ หรือได้ปรากฏในพุทธพจน์บางบท ว่า “สมาธิที่ศีลบ่มรอบแล้ว ย่อมมีผลมาก มีอานิสงส์มาก ,ปัญญาที่สมาธิบ่มรอบแล้ว ย่อมมีผลมาก มีอานิสงส์มาก , จิตที่ปัญญาบ่มรอบแล้วย่อมหลุดพ้นโดยชอบเหี่ยวจากอาสวะทั้งหลาย คือ กามาสวะ ภวาสวะ อวิชาสวะ...” ดังนั้นประโยชน์ ของ อานาปานสติภาวนา ข้อนี้คือการเตรียมจิตให้พร้อมที่ใช้ปัญญาพิจารณาให้รู้แจ้งสภาวะธรรมตามความเป็นจริง เรียกตามศัพท์ว่าเป็นบาทแห่ง วิปัสสนา หรือทำให้เกิดยถาภูตญาณทัศชนะ ดังได้กล่าวแล้ว ซึ่งจะนำไปสู่วิขา และวิมุตติ ในที่สุด

อานาปานสติเพื่อระงับกิเลสชั่วคราว

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้กล่าวอ้างอิงในหนังสือพุทธธรรม^{๕๙} ว่า “การเจริญอานาปานสติภาวนา นั้นสามารถบรรลุมรรคผลจากกิเลสชั่วคราว ด้วยอำนาจพลังจิต กำลังของฌานสมาธิ ที่เรียกว่าเจโตวิมุตติ ประเภทไม่เด็ดขาด คือขณะที่จิตทรงฌานสมาธิอยู่นั้น กิเลสกำลังถูกกำลังสมาธิ ช่ม กด หรือทับไว้ (เหมือนหินทับหญ้า) ตลอดเวลาที่อยู่ในสมาธินั้น เรียกเป็นศัพท์ว่า วิกัมภณวิมุตติ”^{๖๐}

อานาปานสติภาวนา เพื่อรักษาบำบัดปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาบุคลิกภาพ

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้กล่าวอ้างอิงในหนังสือพุทธธรรม เกี่ยวกับ การเจริญอานาปานสติสมาธิว่า มีประโยชน์แก่สุขภาพจิตและการพัฒนาบุคลิกภาพ ของผู้ปฏิบัติเจริญภาวนาเป็น อย่างเป็นอย่างมากกว่า “ทำให้ผู้ปฏิบัติเป็นผู้มีจิตใจ หนักแน่น มั่นคงในอารมณ์ สดชื่น ผ่องใส กระปรี้กระเปร่า เบิกบาน มีจิตใจที่เมตตากรุณา มีบุคลิกภาพที่ งามสง่า ลักษณะเข้มแข็ง หนักแน่น สงบ เยือกเย็น สุขภาพ นิ่มนวล มองดูรู้จักตนเอง และผู้อื่นตามความเป็นจริง (ซึ่งตรงกันข้าม กับคนที่ไม่ม่สมาธิ คือแปลว่า บุคคลผู้มีนิรวณ ๕ ในจิตใจ จะมีจิตใจที่อ่อนไหว หลอกลวง จิตใจโลเล สงสัย ตัดสินใจไม่ได้ ตัดสินใจไม่ถูกต้อง ตัดใจหลงใหลง่าย หรือหยาบกระด้าง ฉุนเฉียว เกรี้ยวกราด หงุดหงิด วู่วาม ขี้โมโห ขี้บ่น ขี้ด่า วุ่นวาย จู้จี้จ้าน สอดแสบ ลูกลึกลูกกลน หรือหงอยเหงา เศร้าซึม หรือขี้หวาดระแวง เป็นต้น) ผู้ที่ฝึกอานาปานสติสมาธิ ที่ดีแล้ว จึงเป็นผู้ที่มีจิตใจที่อยู่ในสภาพที่พร้อม และง่ายต่อการปลูกฝังคุณธรรมต่างๆ และสามารถเสริมสร้างนิสัยที่ดี สุขภาพจิตที่ดี เพราะสามารถรู้วิธีที่ ทำให้ใจให้สงบ และสามารถสะกดยับยั้งความทุกข์ ในจิตใจ ให้ผ่อนคลายหายไป จากจิตใจที่อ่อนแอ ก็กลับมา มีความหนักแน่นมั่นคงในอารมณ์ เป็นภูมิคุ้มกันโรคทางจิต ประโยชน์ข้อนี้ จะเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้น เมื่อใช้จิตที่มีสมาธินั้น เป็นบาทฐานของการเจริญสติปัฏฐาน ๔ คือ สามารถดำเนินชีวิต (ทุกลมหายใจเข้า-ออก) อย่างมีสติตามรู้เท่าทัน พฤติกรรมทางกาย วาจา ความรู้สึกนึกคิดและภาวะจิตของตนที่เป็นไปต่างๆ มองอย่างเอามาเป็นความรู้สำหรับใช้ประโยชน์อย่างเดียว ไม่ยอมเปิดช่องให้

^{๕๙} พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต).พุทธธรรม. (หน้า ๘๓๓-๘๓๔)

^{๖๐} ดูรายละเอียดใน ที่.ม.๑๐/๑๔๗/๙๒.

ประสบการณ์และความเป็นไปเหล่านั้น ก่อพิชเป็นอันตรายแก่ชีวิตจิตใจของตนได้เลย ประโยชน์ข้อนี้ ย่อมเป็นไปในชีวิตประจำวันด้วย”^{๖๑}

ประโยชน์ของอานาปานสติภาวนา ในชีวิตประจำวัน

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของ อานาปานสติที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ไว้อย่างน่าสนใจดังนี้ว่า

๑. ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย หายเครียด เกิดความสงบ ไม่มีความกระวนกระวาย สามารถหลุดจากความกลัดกลุ้มวิตกกังวล เป็นเครื่องพักผ่อนกายให้ใจสบายและมีความสุข ตัวอย่าง เช่นบางท่านทำอานาปานสติ คือกำหนดลมหายใจเข้า และ ออก ในเวลาที่จำเป็นต้องรอคอยและ ไม่มีอะไรจะทำ เหมือนดั่งเวลานั่งติดในรถประจำทาง หรือปฏิบัติสลับแทรกในเวลาทำงานใช้สมองหนัก เป็นต้น หรืออย่างสมบูรณ์แบบฉันทสมาบัติ ที่พระพุทธรเจ้าและพระอรหันต์ทั้งหลาย ใช้เป็น วิหารธรรม เครื่องพักผ่อนกายใจเป็นอยู่อย่างสุขสบายในโอกาสว่างจากการบำเพ็ญกิจ ซึ่งมีคำเรียก เฉพาะว่า เพื่อเป็นทิวาสธรรมสุขวิหาร

๒. การเจริญอานาปานสติสมาธิ เป็นเครื่องเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน การเล่าเรียน และการทำกิจทุกอย่าง เพราะจิตที่เป็นสมาธิ แน่วแน่อยู่กับสิ่งที่กำลังกระทำ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่วอกแวก ไม่เลื่อนลอย ย่อมช่วยให้เรียน ให้คิด ให้ทำงานได้ผลดี การงานก็สามารถปฏิบัติด้วยความ รอบคอบ มีการตัดสินใจที่ดี ทำงานไม่ผิดพลาด และป้องกันอุบัติเหตุได้ดี เพราะเมื่อมีสมาธิก็ย่อมมี สติกำกับอยู่ด้วย ดังที่ท่านเรียกว่าจิตเป็นกัมมณีเย หรือ กรรมนีเย แปลว่าควรแก่งาน หรือเหมาะแก่ การใช้งาน ยิ่งได้ประโยชน์ในข้อที่ ๑ มาช่วยเสริมก็ยิ่งได้ผลดีมากยิ่งขึ้นไปอีก

๓. การเจริญอานาปานสติสมาธิ ช่วยเสริมสุขภาพและใช้แก้ไขโรคได้ ร่างกายและ จิตใจอาศัยกันและมีอิทธิพลต่อกัน บุคคลทั่วไป เนื่องจากมีนิเวศ ๕ อยู่ ยังไม่เคยฝึก เมื่อกายไม่ สบาย จิตใจก็พลอยอ่อนแอเศร้าหมองขุ่นมัว เสียกำลังใจก็ยิ่งทำให้โรคทางกายทรุดหนักลง แม้ใน เวลาที่ร่างกายเป็นปกติ พอประสบเรื่องราวให้เศร้า เสียใจรุนแรง ก็ล้มป่วยเจ็บไข้ไปได้ ส่วนท่านผู้มี จิตใจเข้มแข็งสมบูรณ์ (โดยเฉพาะท่านที่ได้ฉันทสมาธิและญาณปัญญา แล้ว จนมีจิตหลุดพ้นเป็น อิสระ ท่านก็เป็นผู้มีสภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์เต็มที่) เมื่อเจ็บป่วยกาย ก็รู้อยู่ที่กาย แต่จิตใจ ไม่ได้รับความทุกข์ใจตามไปด้วย อย่างนี้เป็นต้น^{๖๒}

๔. ประโยชน์สำหรับ บุคคลผู้มีวิตกจริต^{๖๓} ซึ่งผู้ป่วยสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นผู้มีจิตนี้ กันแทบทุกคน ซึ่งผู้วิจัยได้นำหลักธรรมที่ พระบรมศาสดา องค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า ได้ทรงตรัส สอนเกี่ยวกับกัมมัญฐานที่เหมาะสมแก่จริต ว่าอานาปานสติกรรมฐานแก่บุคคลผู้มีวิตกจริตและโมหจริต^{๖๔} ซึ่งก็ปรากฏในคัมภีร์วิสุทธิมรรค ที่อธิบายว่าอารมณ์กรรมฐานชนิดกว้างใหญ่ไม่เหมาะสมแก่คน

^{๖๑} พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต).พุทธรธรรม. (หน้า ๘๓๔)

^{๖๒} เรื่องเดิม หน้า ๘๓๔

^{๖๓} ชุ.จุ.(ไทย) ๓๐/๘๕/๓๐๔, จริต ๖ ได้แก่ราคะจริต, โทสะจริต, โมหะจริต, วิตกจริต, สัทธาจริต และ พุทธิจริต สำหรับบุคคลวิตกจริตเป็นผู้มีความประพฤติหนักไปทางจับจดฟุ้งซ่าน, ดูในพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), พุทธรธรรม ฉบับปรับปรุงขยาย, หน้า ๘๐๗.

^{๖๔} พระราชญาณวิสิฐ และคณะ, คู่มือการศึกษาสัมมาปฏิบัติไตรสิกขา,พิมพ์ครั้งที่ ๖, ศูนย์ประสาน สำนักปฏิบัติประจำจังหวัดแห่งประเทศไทย : บริษัท เพชรเกษมพรินติ้ง กรุป จำกัด นครปฐม, ๒๕๕๑. อ้างแล้ว

วิตกจริตเพราะอารมณ์เช่นนั้นย่อมเป็นปัจจัยทำให้จิตแล่นพล่านไปด้วยอำนาจแห่งวิตก แต่อารมณ์ชนิดเล็กจึงจะเหมาะสมและสบายแก่จริต ดังนั้น ผู้วิจยมีมติความเห็นว่ อานาปานสติเป็นอารมณ์กรรมฐานชนิดเล็ก ที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพราะใช้เพียงลมหายใจที่มีอยู่แล้วในตัว ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์อื่นใดให้ยุ่งยาก และการพิจารณาก็เป็นไปในหมวดกาย เวทนา จิต ธรรม ที่มีอยู่ในรูปนามของผู้ปฏิบัติ จึงไม่ต้องใช้ความคิดออกนอกตัวให้ฟุ้งซ่านตามความเคยชินของจริต

โดย ในคัมภีร์วิมุตติมรรค ได้กล่าวถึงการที่วิตกถูกกำจัดไปในอานาปานสติ “อานาปานสติ ภาเวตพพา วิตกกุปฺเจตยา” ว่าในวิธีการปฏิบัติมี การนับ การติดตาม การกระทบ และการตั้งมั่น ความคิดฟุ้งซ่านย่อมถูกระงับด้วยการสัมผัส (การกระทบ) เปรียบเหมือนบุคคลเดินไปตามฝั่งแม่น้ำ จิตเขาย่อมตั้งมั่นมุ่งไปที่อารมณ์เดียว ไม่ฟุ้งซ่าน วิตกในความหมายนี้จึงถูกกำจัดไป สอดคล้องกับคัมภีร์วิสุทธิมรรค ที่กล่าวว่าอานิสงส์ของอานาปานสติสมาธิ ที่บุคคลเจริญให้มากทำให้จิตใจเกิดความสงบประณีต มีความเยือกเย็นเป็นสุข สามารถตัดวิตกคือความวิ่งพล่านแผ่สายของจิต เพราะอำนาจของวิตกทั้งหลายเป็นอันตรายต่อสมาธิ ด้วยการทำจิตให้มุ่งต่ออารมณ์เดียวคือลมหายใจออกและลมหายใจเข้าเท่านั้น จะเห็นว่า ประโยชน์ของการเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา เมื่อผู้วิจยได้ ปฏิบัติตามแล้ว ก็ได้รับประโยชน์ตามนี้ จึงเป็นแรงบันดาลใจที่จะนำมาประยุกต์ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ในงานวิจยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจยขอเสนอ

วิธีปฏิบัติอานาปานสติภาวนาแบบวิปัสสนากรรมฐาน

พระสารีบุตรเถระ ได้อธิบายวิธีเจริญอานาปานสติ โดยนัยวิปัสสนา ๔ แบบ ซึ่งในพระคัมภีร์ ที่พระอานนท์เถระได้แสดงไว้ดังนี้คือ

๑. สมถปุพฺพังคมวิปัสสนา หมายถึง การเจริญวิปัสสนามีสมณำหน้า เรียกเต็มว่า สมถปุพฺพังคมวิปัสสนา ภาวนา การเจริญวิปัสสนาโดยมีสมณะนำหน้า

๒. วิปัสสนาปุพฺพังคมสมถะ หมายถึง การเจริญสมถะมีวิปัสสนานำหน้า เรียกเต็มว่า วิปัสสนาปุพฺพังคมสมถภาวนา คือ การเจริญสมถะ โดยมีวิปัสสนานำหน้า

๓. ยุคันโทสมถวิปัสสนา หมายถึง การเจริญสมถและวิปัสสนาเข้าคู่กัน เรียกเต็มว่า สมถวิปัสสนา ยุคันโทภาวนาการเจริญสมถะ และวิปัสสนา ควบคู่ไปด้วยกัน

๔. อัมมุทฺธจฺจวิคคหิตมานัส หมายถึง วิธีปฏิบัติเมื่อจิตถูกชักให้ไขว้เขวด้วยธรรมธัจจ์ คือความฟุ้งซ่านธรรมหรือต้นธรรม (ความเข้าใจผิดคิดว่าบรรลุผลที่ประสพระหว่างการปฏิบัติธรรมว่าเป็นนิพพาน) การเจริญสติปัฏฐาน ๔ หรือการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน

การเจริญสติปัฏฐาน ๔ หรือการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน

สติปัฏฐาน ๔ ^{๖๕}เป็นลักษณะพิเศษที่มีในพระพุทธศาสนาเท่านั้น และเป็นหนทางสายเอก ที่ดับทุกข์ ได้โดยสิ้นเชิง ซึ่ง องค์สมเด็จพระบรมศาสดา พระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นผู้ค้นพบจากการทดลองปฏิบัติด้วยพระองค์เอง แล้วนำมาเผยแพร่สั่งสอนพุทธบริษัท ดังปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก ที่ได้บันทึกเรื่องราว และคำสอนกรรมฐานของพระพุทธองค์เช่นใน มหาสติปัฏฐานสูตร

^{๖๕} สติปัฏฐาน คือที่ตั้งของสติ มี ๔ ประการคือ กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน, เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน, จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน และ อัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน, ดูเพิ่มเติมในพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๑๖๕.

^{๖๖} ที่ได้ปรากฏหลักการปฏิบัติ ธรรมเนียม พระพุทธรูปทรงแสดงเป็นหมวดที่เป็นหลักใหญ่ๆ คือ หมวดกายานุปัสสนากรรมฐาน เวทนานุปัสสนากรรมฐาน จิตตานุปัสสนากรรมฐาน และ ธัมมานุปัสสนากรรมฐาน

การปฏิบัติตามแนวสติปัฏฐาน ๔ ที่ปรากฏในมหาสติปัฏฐานสูตร^{๖๗} เป็นที่นิยมกันมากในกลุ่มผู้ปฏิบัติกรรมฐาน ตั้งแต่สมัยพุทธกาล จนถึงหลังพระพุทธกาล จนถึงปัจจุบันนี้ ที่เป็นเช่นนี้ เพราะในตอนหนึ่งแห่งมหาสติปัฏฐานสูตร พระพุทธองค์ได้ตรัสรับรองผลจากการปฏิบัติไว้ดังนี้ว่า “ผู้มีปัญญาไม่แก่ล้าจะบรรลุธรรมเป็นพระอนาคามี หรือพระอรหันต์ได้ภายใน ๗ ปี ส่วนผู้มีปัญญาแก่ล้าจะบรรลุธรรมได้ภายใน ๗ วัน”^{๖๘} เมื่อศึกษาวิเคราะห์ลงไป จะพบว่า ในรายละเอียดว่า กรรมฐานเกือบทั้งหมดจะอยู่ในพระสูตรนี้ อานาปานสติก็อยู่ในมหาสติปัฏฐานสูตร^{๖๙} กายคตาสติก็อยู่ในมหาสติปัฏฐานสูตรนี้^{๗๐} จตุธาตวัตถถาน คือการกำหนดธาตุทั้ง ๔ ก็อยู่ในมหาสติปัฏฐานสูตรนี้^{๗๑} เป็นต้น

ใน “อานาปานสติสูตร” พระพุทธเจ้าทรงตรัสถึงวิธีเจริญอานาปานสติ มีใจความว่า อานิสงส์ของอานาปานสติที่ภิกษุเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมทำสติปัฏฐาน ๔ ให้บริบูรณ์ สติปัฏฐาน ๔ ที่เจริญแล้ว ย่อมทำโพชฌงค์ ๗ ให้บริบูรณ์^{๗๒} โพชฌงค์ ๗ ที่เจริญแล้ว ย่อมทำวิชาและวิมุตติให้บริบูรณ์^{๗๓}

ดังที่พระบรมศาสดา พระผู้มีพระภาคเจ้าได้ตรัสเกี่ยวกับการปฏิบัติในพระมหาสติปัฏฐานสูตรนี้ เป็นทางสายเอก และการปฏิบัติ เจริญสติปัฏฐาน ๔ เป็นวิธีทางเดียวเพื่อการบรรลุถึงพระนิพพาน^{๗๔} และการเจริญสติปัฏฐาน ๔ นี้ไม่ใช่ข้อปฏิบัติสำหรับพุทธสาวกเท่านั้น พระพุทธเจ้าทุกพระองค์ก็ทรงมีพระทัย (จิต) ดำรงมั่นในสติปัฏฐาน ๔ อย่างครบถ้วน ซึ่งในอานาปานสติสูตรได้กล่าวถึงขั้นตอนการปฏิบัติว่ามีทั้งหมด ๑๖ ขั้น แบ่งเป็น ๔ จตุกกะ (หมวด) ตามลำดับ ดังต่อไปนี้คือ

จตุกกะ ที่ ๑ :

๑. เมื่อหายใจเข้ายาว ก็รู้ชัดว่าเราหายใจเข้ายาว เมื่อหายใจออกยาวก็รู้ชัดว่าเราหายใจออกยาว

^{๖๖} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๒-๔๐๕/๓๐๑-๓๔๐, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๐๕-๑๓๘/๑๐๒-๑๓๑ อภิ.วิ (ไทย) ๓๕/๓๕๕-๓๘๙/๓๐๖-๓๒๗.

^{๖๗} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๒-๔๐๕/๓๐๑-๓๔๐, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๐๕-๑๓๘/๑๐๑-๑๓๑.

^{๖๘} ที.ม. (บาลี) ๑๐/๔๐๔/๒๖๘-๒๖๙, ที.ม. (ไทย) ๑๐/๔๐๔/๓๓๘-๓๔๐, ม.ม. (บาลี) ๑๒/๑๓๗/๙๖, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๓๗/๑๒๘-๑๓๐.

^{๖๙} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๔/๓๐๒, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๐๗/๑๐๒-๑๐๔.

^{๗๐} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๗/๓๐๖, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๑๐/๑๐๕-๑๐๖.

^{๗๑} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๔/๓๐๗, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๑๑/๑๐๗.

^{๗๒} โพชฌงค์ คือ ธรรมที่เป็นองค์ตรัสรู้ มี ๗ ประการคือ สติธัมมวิจยะ, วิริยะ, ปีติ, ปัสสัทธิ, สมาธิ และอุเบกขา, ดูเพิ่มเติมในพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ฉบับประมวลธรรม, หน้า ๒๓๙.

^{๗๓} วิชชา แปลว่า ความรู้แจ้ง ความรู้วิเศษที่เกิดเนื่องจากฌาน มี ๘ ประการ, วิมุตติแปลว่าความหลุดพ้น ดูในที.สี. (ไทย) ๙/๒๓๔-๒๔๘/๗๗-๘๔.

^{๗๔} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๓/๓๐๑, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๐๖/๑๐๑.

๒. เมื่อหายใจเข้าสั้น ก็รู้ชัดว่าเราหายใจเข้าสั้น เมื่อหายใจออกสั้น ก็รู้ชัดว่าเราหายใจออกสั้น

๓. สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้กองลมทั้งปวงหายใจเข้า สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้กองลมทั้งปวงหายใจออก

๔. สำเนียงกว่าเราระงับกายสังขารหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราระงับกายสังขารหายใจออก

จตุกกะ ที่ ๒ :

๕. สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้ปิติหายใจเข้า สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้ปิติหายใจออก

๖. สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้สุขหายใจเข้า สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้สุขหายใจออก

๗. สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้จิตตสังขารหายใจเข้า สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้จิตตสังขารหายใจออก

๘. สำเนียงกว่าเราระงับจิตตสังขารหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราระงับจิตตสังขารหายใจออก

จตุกกะ ที่ ๓ :

๙. สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้จิตหายใจเข้า สำเนียงกว่าเรากำหนดรู้จิตหายใจออก

๑๐. สำเนียงกว่าเราทำจิตให้บันเทิงหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราทำจิตให้บันเทิงหายใจออก

๑๑. สำเนียงกว่าเราตั้งจิตมั่นหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราตั้งจิตมั่นหายใจออก

๑๒. สำเนียงกว่าเราเปลื้องจิตหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราเปลื้องจิตหายใจออก

จตุกกะ ที่ ๔ :

๑๓. สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นว่าไม่เที่ยงหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นว่าไม่เที่ยงหายใจออก

๑๔. สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นความคลายออกได้หายใจเข้า สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นความคลายออกได้หายใจออก

๑๕. สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นความดับไปหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นความดับไปหายใจออก

๑๖. สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นความสละคืนหายใจเข้า สำเนียงกว่าเราพิจารณาเห็นความสละคืนหายใจออก

ในการปฏิบัติอานาปานสติ ๑๖ ขั้น^{๗๕} แบ่งออกเป็น ๔ จตุกกะหรือหมวด หมวดละ ๔ ขั้น เป็นการพิจารณากาย เวทนา จิต และ ธรรม เริ่มจากภิกขุไปสู่ปา โคนไม้ หรือเรือนว่าง นั่งขัดสมาธิ^{๗๖} ตั้งกายตรงดำรงสติไว้เฉพาะหน้า มีสติหายใจเข้ามีสติหายใจออก ในบทบาทที่ว่า

^{๗๕} พ.ป. (ไทย) ๓๑/๑๖๐/๒๔๙

^{๗๖} อานาปานสติเป็นกรรมฐานชนิดเดียวที่กำหนดอิริยาบถการนั่งด้วยท่า “คู้บัลลังก์” คือการนั่งขาไขว้ทับกันที่เรียกว่าขัดสมาธิ ให้ร่างกายท่อนบนตั้งตรง กระดูกสันหลังตรง เนื่องจากเป็นท่าที่ร่างกายสมดุลและสะดวกในการหายใจเข้าและออก

โส สโตว อสสสติ สโต ปสสสติ หมายความว่า เมื่อนั่งอย่างนี้และตั้งสติไว้นั่งอย่างนี้ ชื่อว่ามีสติหายใจ เข้ามีสติหายใจออก ได้ชื่อว่า สโตการี แปลว่าผู้ทำสติ

ในขั้นของการปฏิบัติอานาปานสติจะต้องเริ่มไปตามลำดับขั้นตอนทั้ง ๑๖ ขั้น นอกจากขั้นของการปฏิบัติอานาปานสติแล้วยังมีบุพกิจหรือขั้นตอนที่ผู้ปฏิบัติจะต้องเตรียมตัวปฏิบัติก่อนการเจริญกรรมฐาน ได้แก่การตัดปัลลิว^{๗๗} ข้อกังวลทั้งหลายอันเป็นเหตุให้ใจพะวักพะวน ห่วงกังวล ไม่อำนวยความสะดวกสมาธิได้ง่าย การมีกัลยาณมิตรที่สามารถแนะนำการปฏิบัติให้ได้ และมีสัปปายะ^{๗๘} เกื้อกูลเหมาะสมต่อการฝึกปฏิบัติ ในคัมภีร์วิสุทธิมรรคกล่าวว่าการปฏิบัติอานาปานสติสมาธินั้นจะให้ผลช้าเร็ว หรือลำบากมากน้อยเพียงไร ขึ้นกับการทำบุพกิจและความเป็นสัปปายะ รวมถึงความฉลาดในการทำอัปนาโกศล คือวิธีที่จะให้มีความฉลาดในการให้สำเร็จอัปนาสมาธิโดยเร็ว ได้แก่ การทำอินทริยให้เสมอกัน ฉลาดในการยกจิตและข่มจิต สมาคมกับผู้ที่มีสมาธิ เป็นต้น ^{๗๙} กล่าวคือผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติบุพกิจเบื้องต้น ตัดปัลลิวเครื่องกังวลให้สิ้นเสียก่อน ย่อมมีอุปทาการปฏิบัติลำบากเป็นทุกข์ โดยทางตรงข้ามผู้ที่จัดแจงทำบุพกิจเบื้องต้นให้เสร็จเรียบร้อย ย่อมมีอุปทาการปฏิบัติสะดวกสบาย สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนอัปนาโกศलय่อมมีอภิญญาการรู้แจ้งอย่างช้า ผู้ที่เรียนอัปนาโกศลให้สำเร็จก่อนย่อมมีอภิญญาการรู้แจ้งอย่างรวดเร็ว^{๘๐}

ตารางที่ ๒.๑ สรุปขั้นตอนของการปฏิบัติอานาปานสติภาวนา ๑๖ ขั้น โดยเปรียบเทียบกับสติปัฏฐานทั้ง ๔ หมวด และ ความเป็นกรรมฐาน ๒ คือ สมถะ และ วิปัสสนา ดังนี้

ขั้นของอานาปานสติภาวนา	สติปัฏฐาน ๔	กรรมฐาน ๒
๑. รู้ลมหายใจเข้า-ออกยาว ๒. รู้ลมหายใจเข้า-ออกสั้น ๓. กำหนดรู้กองลมทั้งปวง ๔. ระงับกายสังขาร	กายานุปัสสนา	สมถะล้วน
๕. กำหนดรู้ปิติ ๖. กำหนดรู้สุข ๗. กำหนดรู้จิตตสังขาร ๘. ระงับจิตตสังขาร	เวทนานุปัสสนา	สมถะเจือวิปัสสนา
๙. กำหนดรู้จิต ๑๐. ทำจิตให้บันเทิง	จิตตานุปัสสนา	สมถะเจือวิปัสสนา

^{๗๗} ปัลลิว คือข้อติดข้องหรือกังวลที่ทำให้การปฏิบัติก้าวหน้าช้า ไม่อำนวยความสะดวก มี ๑๐ อย่าง ได้แก่ ที่อยู่, ตระกูล, ลาภสักการะ, หมู่คณะ, การงาน, การเดินทาง, เครือญาติ, ความเจ็บไข้, การเล่าเรียน และ การแสดงอิทธิฤทธิ์, ดูในพระพุทธโฆสเถระ, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๑๔๗.

^{๗๘} สัปปายะ คือสิ่งทีเกื้อกูลเหมาะสมกับการปฏิบัติ มี ๗ อย่าง ได้แก่อาวาส ที่อยู่, โฉง ที่เที่ยวหาอาหาร, ภัตตะ การพูดคุย, บุคคล, โภชนะ, อุตุ อากาศ ธรรมชาติแวดล้อม, และอิริยาบถที่ถูกต้องหรือเสริมกัน, ดูในวิมพา.อ.(ไทย) ๑/๕๒๔

^{๗๙} อัปนาโกศล ๑๐ ประการ ดูเพิ่มเติมในพระพุทธโฆสเถระ, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๒๒๓.

^{๘๐} พระพุทธโฆสเถระ, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๑๔๐.

๑๑. ตั้งจิตมั่น ๑๒. เปลื้องจิต		
๑๓. เห็นความไม่เที่ยง ๑๔. เห็นความคลายออก ๑๕. เห็นความดับไป ๑๖. เห็นความสละคืน	ธัมมานุปัสสนา	วิปัสสนาล้วน

ตารางที่ ๒.๑ สรุปขั้นตอนของการเจริญอานาปานสติภาวนา ในอานาปานสติสูตร

ในการปฏิบัติอานาปานสติสูตร ๑๖ ขั้นนี้ อรรถกถาจารย์ได้อธิบายความหมายโดยนัยสังเขป ดังนี้

หมวดที่หนึ่ง เป็นการมีสติพิจารณาภายในกายที่เรียกว่า กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน โดยจัดลมหายใจเป็นกายชนิดหนึ่งเรียกว่ากายลม ซึ่งสามารถปรุงแต่งและส่งผลต่อร่างกายจึงเรียกว่ากายสังขาร ในหมวดนี้จึงเป็นการศึกษาถึงลมหายใจทุกชนิด เช่น ลมสั้น ลมยาว หยาบ ละเอียดย เป็นต้น และการทำให้ลมหายใจสงบระงับ^{๘๑}

หมวดที่สอง เป็นการมีสติพิจารณาเวทนาในเวทนา เรียกว่า เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน โดยใช้ปิติ และสุข ที่เกิดขึ้นในองค์ฌานเป็นอารมณ์ในการกำหนด การระงับจิตตสังขารเป็นการระงับสัญญาและเวทนาอันเป็นเจตสิกที่เนื่องกับจิต^{๘๒}

หมวดที่สาม เป็นการมีสติพิจารณาจิตในจิต เรียกว่า จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน ขั้นที่ทำจิตให้บันเทิงมี ๒ อาการคือ ด้วยอำนาจสมาธิ และ อำนาจวิปัสสนา ในการปลดเปลื้องจิตหรือทำจิตให้ปล่อยด้วยอำนาจฌานทั้ง ๔ ดังนี้คือ ปลดเปลื้องจิตจากนิวรณ์ด้วยปฐมฌาน ปลดเปลื้องจิตจากวิตกวิจารณ์ด้วยทุติยฌาน ปลดเปลื้องจิตจากปิตติด้วยตติยฌาน ปลดเปลื้องจิตจากสุขทุกข์ด้วยจตุตถฌาน ในระดับยิ่งสูงขึ้นองค์ธรรมที่เป็นคุณสมบัติของจิตที่เป็นตัวกำหนดความเป็นฌานก็ยิ่งน้อยลง จนถึงขั้นสูงสุดคือ จตุตถฌาน ถึงความไม่มีทุกข์ไม่มีสุข มีสติสมบูรณ์ด้วยอุเบกขา^{๘๓}

หมวดที่สี่ เป็นการมีสติพิจารณาธรรมในธรรม เรียกว่า ธัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน โดยการพิจารณาไตรลักษณ์ คือความเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป ในขั้นธัมมา ในทุกขณะของลมหายใจเข้าและออกด้วยอำนาจของวิปัสสนาญาณ จนพิจารณาเห็นความจางคลาย ความดับไปของสังขาร ความสละคืนในกิเลสทั้งหลาย ในอานาปานสติทั้งสี่หมวด

จากขั้นตอนของการเจริญอานาปานสติภาวนาที่กล่าวโดยสรุปข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่าหมวดที่ ๑ เป็นสมณะ ล้วน หมวดที่ ๒-๓ เป็นสมณะที่เจือด้วยวิปัสสนา หมวดสุดท้ายคือหมวดที่ ๔ เป็นวิปัสสนาล้วน ดังนั้นการเจริญอานาปานสติตามขั้นตอนที่กล่าวไว้ในพระสูตรนี้จึงเป็นการเจริญทั้งสมณภาวนาและวิปัสสนาภาวนา^{๘๔}

^{๘๑} ดูเพิ่มเติมในพระพุทธโฆสเถระ, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๔๕๒.

^{๘๒} องค์ฌานในรูปฌาน ๔ ได้แก่ ปฐมฌาน, ทุติยฌาน, ตติยฌาน และ จตุตถฌาน, ดูเพิ่มเติมในเรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๕๗.

^{๘๓} อภิ.วิ.(ไทย) ๓๔/๖๒๓/๔๑๓.

^{๘๔} พระพุทธโฆสเถระ, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๔๗๔-๔๗๕.

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นสรุปว่า อานาปานสติภาวนาตามความหมายในพระไตรปิฎกและคัมภีร์อรรถกถา คือการเจริญกรรมฐานที่มีสติกำหนดรู้ลมหายใจเข้าและออกเป็นอารมณ์ ขั้นตอนการเจริญอานาปานสติมีทั้งหมด ๑๖ ขั้น เป็นทั้งสมถภาวนาและวิปัสสนาภาวนาในคราวเดียวกัน และเมื่อปฏิบัติมากขึ้นๆ ย่อมทำให้สติปัญฐาน ๔ และ โพชฌงค์ ๗ มีความสมบูรณ์สามารถบรรลุวิชาและวิมุตติในขั้นสูงสุดตามความมุ่งหมายของการเจริญจิตตภาวนา

แผนภาพตารางที่ ๒.๒ ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การเจริญกรรมฐานแบบสมถะ และวิปัสสนากรรมฐาน

ความ แตกต่าง	การเจริญสมถกรรมฐาน	การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน
ความหมายโดยรวม	หมายถึง อุบายสงบใจ การฝึกอบรมจิตให้เกิดความสงบ ตั้งมั่น ควรแก่การใช้งานหรือวิธีฝึกจิตให้สงบระงับจากนิวรณ์ และอุปกิเลส ฝึกพัฒนาจิตให้บริสุทธิ์ชั่วคราว เป็นบาทฐานการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน	หมายถึง โดยประการต่างๆ อาการหลายอย่างและอาการพิเศษ หรือ อาการพระไตรลักษณ์ คือ ทุกขัง อนิจจัง อนัตตาปัสสนา แปลว่า หยั่งรู้ หยั่งเห็น หมายถึง การฝึกอบรมจิตใจให้มี สติ ปัญญา ที่ก่อให้เกิดความเห็นแจ้ง ในสภาวะธรรม รูปนามขั้น ๕ กรรมฐาน แปลว่าที่ตั้งแห่งการกระทำภาวนามยปัญญา ที่ทำให้เข้าใจถึงอริยสัจ ๔ และการกระทำความเพียรที่เป็นเหตุ และปัจจัยให้บรรลุคุณธรรมอันวิเศษ คือ ฌาน ญาณ มรรค ผล นิพพาน ตามกำลังของวิปัสสนาญาณ
สภาวะหรือ (อาการของจิต)	๑.เป็นไปด้วยอำนาจของสมาธิ (เอกัคคตา) จิตที่ตั้งอยู่ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ^{๘๕}	เป็นไปด้วยอำนาจของปัญญา (รู้รูปนามขั้น ๕ รู้กฎอันเป็นไปตามธรรมดาของไตรลักษณ์) ^{๘๖}
ลักษณะ	จิตตั้งมั่นไม่หวั่นไหว หรือความฟุ้งซ่าน ^{๘๗}	๒. มีปัญญารู้แจ้งตามความเป็นจริงในสภาวะธรรมทั้งหลายทั้งปวง ^{๘๘}
กิจ	๓. สามารถข่มนิวรณ์ ๕ ได้ ^{๘๙}	สามารถกำจัดอวิชชา หรือความไม่รู้ที่ปิดบังความจริงของสภาวะธรรมทั้งปวงได้ ^{๙๐}
สมาธิ	๔. เป็นสมาธิระดับอุปจารสมาธิ	๔.เป็นสมาธิระดับขณิกสมาธิ ^{๙๑}

^{๘๕} ในรายละเอียดใน องค์ก.อ.(บาลี) ๒/๑๐๓/๒๕๕.

^{๘๖} ดูในรายละเอียดใน ม.ม.อ.(บาลี) ๒/๔๕๑/๒๕๔.

^{๘๗} ดูรายละเอียดใน พุ.จู (ไทย)๓๐/๑๕๓/๔๘๖.

^{๘๘} ดูรายละเอียดใน องค์ตตก.อ.(บาลี) ๒/๘๒/๓๖๖.

^{๘๙} ดูรายละเอียดใน พุ.ป. (ไทย)๓๑/๒๔/๒๘.

^{๙๐} รายละเอียดใน องค์.ทุก. (ไทย)๒๐/๓๒/๗๖.

ความแตกต่าง	การเจริญสมถกรรมฐาน	การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน
	และอัปนาสมาธิ ^{๙๑}	
องค์ธรรม	๕. เอกัคคตาเจตสิก ^{๙๓}	๕. ปัญญาเจตสิก ^{๙๔}
ประเภทของธรรม	๖. จัดอยู่ในประเภทโลกียธรรม เมื่อไม่ได้เจริญบ่อยๆ หรือไม่ได้ทำจนเป็นนิสัย ย่อมเสื่อมได้ ^{๙๕}	๖. จัดอยู่ในประเภทโลกุตตรธรรม เมื่อได้เจริญจนถึงวิปัสสนาขั้นสูง คือ มัคคจิตย่อมไม่เสื่อม ^{๙๖}
จิต	๗. จัดเป็นมหัคคตจิต จิตที่มานาถิบุคคลผู้ประเสริฐ เข้าถึงได้ ^{๙๗}	๗. จัดเป็นโลกุตตรจิต (จิตที่พ้นจากกามภูมิและอรุณภูมิ) มินิพพานเป็นอารมณ์ ^{๙๘}

แนวคิดจิตสังคัมบำบัด

การรักษาทางจิตสังคัมขั้นสูง (Advanced Psychosocial Intervention)

การรักษาทางจิตสังคัม พัฒนามาจาก นิยามของ mhGAP-IG ที่ หมายถึงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่บุคลากรด้านสุขภาพจิตผู้ให้บริการต้องใช้เวลาานกว่าสองสามชั่วโมงในการสร้างการเรียนรู้ แก่ผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัด สอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคการผ่อนคลาย เช่นการฝึกการหายใจ และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกความคิดบวก ที่ต้องใช้ทักษะแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม (Social skill therapy) และใช้เวลาานกว่า ๒--๓ ชั่วโมงในการปฏิบัติ กระบวนการดูแลรักษาดังกล่าว สามารถกระทำได้ในหน่วยบริการ ที่ผู้บำบัด สอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคการผ่อนคลาย เช่นการฝึกการหายใจ และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกบริหารจิตใจ ซึ่งต้องทำติดต่อกันนาน ๑ - ๒ เดือน ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น ซึมเศร้า เครียดมาก วิตกกังวลมาก และอารมณ์แปรปรวน โรคอาการทางกายที่มีปัญหาจากจิตใจ และโรคทางจิต ซึ่งเกิดจากปัจจัยจากความขัดแย้งทางสังคมและจิตใจ (psychosocial crisis) สอดคล้องกับนักวิชาการที่ให้ความหมายไว้ในตำราจิตเวชศาสตร์ มีแนวคิด และกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่นำมารักษา เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยซึ่งสอดคล้องกับการรักษาทางจิตสังคัมในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ : (Psychosocial Treatment in

^{๙๒} คัมภีร์มูลปณาสถีกล่าวไว้ว่า “น ทิ ชณิกสมาธิ วินา วิปัสสนา สมภาติ” แปลว่า หากขาดชณิกสมาธิ วิปัสสนาก็เกิดไม่ได้ คือ อาศัยชณิกสมาธิ เป็นบาทจึงเจริญวิปัสสนาได้ ดูใน ม.มู. ฎีกา (บาลี) ๑/๒๕๗.วิสุทธิมหาฎีกา (บาลี) ๑/๓/๑๕.

^{๙๑} ดุราลัยเถียรใน ม.มู.อ. (บาลี) ๑/๓๔/๑๒๒.

^{๙๓} ดุราลัยเถียรใน ขุ.ป. (ไทย)๓๑/๘๓/๑๔๑.

^{๙๔} ดุราลัยเถียรใน อัง.อรรถก.อ. (บาลี) ๓/๒/๒๑๔.

^{๙๕} ดุราลัยเถียรใน ขุ.ป. (ไทย)๓๑/๘๕/๑๔๓.

^{๙๖} ดุราลัยเถียรใน อัง.ฉก.ก. (ไทย)๒๒/๔๗/๖๒๐.ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๓๘/๑๓๘.

^{๙๗} ดุราลัยเถียรใน อภิ.สง.อ. (บาลี) ๑/๑๒/๙๒

^{๙๘} ดุราลัยเถียรใน ขุ.ป. (ไทย)๓๑/๑๐๗/๑๖๖.

Adult Psychiatric Patients) โดยนักวิชาการ ศาสตราจารย์พิเศษ นพ.จำลอง ดิษยวณิช (จิตแพทย์) และ อาจารย์พริ้มเพรา ดิษยวณิช (นักจิตวิทยา) กล่าวถึงการรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ที่มีความแปรปรวนทางจิตใจหรือพฤติกรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภท พอสรุปได้ดังนี้คือ

ประเภทที่ ๑. การรักษาทางกาย (Somatic treatment) คือ การรักษาโดยใช้วิธีการทางชีวภาพหรือสรีรวิทยาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เช่นจิตเภสัชบำบัด (psychopharmacotherapy) , การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy), การรักษาด้วยแสงไฟ (light therapy), จิตศัลยกรรม (psychosurgery))

ประเภทที่ ๒. การรักษาทางจิตใจ (psychological treatment) คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีทางจิตใจ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เช่นจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) ,จิตบำบัดพลศาสตร์แบบสั้น (brief dynamic psychotherapy) , จิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) , การรักษาด้วยการคิดรู้ (cognitive therapy) , พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และอื่นๆ ฯลฯ

ประเภทที่ ๓ การรักษาทางสังคม (Social treatment) คือการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น จิตบำบัดกลุ่ม (group psychotherapy) , ครอบครัวบำบัด (family therapy) , นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) และแนวทางการฝึกทักษะทางสังคม (Social skill therapy) mhGAP-IG ซึ่งเป็นการฟื้นฟูทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ทางสังคม ในทางที่จะช่วยลดความเครียดในชีวิตประจำวัน การฝึกประกอบด้วย การใช้บทบาทสมมุติ การส่งเสริมในทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคม มีทั้งแบบรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือเป็นครอบครัว โดยทั่วไปจะใช้เวลา ๔๕-๙๐ นาที ต่อครั้ง โดยนัดผู้ป่วยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการรักษาที่เป็นบูรณาการแนวคิดของพุทธบำบัด และจิตสังคมบำบัด ซึ่งผู้วิจัย ได้นำมาเป็นรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด สำหรับการรักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

๒.๓.๒ รูปแบบการพัฒนาโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

รูปแบบพุทธจิตสังคมบำบัด เป็นการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางพุทธจิตสังคมขั้นสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต (The advance Buddhist Psychosocial Interventions For Mental Illness) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางพระพุทธศาสนาและการรักษาทางจิตสังคม โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ๕ ท่าน ได้เป็นโปรแกรมการรักษาที่ได้บูรณาการการเจริญมรรคมีองค์ ๘ ผ่านการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ/จิตสังคม เพื่อรักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้มีสุขภาพจิตดี มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคและอาการทางจิต มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น สามารถตัวเข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถใช้ชีวิตร่วมอยู่ในครอบครัว และในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของโลกโดยปราศจากความขัดแย้งในจิตใจ และสอดคล้องเหมาะสมกับบรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม

รูปแบบและขั้นตอนการบำบัดของพุทฺธจิตสังคัมบำบัด

มีโครงสร้างที่ชัดเจน คือ ใช้ระยะเวลาของการบำบัดแบบ จิตบำบัดระยะสั้น (Brief family therapy) และ แบบบูรณาการผสมผสานการรักษา ๓ การรักษาเข้าด้วยกัน คือ

๑. การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒. การรักษาทางจิตใจ (psychological intervention) มีความหมายครอบคลุมการรักษาหลายรูปแบบ เช่น การปรับพฤติกรรม,การปรึกษา, โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เช่น จิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy),จิตบำบัดพลศาสตร์แบบสั้น (brief dynamic psychotherapy) ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น^{๙๙}

๓. การรักษาด้วยจิตสังคัม คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น จิตบำบัดกลุ่ม (group psychotherapy),ครอบครัวบำบัด (family therapy) , นิเวศน์บำบัด (milieu therapy และแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม (Social skill therapy) mhGAP-IG ซึ่งเป็นการฟื้นฟูทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ทางสังคม ในทางที่จะช่วยลดความเครียดในชีวิตประจำวัน การฝึกประกอบด้วย การใช้บทบาทสมมติ การส่งเสริมในทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคม มีทั้งแบบรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือเป็นครอบครัว โดยนัดผู้ป่วยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ต้องใช้เวลามากกว่า สองสามชั่วโมงในการเรียนรู้ และใช้เวลามากกว่า สองสามชั่วโมงในการปฏิบัติ กระบวนการดูแลรักษาดังกล่าว สามารถกระทำได้ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง แต่ต้องมีเวลาในการให้บริการอย่างเพียงพอ

โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้แบ่งกระบวนการบำบัด ๔ ขั้นตอน คือ

๑.โดยผ่านการตรวจสภาพร่างกาย และจิต โดยจิตแพทย์และทีมนักสุขภาพจิตของโรงพยาบาลแม่สะเรียง ได้รับการวินิจฉัยโรค จาก เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) ได้รับการรักษาด้วยยา ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง

๒.ทีมผู้บำบัด ร่วมกับผู้วิจัย ทำการนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำจิตสังคัมบำบัด ที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์

๓.ผู้วิจัย ทำการรักษา ที่บ้าน (home-based family ด้วยการบำบัด และให้การปรึกษาครอบครัว ที่บ้าน (Home-based family therapy) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นครอบครัวที่ด้อยโอกาส สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยในการเดินทางมาโรงพยาบาล และที่สำคัญ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำสิ่งที่สอนในชั่วโมงบำบัดไปปฏิบัติได้อย่างจริงจังในชีวิตจริงอีกด้วย

๔. การรักษาด้วยพุทฺธธรรม ด้วยการฝึกปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ๗ วัน แบบไม่พักค้าง สถานที่สัปปายะคือที่สวนรุกขชาติ ตามหลักพุทฺธเพื่อการรักษา และเป็นการผสมผสานหลักจิตสังคัมคือ สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด สุขภาพจิตศึกษา และ กลุ่มบำบัดช่วงเช้า เย็น เพื่อทำการประเมินอาการ และสอบถามผลจากการฝึกจิตภาวนา

ผู้วิจัย และทีมผู้บำบัดที่โรงพยาบาล แม่สะเรียง นัดพบผู้ป่วย ครั้งสุดท้าย ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อประเมินผลการรักษา และยุติการบำบัด

^{๙๙} นิดา ลิมสุวรรณ, มาโนช หล่อตระกูล, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๘), หน้า ๔๑๙.

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

๑. เพื่อบำบัดรักษา โรค/ และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่นภาวะเครียด (Stress) วิตกกังวล (Anxiety) ภาวะซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า (Depression/Depressive Disorder) และโรคทางจิต (Psychosis) ให้กลับคืนสู่สภาวะสุขภาพจิตปกติ และมีความสุข

๒. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัว สามารถนำเทคนิคและวิธี การเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา ไปใช้ในการเจริญ สติ และปัญญา ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม (Psychosocial crisis) ของตัวเอง ในชีวิตประจำวัน

คู่มือ/เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

๑.หลักคำสอนเรื่อง อริยสัจ ๔ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค มงคล ๘) หลักการปฏิบัติตาม การเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา (สติปัฏฐาน ๔ : กาย เวทนา จิต และธรรม)

๒. จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว (Family Therapy and Family Counseling)

๓.สุขภาพจิตศึกษา (Mental Education) จิตสังคมศึกษา (Psychosocial Education)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ/ ประเมินอาการทางสุขภาพจิต ก่อน-หลัง การเข้าโปรแกรมบำบัด

๑. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย สุขภาพจิต GHQ 28 ข้อ Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็น แบบ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า ๓๖ ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหา สุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม

เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน ที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ ๒ ประการ คือ

๑.การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น

๒. การมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่าง ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ

๒. แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว : Chulalongkorn Family Interventory (CFI) พัฒนาโดย ศาสตราจารย์ พ.ญ. อุมพร ตรังคสมบัติ โดยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินการทำหน้าที่ของ The McMaster model of family Functioning Assessment Device/FAD ประกอบด้วยข้อคำถาม ๓๖ ข้อ เป็นแบบประเมินที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในด้านต่างๆ มีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจ

ความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อครอบครัวมากขึ้น ๖ ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม^{๑๐๐}

๓. การประเมินผลการเจริญอานาปานสติ (การสอบอารมณ์ ในช่วงการฝึกตามโปรแกรม ๗ วัน)

๔. การประเมินผล ของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมบำบัดในครั้งนี้ ๑๐ คน/พร้อม ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วย เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในช่วงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ และต้องการรักษา โดยสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด โดยได้รับการรักษาทางยา และการทำจิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว และการเข้าฝึก การเจริญเจริญอานาปานสติ (สมาธิภาวนา และวิปัสสนากรรมฐาน ในแนวสติปัฏฐาน ๔) ติดต่อกัน ๗ วัน

การเตรียมผู้รับการบำบัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด

๑. ประสานงานกับจิตแพทย์ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ตามโปรแกรม

๒. การแนะนำตัว ผู้บำบัดแนะนำตัวกับกลุ่มผู้รับการบำบัด ชี้แจงถึงความเป็นมาของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงขั้นตอนการบำบัด และระยะเวลาการบำบัด

๓. การคัดเลือกผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง โดย จะมีอาการของภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และปัญหาโรคจิต มีอายุระหว่าง ๑๕ ถึง ๘๐ ปี มีความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด ตลอดเวลา ๔๕ วันได้ ไม่มีอาการของโรคทางจิตเภทที่รุนแรง

จากการซักประวัติ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประวัติครอบครัว ประวัติพัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประเมินสภาวะจิตสังคัม และการประเมินสุขภาพจิต ด้วยเครื่องมือวัดทางสุขภาพจิต ก่อน และหลัง การเข้าโปรแกรม การวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ ใน OPD card และสอบถามความสมัครใจ ความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัด

ตกลงบริการ และการนัดหมาย เพื่อเข้าโปรแกรมบำบัด ตามตาราง

ระยะแรก จะประกอบด้วยการรักษา ด้วยยา และการรักษาด้านจิตใจ ที่โรงพยาบาล คือ การได้รับยา การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัดรายบุคคล และการได้รับการปรึกษา เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้ไว้วางใจ และต้องการแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิต และความขัดแย้งทางจิตสังคัม ของตนเอง

^{๑๐๐} อุมพร ตรังตสมบัติ จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว หนังสือดีเด่น . ๒๕๔๐

๑.) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้น

๒.) วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์

๓.) แก้ปัญหาความขัดแย้งเรื้อรังที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงและวุ่นวายเดือดร้อนเกินไป แต่ให้มีความสงบพอที่จะร่วมมือ กับแก้ไขปัญหา หรือฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการบำบัดรักษาในระยะต่อมา การนัดพบครอบครัวในระยะนี้จะเป็นสัปดาห์ละ ๑ ถึง ๒ ครั้ง ดังมีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

๓.๑ สร้างความสัมพันธ์ในการรักษา (Therapeutic relationship)

๓.๒ สำรวจปัญหา

๓.๓ ประเมินข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วย

๓.๔ ประเมินปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม

๑.๑.๔ วินิจฉัยกรงโรคทางจิตเวช

๑.๑.๕ ประเมินอันตรายต่อชีวิต

การจัดการความคิด : ตั้งคำถามและพูดคุยเพื่อตรวจสอบและท้าทายความคิดความเชื่อของผู้รับบริการ และส่งเสริม ให้คิดตามแบบพุทธศาสนา การรู้จักคิด หรือคิดเป็น รู้จักมอง รู้จักพิจารณา (ด้วยโยนิโสมนสิการ) และความรู้สึก แนวคิดอธิบายว่า ความคิดของตนมีผลต่ออารมณ์ คำพูด การแสดงออก เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกโยนิโสมนสิการ รู้จักคิด รู้จักมองเห็นและหาแง่ที่เป็นประโยชน์ มาใช้ในการพัฒนาส่งเสริมความเจริญงอกงามของชีวิตได้ตลอดเวลาทุกสถานการณ์

๑. แยกแยะปัญหาของผู้ป่วยที่มีอยู่ และการจัดการแก้ไขปัญหา

๒. พิจารณาทางเลือก (ด้วยกระบวนการบำบัด)

ช่วงนี้ เป็นระยะในการแก้ไขปัญหผู้ป่วย ด้วยจิตบำบัด และให้การปรึกษาผู้ป่วยแบบรายบุคคล ผู้บำบัดอธิบายความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุการเกิดขึ้น ปัญหาวิกฤติทางจิตสังคม

จนกระทั่งปัญหา และอาการทางสุขภาพจิต ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก หรือปัญหาจิตสังคมที่วิกฤติในช่วงวัยที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้น และมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง แต่ยังพบผู้ป่วย หากมีปัญหา เพื่อรับการปรึกษา และชี้แนะการฝึกปฏิบัติการฝึกการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย (Breathing Exercise) ร่วมไปด้วย เพื่อให้ผู้อื่นได้เกิดการสัมผัสการผ่อนคลายของจิตในระดับลึก จนผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในร่างกาย และจิตใจของตนเองอย่างชัดเจน โดยผู้วิจัย อธิบายว่า นี่คือเทคนิคหนึ่งของการรักษา

ระยะที่ ๒. ระยะกลาง เป็นขั้นตอนการรักษาที่ ๓ และ ๔ เป็นการทำจิตสังคมบำบัด ที่บ้าน และชุมชน และการพัฒนาส่งเสริมด้านจิตใจ เพื่อป้องกันการป่วยกลับซ้ำ

ระยะนี้ ผู้บำบัดจะทำจิตบำบัดครอบครัว ซึ่งเป็นการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันในฐานสมาชิกของครอบครัวเข้ามาในกระบวนการรักษา^{๑๐๑} มุ่งเน้นที่การปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากกว่าเดิม เป้าหมายการบำบัดจึงอยู่ที่ครอบครัว และจะให้การแทรกแซง ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และเมื่อครอบครัวดีขึ้น อาการป่วยทางจิตใจ ก็จะได้รับ การรักษา เยียวยา แก้ไข ให้ดีขึ้นได้^{๑๐๒}

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัว เห็นพัฒนาการของสุขภาพจิตที่ได้รับความสงบ มีความสุขขึ้นจากการเข้าใจ และการปรับเปลี่ยน บทบาท การทำหน้าที่ ในครอบครัว และการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีต ว่ามีความเป็นทุกข์ เศร้าใจ เสียใจ และการหาเหตุผลวิตกกังวล ในอนาคต ว่ามันทุกข์ใจ รบกวนจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ตอนนี้ผู้ป่วยทุกคน จะมีศรัทธาในการฝึกจิต ให้สามารถตัด ปัญหาความทุกข์ใจ กังวลใจ ด้วย การเจริญสติอานาปานสติสมาธิภาวนา อยู่กับปัจจุบัน

ผู้วิจัย จะเริ่มต้นผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการฝึกจิต ติดต่อกัน ๗ วัน โดยชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วม เพราะจะเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด ที่จะสามารถทำให้ ผู้ฝึกสติทุกคน มีสติ ปัญญา และสามารถอยู่กับปัจจุบัน ได้ และเมื่อฝึกครบ ๗ วัน ทุกคน ก็จะสามารถมีศักยภาพในการตัด อดีต อนาคต คือ เข้าใจในการทำงาน รูป นาม การรักษาแบบทางเลือกใหม่

โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักแนวความคิดการบำบัดแบบ พุทธจิตสังคมบำบัด หรือ BPST (BPST เป็นกระบวนการบำบัดโดยความร่วมมือของผู้บำบัดและผู้ป่วย เป็นการฝึกปฏิบัติทางจิต การเจริญสมาธิวิปัสสนากรรมฐาน ในแนว สติปัฏฐาน ๔ ด้วยการเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา เพื่อพัฒนา สติ และปัญญา ในการระลึกรู้ต่อความเป็นจริงของชีวิต มีจิตใจที่สงบ ตั้งมั่นด้วยสมาธิ และ มีสติพิจารณา ใน กาย เวทนา จิต และธรรม เห็นความไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ไม่สามารถบังคับบัญชาได้ จนจิตคลายความยึดมั่นในอุปาทานชั้น ๕ และเกิดความรักตัวเอง มีเมตตา เข้าใจในตัวเอง และผู้อื่น จนสามารถพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น อยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้ ด้วยหลักของทาน ศีล สมาธิ ปัญญา จนสามารถมีความสุข และบรรลุถึงความเป็นสุขสภาพจิตดีอย่างยั่งยืนต่อไป

และท้ายที่สุดผู้บำบัด พัฒนาผู้ป่วยให้เป็นผู้บำบัดตัวเอง คือ สามารถ พิจารณารูปนาม ชั้น ๕ ของตัวเอง ในการเจริญสติปัฏฐาน รู้ ในกาย เวทนา จิต และ ธรรม) เห็นความเกิดดับ ความเป็นทุกข์ ไม่เที่ยง และอนัตตา คือความไม่มีตัวไม่มีตน ดำเนินการแก้ปัญหา ช่วยให้เกิดความหวังและกำลังใจจากความสำเร็จ จากประโยชน์ ของ การเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา (รายละเอียดดูในส่วนภาคตารางการปฏิบัติ)

ระยะที่ ๔ ระยะที่สุดท้าย ในระยะนี้ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้น และแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งระหว่างกันได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มต้นผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการยุติการทำจิตบำบัด ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง พร้อมกับทีมรักษา และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพิจารณาการให้การดูแลต่อเนื่อง และพิจารณา ยุติการรักษา จากผลการรักษาที่ผู้วิจัยได้ให้ไปแล้ว

^{๑๐๑} มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์ อ่างแล้ว หน้า ๔๒๙

^{๑๐๒} อุมพร, อ่างแล้ว หน้า ๙๒

จากนั้น ทีมแพทย์ พยาบาล ด้านสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง จะเป็นผู้ทำการติดตาม การประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ โดยการประเมินผลการทดลอง พุทธจิตสังคัมบَابัด ว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) บุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์ ผลการประเมินผลทางสุขภาพจิต เป็นปกติ และ มีความสุข ประเมินผลเชิงคุณภาพ ความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษา บَابัด จากนั้น ยุติการบำบัด

๔.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการทดลองในคน ที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงต้องนำทฤษฎีการรักษามาบูรณาการกับหลักฐาน โดยในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ขออนุญาต และได้รับอนุญาตให้ นำหลักการ ทฤษฎีการบำบัดครอบครัว จากตำราหนังสือจิตบำบัด และการให้การปรึกษาครอบครัว ของศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุทุมพร ตรังคมบัติ มาใช้เป็นหลัก และแนวทางในการทำจิตสังคัมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัว ดังนี้คือ

จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Therapy and Family Counselling)

จากหนังสือตำราจิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้เขียนได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิต สุขภาพสมบูรณ์ของมนุษย์ได้อย่างน่าสนใจดังนี้

“ครอบครัวเป็นเวทีที่สอนถึงความรัก คุณค่าแห่งตน ความนับถือและความเชื่อมั่น ความรัก ความศรัทธา จิตวิญญาณในตัวเอง ความหวังและพลังที่จะก้าวไปข้างหน้า ในทางกลับกัน ครอบครัวอาจจะเป็นเวทีที่สอนถึง ความโกรธ ความเกลียดชัง ความด้อยค่าของตน ความล้มเหลวในตนเอง และความสิ้นหวังในชีวิต....”^{๑๐๓}

“คนเรา เกิดในครอบครัว ใช้ชีวิตแต่ละวันอยู่ในครอบครัว จนกระทั่งตายจากกันแต่เราก็ไม่เคยรู้จักครอบครัวของตัวเองดีพอ....เหล่านี้ ทำให้คนหลายคน....สับสน เศร้า เสียใจ และไม่เห็นความหมายของการดำเนินชีวิตต่ออย่างมีความสุข”....ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งทางจิตใจสังคม (Psychosocial Crisis) และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ กระบวนการทำจิตบำบัด เพื่อรักษาและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งทางจิตใจสังคม สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัว ทั้งครอบครัว เพื่อแก้ไขปัญหารอบข้าง (Context) ซึ่งหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย และครอบครัว โดยรวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัว เข้ามาร่วมด้วย ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และอาจรวมถึงเพื่อนสนิทมิตรสหายด้วย เหตุผลในการทำจิตบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต เนื่องด้วยครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมแรกของผู้ป่วย ประสบการณ์การเลี้ยงดู ในชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์ในครอบครัว มีอิทธิพลต่ออารมณ์ความรู้สึกนึกคิด การมองโลก การมองตนเอง และครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดปัญหาทางจิต

^{๑๐๓} อุทุมพร ตรังคมบัติ, จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว, หนังสือดีเด่น รางวัล TTF สาขาวิทยาศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๐, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๔).

และจิตสังคมเป็นอย่างมาก เช่น (Oedipal complex) ซึ่งฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่า เป็นต้นตอของ โรคประสาท (neurosis) (Freud 1920) แม้ในระยะต่อมา นักจิตวิเคราะห์หลายคน รวมถึง อิริค อีริกสัน (Erick Erikson (1963)^{๑๐๔} และ Bowlby (1969)^{๑๐๕} ก็ได้อธิบายเน้นถึงอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล ดังนั้นจะเห็นว่า บริบทที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้าร่วมการบำบัดด้วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จะให้บริการทำจิตบำบัดที่บ้าน (Home-based family therapy) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นครอบครัวที่ด้อยโอกาส สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยในการเดินทางมา โรงพยาบาล และที่สำคัญ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำสิ่งที่สอนในชั่วโมงบำบัดไปปฏิบัติได้อย่างจริงจังในชีวิตจริงอีกด้วย (Serrano 1993)^{๑๐๖}

ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ โดยใช้จิตบำบัดครอบครัว ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงครอบครัวทั้งระบบ โดยเน้นที่การแก้ไขวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ โดยใช้จิตบำบัดครอบครัว ในกลุ่มของ Pragmatic family therapy ซึ่งเป็นจิตบำบัดครอบครัวที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ โดยใช้รูปแบบ Structural family therapy จะมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาการสื่อสารและฝึกให้สมาชิกมีวิธีสื่อสารที่เหมาะสม ในครอบครัวเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือแก้ไขปัญหสุขภาพจิตทางสังคมที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และลดปัญหาความเครียดของผู้ดูแล (Care giver) ให้สามารถกลับมามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตของตัวเอง จนมีศักยภาพในการปรับตัว สามารถฟื้นฟูสุขภาพจิตใจให้กลับมามีสุขภาวะที่ดีขึ้น และมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัวและบุคคลอื่นต่อไป

Structural family therapy

ผู้นำของจิตบำบัดแบบนี้คือ Salvador Minuchin^{๑๐๗} แนวคิดของการบำบัดมีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ โดยจะเน้นที่ structure หรือโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งหมายถึงระบบความสัมพันธ์ เช่น ลำดับ อำนาจ ขอบเขต ฯลฯ เป้าหมายสำคัญของการบำบัด คือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างให้เหมาะสมขึ้น โดยเชื่อว่าปัญหาหรืออาการป่วยนั้น เกิดขึ้นเพราะครอบครัวมีโครงสร้าง ที่ไม่เหมาะสม การบำบัดจะเน้นการสร้างขอบเขตที่ชัดเจนระหว่างระบบย่อย การจัดลำดับอำนาจที่ดี และการช่วยให้สมาชิกมีความผูกพันในระดับที่เหมาะสม (Minuchin 1974,1981,1984; Colapinto 1988) ^{๑๐๘} โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น Joining enactment และ การ Challenge รวมทั้งการสร้าง boundary เป็นต้น

^{๑๐๔} Erikson E, **Childhood and Society**, 2nd ed. New York : Norton,1969.

^{๑๐๕} Bowlby J, **Attachment and Loss**, Vol.III Newyork : Basic Books,1963.

^{๑๐๖} Serrano A. Family treatment modalities : Current developments. Presentation at the 1993 Meeting of the Institute on Hospital and Community Psychiatry. Baltimore.1993

^{๑๐๗} Minuchin S, **Families and Family Therapy**, Cambridge: Harvard University Press.1974.

^{๑๐๘} Minuchin S, **Family kaleidoscope**, Cambridge: Harvard University Press.1984.

เป้าหมายของการบำบัดครอบครัว

การทำจิตบำบัดครอบครัว ก็คือการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพ กว่าบริบทเดิม บริบทใหม่นี้ จะทำหน้าที่เยียวยารักษาผู้ป่วยจาอาการและปัญหาต่างๆ ผู้บำบัดเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้ หรือเป็น healing environment ให้แก่ผู้ป่วยนั่นเอง

วัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดและการปรึกษาครอบครัวก็คือ

๑. เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม
๒. ให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปในทางเดียวกันอย่างเหมาะสม กลมกลืนกัน
๓. ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด^{๑๐๙}

การสร้างพลังให้แก่ครอบครัวจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและทักษะอะไรบ้าง โดยทั่วไปเป้าหมายที่สำคัญในการบำบัด มี ๔ ประการ ตามการศึกษาของ Glick^{๑๑๐} ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๒.๓ . เป้าหมายของจิตบำบัดและวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย

เป้าหมาย	วิธีการ
๑. เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม	● ทำขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจนและเหมาะสม ● สร้างความผูกพันที่พอเหมาะ ให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ
๒. ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาและความเครียดได้ดี	● ช่วยให้เห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) ● สร้างความหวังและลดความรู้สึกผิด ● ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวงจรชีวิต เพื่อให้ปรับตัวได้อย่างถูกต้อง และตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเหมาะสม ● ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ยืดหยุ่นมากขึ้น
๓. สร้างทักษะที่สำคัญ	● ฝึกทักษะต่างๆ เช่นการแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสาร การอบรมลูก ฯลฯ
๔. ช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเอง	● เข้าใจความเป็นมาของปัญหา/อาการป่วย ● รู้ว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อปัญหา/อาการป่วย ● รู้ว่าปฏิสัมพันธ์ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่

^{๑๐๙} อุทุมพร ตรังคสมบัติ, จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว, พิมพ์ครั้งที่ ๒๕๔๔ หน้า ๑๑๐-

๑๑๓

^{๑๑๐} Glick PC & Lin S, Recent changes in divorce and remarriage, Journal of Marriage and the family 48 ; 737-747.

และต้องแก้ไขอย่างไร

หลักการทำจิตบำบัดที่สำคัญ

แม้ว่าการทำจิตบำบัดจะมีเทคนิคหลายอย่าง แต่หลักสำคัญมี ๖ ประการคือ

๑. ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการบำบัด

ในการบำบัดบุคคลนั้น ผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจ และต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้ป่วยจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัด แต่จิตบำบัดครอบครัวนั้นแตกต่างไป ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัว แต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วย และการที่ครอบครัว มาพบผู้บำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจ และร่วมมือในการบำบัดจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกที่ผู้บำบัดต้องทำคือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการบำบัดรักษากลางคัน หรือต่อต้านการบำบัดรักษาได้

๒. วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง

ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท่ว่าคืออะไร เกิดเนื่องมาจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหา หรือทำให้ปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหาที่เคยกระทำมานั้นได้ผลหรือไม่ ถ้ามีปัญหาหลายอย่าง อะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้บำบัดต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอ เพื่อจะสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

๓. เฟ้นเลือก ปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมงบำบัด

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงบำบัดจะพบว่าปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเป็นรูปแบบครอบครัวนั้น ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้บำบัดจะต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้แก่ครอบครัว

การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้น จะต้องเฟ้นเลือกที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการบำบัดมากกว่าเฟ้นเลือกที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วย และแม่เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วย –พ่อ พ่อ-แม่ ด้วย

๔. ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่

การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้ เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ครอบครัว มองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่เฟ้นเลือกไปที่ผู้ป่วยคนเดียว นอกจากนี้ จะต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่ โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

๕. ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด

การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใด หรือให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างนั้น จะทำให้การบำบัดมีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลานาน และการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุด และมีประสิทธิภาพ

๖. สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว

ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (closed system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาดเครือข่ายประคับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่นๆ การบำบัดจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้บำบัดดึงเอาเครือข่ายต่างๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)

สัมพันธภาพหมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไป ติดต่อกันสื่อสาร ทำความรู้จักคุ้นเคยและสนิทสนมกัน ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะได้รับผลกระทบซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพ เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกประเภท โดยทั่วไป สัมพันธภาพแบ่งได้เป็น ๒ ลักษณะคือ สัมพันธภาพเชิงสังคม และสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ^{๑๑๑}

จิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)

ชิกมันด์ พรอยด์ ผู้เป็นปรมาจารย์ด้านทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ได้กล่าวถึง จิตวิทยาของมนุษย์ (human psychology) ที่ท่านศึกษาค้นพบว่า มนุษย์บางคนจะมีพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในการทำให้ตนเองเดือดร้อน (self-defeating behavior) ในแง่ของความสัมพันธ์กับคนอื่นอยู่เป็นประจำ เรามักจะพบว่า สิ่งเหล่านี้สร้างปัญหาต่อการดำรงชีวิต และขัดขวางความสามารถในการมีสัมพันธภาพที่มีความสุขและมั่นคงกับผู้อื่น^{๑๑๒}

ทฤษฎีทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ในปัจจุบันกำเนิดมาจากแนวคิดของ แฮร์รี (Harry stack Sullivan^{๑๑๓} ในปี ค.ศ. ๑๙๕๓ เขาได้ศึกษาพฤติกรรมที่มาจากการมีสัมพันธภาพต่อกัน (interaction) Sullivan ได้ตั้งแนวคิดโดยให้ผู้รักษาเป็นทั้ง “ผู้เข้าร่วมและผู้สังเกตในเวลาเดียวกัน (participant-observer) ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วม (participant) ทั้งผู้ป่วยและผู้รักษาจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกันและกัน ในฐานะผู้สังเกตการณ์ (observer) ผู้รักษาจะดูว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์อย่างไรในขณะนั้น ไม่เพียงแค่ฟังจากสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเท่านั้น การศึกษาวิธีนี้ จะทำให้ผู้บำบัด ได้ข้อมูลด้านอื่นๆ ประกอบด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จากสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้วย และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเชิงรักษาที่ดีด้วย การรักษาเช่นนี้จึงจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในฐานะผู้วิจัย เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ทำหน้าที่บำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย เห็นว่า กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ถือเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ของกระบวนการบำบัด ช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ทำให้กระบวนการบำบัดได้ประสบความสำเร็จ และรื่นไหล แม้จะมีปัญหาอุปสรรคใดๆ เกิดขึ้น ผู้บำบัดที่จะนำการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ก็สามารถศึกษาและนำไปปฏิบัติ ก็จะทำให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

^{๑๑๑} อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙.

^{๑๑๒} ทินกร วงศ์ปการันย์, จิตบำบัด : ทฤษฎีและเทคนิค.

^{๑๑๓} Sullivan HS, The interpersonal Theory of Psychiatry, New York : Norton : 1953.

เป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการวางแนวทางกว้าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้บำบัด ได้มองเห็นภาพในการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่าควรจะเป็นไปในรูปแบบใดบ้าง

เป้าหมายเหล่านี้ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วย แก้ปัญหาปัจจุบันก่อน ช่วยให้ผู้ป่วยมองลึกเข้าไปในปัญหาของตน คือ การยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นที่แท้จริงมิใช่ การมองเห็นปัญหา อย่างที่เคยมองเห็นผิวเผิน ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตัวเองก็มีส่วนร่วมในการเกิดเหตุการณ์ และปัญหาต่าง ๆ ของเขา โดยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง กล่าวที่เผชิญกับปัญหา และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ ช่วยผู้ป่วยในการมอง หาทางออกจากทางเลือกต่าง ๆ ที่มีมากมาย จนทำให้ผู้ป่วยอาจสับสน เป็นข้อๆ โดยเลือกข้อที่สำคัญที่สุด ที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะแก้ไข ฝึกให้ผู้ป่วยทดลองใช้ชีวิตใน พฤติกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขแบบใหม่ แบบมี สติ สมาธิ ปัญญา พิจารณาปัญหาต่างๆ ด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิต เช่น ช่วยผู้ป่วยได้ฝึกฝนในการ กล่าวติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ดึงผู้ป่วยให้หัดเข้าสังคมให้ผู้ป่วยรู้จักค้นหาความหมาย ของการเจ็บป่วย

ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้บำบัดจะต้องรู้จัก บทบาทของตนเอง ในการสร้างสัมพันธภาพตามลักษณะและหน้าที่บทบาท รู้จัก การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้แก่ การสร้างความไว้วางใจ^{๑๑๔} (หัวใจของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ที่การสร้าง ความไว้วางใจ) ความเชื่อใจ การเตรียมพร้อม การจำกัดขอบเขต นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้บำบัด ต้องมีจรรยาบรรณ ในการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด และลดความเสี่ยง

ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้บำบัดหลัก ได้ใช้หลักการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือ เพื่อการบำบัดทางจิต^{๑๑๕} จะต้องคิดใคร่ครวญโดยประยุกต์หลักการจาก ประสบการณ์และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากความรู้ตามหลักความจริงทางวิทยาศาสตร์ และทฤษฎีทาง จรรยาบรรณ ใน ๔ หลักเกณฑ์ ได้แก่ (๑) ถือประโยชน์เป็นสำคัญ (๒) ถือตัวเอง เป็นสำคัญ (๓) ถือระเบียบเป็นสำคัญ (๔) และถือความยุติธรรมเป็นสำคัญ พยาบาลจะใช้เกณฑ์ใดพิจารณา ต้องพิจารณาถึงบริบทของแต่ละสถานการณ์ โดยเฉพาะศีลธรรมทางสังคมและกฎหมาย และในการบำบัดครั้งนี้ เป็นการใช้สัมพันธภาพทางวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการช่วยเหลือหรือบำบัด รักษา มีจรรยาบรรณ ของวิชาชีพ ต้องอาศัยความรู้และทักษะทางวิชาชีพ สัมพันธภาพมีลักษณะเป็นกระบวนการ คือ มีการวางแผน มีจุดเริ่มต้น และยุติสัมพันธภาพเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ และสุดท้ายมีการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพ

^{๑๑๔} อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, (กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๙), หน้า ๑๑๐-๑๒๐.

^{๑๑๕} อัจราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย, การพยาบาลจิตเวชศาสตร์, (กรุงเทพฯ :ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗), หน้า ๘๖.

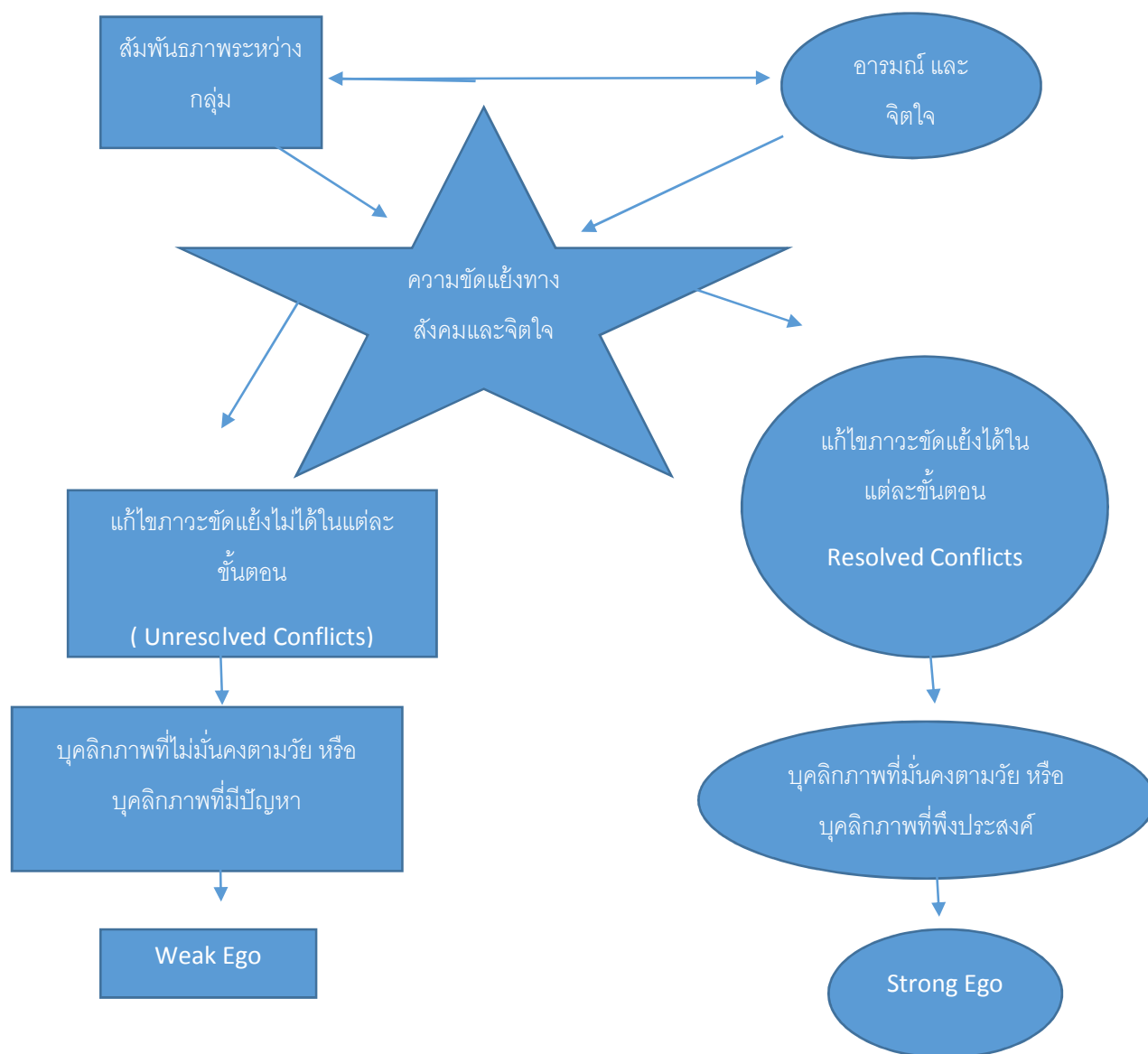
แนวคิดทฤษฎีจิตสังคมของอีริก อีริกสัน

ทฤษฎีจิตสังคมของอีริก อีริกสัน (Psychosocial Theory) ตามพัฒนาการทางจิตสังคม 8 ขั้น ตามทฤษฎีของแอริกสัน^{๑๑๖} (The Eight Stages of Psychosocial Development in Erikson) ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์คนหนึ่งนั้น จะต้องประกอบไปด้วย สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ (Physical) ทางสังคม (Social) ทางวัฒนธรรม (Cultural) และทางความคิด (Ideational) เข้ามามีอิทธิพลกับพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนจรดวัยชรา ซึ่งส่งผลต่อความคิดริเริ่มความสามารถในการปรับตัว บุคลิกภาพและพฤติกรรมต่างๆ แอริก ฮอมเบอร์เกอร์ แอริกสัน (Erik Homburger Erikson) เป็นนักจิตวิทยาคลินิก เกิดที่ประเทศเยอรมันพบว่าพัฒนาการทางจิตวิทยาของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเหมือนกับโครงสร้างทางกายภาพร่างกาย มุมมองของแอริกสันจึงเน้นพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน นั่นคือ การเจริญเติบโตทางร่างกาย และสิ่งแวดล้อมจะมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางจิตใจ และบุคลิกภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ทฤษฎีของแอริกสันนี้มีพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ จุดเด่นของแอริกสันคือมุมมองพัฒนาการมนุษย์ตลอดช่วงอายุขัย ซึ่งแอริกสันมองพัฒนาการของบุคคลคนหนึ่ง ในลักษณะองค์รวม (holiness/Holistic) ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งสิ้นอายุขัย ซึ่งโมเดลนี้แบ่งพัฒนาการของบุคคลไว้ ๘ ขั้น เรียกว่าพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Development Model) หากว่าบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้ผ่านพัฒนาการ ๘ ขั้นนี้ได้ ก็อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดความขัดแย้งทางจิตสังคมสูงมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

ปัญหาความขัดแย้งจิตสังคม Psychosocial Crisis

ตารางสรุปทฤษฎี ปัญหาความขัดแย้งจิตสังคม ๘ ขั้นตอน

^{๑๑๖} Erikson, E. (1968), *Identity, youth and crisis*, New York : Norton.



ภาพนี้ปรับโดย รศ.สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (๒๕๕๔)

จากตารางภาพอธิบายได้ว่า ภาวะจิตสังคมของการเจ็บป่วย(Psychosocial aspect of illness): โรคเรื้อรัง และเรื้อรัง Chronic Disease: ความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

ผู้เจ็บป่วยทุกรายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ย่อมมีความกังวลใจ เป็นธรรมดา ความกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด แต่การแสดงออกอาจไม่เท่ากัน ระยะเวลาที่มีอาการสั้นหรือยาวย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคน มนุษย์มี การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครหนีพ้นไปได้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งแต่ละคนก็มีวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งทางจิตใจ และความร้ายแรงของโรค ลักษณะและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวสังคม ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้รักษาพยาบาลควรให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิต โรคที่ร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก โรคที่ไม่ร้ายแรงก็มีผลต่อจิตใจ

ของผู้ป่วยชั่วระยะหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคได้ไม่ยากและกลับคืนสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป

ปฏิกิริยาต่อโรคของผู้ป่วยนั้นก็คือปฏิกิริยาต่อภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือแม้แต่เพียงสงสัยจะมีอาการตกใจมาก มีความกังวลมากในขณะที่รอผลการวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับว่าตนเป็นโรคนั้นเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย บ้างก็โทษว่าแพทย์อาจตรวจผิดและพยายามไปรับการตรวจตามที่ต่าง ๆ อาการซึมเศร้าและกังวลมากพบได้ในผู้ป่วยทุกราย แต่การแสดงออกอาจแตกต่างกันไป ความหวาดกลัวและความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ตลอดจนความหมดหวัง ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางแยกตัวและซึมเศร้า

นอกจากนั้นในผู้ป่วยยังมีความกังวลต่อผลการรักษา อาการเนื่องจากการรักษาและการกำเริบของโรคอีกด้วย ปฏิกิริยาเหล่านี้พบได้เช่นเดียวกันในผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หาย ปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย

ลำดับขั้นตอนของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง^{๑๑๗} ได้แก่

๑. ตกใจและปฏิเสธความจริง (shock and denial) ผู้ป่วยตกใจต่อการที่ทราบหรือสงสัยว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาจต้องเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ อาจมีอาการ “ช็อค” กังวลมาก สับสน ซึมเศร้า หรือถ้าตกใจมากอาจเอะอะโวยวาย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธความจริง ปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นโรคนั้นๆ อาจโทษว่าแพทย์ตรวจผิด ผู้ป่วยจะพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อลบล้างผลการตรวจของแพทย์ อาจไปหาแพทย์หลายคนเพื่อให้ยืนยันว่าตนไม่ป่วย

๒. กังวล สับสน และโกรธ (anxiety, anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ต่อไป ผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลมาก ความคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ตนต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง อาจโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้อื่น บางรายอาจแสดงวาทะหรือกิริยาที่ก้าวร้าว มีการต่อต้านการตรวจและคำแนะนำของแพทย์ โกรธญาติและคนอื่น ๆ

๓. ตอรอง (bargaining) ต่อมาผู้ป่วยจะเริ่มสงบลง ตอรองว่าตนอาจจะไม่เป็นโรคร้ายแรง อาจจะกลับไปสู่ระยะปฏิเสธความจริงได้อีก บางรายก็มีความหวังว่าจะมีการตรวจละเอียดที่พบว่าตนไม่เป็นโรคร้ายหรือเป็นชนิดที่ไม่มีอันตรายและรักษาได้ ทั้งนี้ก็เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเอง และยืดเวลาก่อนที่จะยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง

๔. เศร้า และหมดหวัง (depress) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจเมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเป็นโรคร้าย หลังจากที่มีการปฏิเสธและการตอรองไม่เป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยจึงต้องยอมจำนนด้วยเหตุผล แต่จิตใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับได้ มีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการสูญเสีย มีความรู้สึกผิด รู้สึกอ้างว้าง พุดและทำสิ่งต่างๆ น้อยลง แยกตัว ซบอยู่คนเดียว เหม่อลอย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตาย หรือถ้าอาการรุนแรงอาจมีประสาทหลอน หูแว่ว ระแวงได้

๕. ยอมรับความจริง (acceptance) ระยะต่อมาผู้ป่วยยอมรับความจริงที่ตนหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาการเศร้าลดลง มีการซักถามถึงรายละเอียดของโรคที่เป็นและวิธีการรักษา แต่ในบางรายอาจเฉยๆ และแสดงความไม่สนใจ ปล่อยให้เป็นการที่และความรับผิดชอบของแพทย์และญาติในเรื่องการ

^{๑๑๗} บทความโดย : ศรัทธา ธรรมะภูมิ พ.บ. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาริบัติ

รักษา ต่อจากนี้ผู้ป่วยก็เริ่มปรับตัวต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้ป่วยเริ่มรับฟังคำแนะนำของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาและร่วมรับผิดชอบตนเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนินชีวิต การปรับตัวต่อครอบครัวและผู้ร่วมงาน ตลอดจนการติดต่อกับแพทย์และพยาบาล ผู้ให้การรักษาเตรียมตัวเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ และเผชิญกับตายในที่สุด หากโรคนั้นรักษาไม่หาย

๖. การแสดงออกของผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องเรียงลำดับขั้นตอนดังกล่าวนี้อาจเป็นไปได้ อาจจะข้ามขั้นตอนหรือมีการแสดงออกเพียงบางขั้นตอนเท่านั้นก็ได้ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นหรือลงในแต่ละขั้นตอนระหว่างการทำสัมภาษณ์ได้ แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นยอมรับความจริงแล้วก็ตามเมื่อเกิดความเครียด มีสถานการณ์ใหม่ที่เข้ามา ก็อาจถดถอยไปสู่ขั้นตอนก่อนหน้านี้ได้

๗. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

การปรับตัวของผู้ป่วยในด้านจิตใจและพฤติกรรมนั้นมีปัจจัยที่มีความสำคัญอยู่ ๓ อย่าง คือ

๗.๑ ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่

อาการ ตำแหน่งของโรคและระยะของโรค

การรักษา และผลการรักษา

การสูญเสียอวัยวะ สมรรถภาพ

ความช่วยเหลือและท่าทีของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

๒ . ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่

๒.๑ บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา

๒.๒ วัยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว

๒.๓ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

๓. ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้อื่น ค่านิยม ประเพณี

การวินิจฉัยภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยด้วยโรคชนิดใดก็ตามควรให้ความสนใจสภาพจิตใจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่ออาการของโรค ความร่วมมือในการรักษา และผลการรักษา การวินิจฉัยกระทำได้โดยการให้ความสนใจ สังเกตและถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนการกระทำของเขา ให้เวลาในการสนทนาถึงการงาน ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่มีความกดดันทางอารมณ์สูง ได้แก่ ขณะผู้ป่วยรอทราบผลการตรวจขณะตัดสินใจรับการรักษาชนิดใดชนิดหนึ่ง ภายหลังการรักษาซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวโรคกำเริบ หรือวิตกกังวลต่อความพิการทางกายและสูญเสียความมั่นคงทางใจ^{๑๑๘}

^{๑๑๘} Mcos, Rudolf, Coping with Physical Illness, Plenum Medical Book Co., N.Y. and London, 1977 : 3 – 21.

อาการซึมเศร้าอาจสังเกตได้จากอารมณ์ที่แสดงออกของผู้ป่วย และตรวจพบอาการทางจิตใจอย่างอื่น ได้แก่ ความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้องไห้บ่อย สมาธิไม่ดี รู้สึกว่าตนผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกหมดหวัง และไม่มีใครช่วยเหลือตนได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง หงุดหงิดมาก ถ้าเป็นมากอาจแยกตัว ไม่พบผู้คน^{๑๑๙}

การให้ความช่วยเหลือและการรักษาปฏิกิริยาทางจิตใจ

ผู้ป่วยโดยทั่วไปจะสามารถปรับตัวได้ต่อโรคแม้แต่ในโรคที่ร้ายแรง แม้ว่าโรคนั้นจะหายหรือไม่หาย แต่เขาจะผ่านพ้นภาวะกดดันทางจิตใจอันทุกข์ทรมานนี้ไปได้ด้วยความยากลำบากแตกต่างกันไปในแต่ละคน

แพทย์ผู้รักษาและพยาบาล^{๑๒๐} ผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทที่สำคัญที่จะช่วยผ่อนคลายนกลีฏิกิริยาทางจิตใจเหล่านี้ และช่วยให้อาการต่างๆ ลดลงได้อย่างรวดเร็ว

ที่สำคัญก็คือถ้าผู้รักษาเข้าใจและช่วยเหลือได้ถูกทางก็จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และผู้รักษาก็จะไม่มีส่วนกระทำในสิ่งที่เพิ่มพูนความทุกข์ทางใจให้ผู้ป่วยอีกด้วยปัญหาของแพทย์ที่อาจมีในการช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงหรือโรคที่คุกคามชีวิต

ไม่มีความมั่นใจเพียงพอในการช่วยเหลือด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย

ไม่ต้องการเผชิญกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจในโรคที่คุกคามชีวิต

ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองที่สงสารและเห็นใจผู้ป่วยมากเกินไป

ไม่แน่ใจในการวางตัวใกล้ชิดผู้ป่วยเพียงใด

ผู้รักษาควรจะทราบถึงความสามารถและวิธีการปรับตัวของผู้ป่วย^{๑๒๑} โดยทั่วไปผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องความเจ็บป่วย คือ การรักษาที่ทำให้โรคหาย และลดอาการเจ็บปวดและความพิการต่างๆ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการที่จะรักษาสถานะภาพของตนเองไว้ให้ได้ คือ การรักษาสภาพจิตใจที่มั่นคงและรักษาความเป็นตัวเองไว้ รักษาความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงานและบุคลากรใกล้ชิดอื่นๆ เมื่อมีความจำเป็นผู้ป่วยก็ต้องเตรียมตัวเตรียมใจในการเผชิญกับความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้น และการเผชิญกับความตายในที่สุด

นอกจากนั้นผู้รักษาจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในการปรับตัวให้ผู้ป่วยได้ดี หากผู้รักษาทราบความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคร้ายแรงที่เขาเป็นอยู่ และช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการของเขา

การช่วยเหลือที่แพทย์ผู้รักษาและบุคลากรทางการแพทย์ควรกระทำ ได้แก่

^{๑๑๙} Kaplan, HI, BJ Sadock, Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry IV, 4th edition, Williams & Wilkin Co., Baltimore, 1985 : 623 – 6.

^{๑๒๐} Behnke, H.D. Guidelines for Comprehensive Nursing Care in Cancer, Report of a Series of Continuing Education Seminars in the Care of the Patient with Cancer, Springer New York, 1973 : 354 – 9.

^{๑๒๑} Holland, JC, R Mastrovito, Psychologic Adaptation to Breast Cancer, Cancer, August Supplement 1980, 46 : 1045 – 52.

๑. บอกผู้ป่วยว่าเขาเป็นอะไร ทั้งนี้ควรพิจารณาในการบอกความจริงเพียงใดและแก่ใคร ควรคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบอก ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ประโยชน์หรือโทษที่จะเกิดขึ้นตามมารายละเอียดที่จะบอกควรมีเพียงไร ควรยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น

๒. บอกผู้ป่วยเรื่องวิธีการรักษาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เหตุผลในการที่แพทย์ตัดสินใจให้การรักษานั้น และให้เวลาในการตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรื่องการรักษาและการรับผิดชอบตนเองเท่าที่จะทำได้

๓. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิเสธความจริงของผู้ป่วย การมีอารมณ์ที่กังวล ซึมเศร้า และแม้ความก้าวร้าวที่ผู้ป่วยอาจแสดงต่อแพทย์ ยอมรับและตอบสนองต่อความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ และคาดหวังไว้ว่าผู้ป่วยจะมีการเช่นนั้นได้

๔. ให้การปลอบใจและประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย ความกังวลอดีตจิตใจของผู้ป่วยจะลดลงหากแพทย์ให้เวลารับฟังเขาด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสงสัย และแก้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคและการรักษา ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่ระบายถึงความไม่สบายใจเอง แพทย์จึงต้องถามถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย

๕. บอกผู้ป่วยว่าแพทย์จะเป็นผู้ช่วยเหลือเขาทั้งในเรื่องโรคและเรื่องอื่นๆ สนใจและหาข้อมูลด้านภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเสมอ

๖. ให้การรักษาตามอาการ ถ้าจำเป็นก็ให้ยาลดความกังวลและยาลดอาการเศร้า เช่น พวกไดอาซีแพม อมิทริปทีลีน หรืออิมิพรามิน ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาแก้อาการทางจิต เป็นต้น

๗. บอกผู้ป่วยถึงขั้นตอนต่างๆ ที่เขาอาจต้องเผชิญในการปรับตนเองด้านจิตใจ การทราบการณล่วงหน้าจะทำให้ความกังวลเกิดไม่มากนักเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ

๘. ในผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น ให้ยาแก้ปวด เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายโดยจิตใจที่สงบ และด้วยความรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้งนอกจากแพทย์ผู้รักษาแล้ว ผู้ที่จะช่วยผู้ป่วยได้ดีก็คือ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและรักษาผู้ป่วย โดยให้ความเป็นกันเอง มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดคอยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจการช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลดีคือการเข้ากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน ที่ได้ผ่านการตรวจและรักษาไปแล้ว ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์กับผู้ที่เคยอยู่ในสภาพเดียวกับตนมาก่อน การปลอบใจและการให้กำลังใจเป็นที่ยอมรับโดยผู้ป่วยได้ง่ายกว่า

ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตใจ และพฤติกรรมผิดปกติมาก อาจมีความจำเป็นต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไปด้วยจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัดหรือวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสม

สรุป ผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังมีปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมทุกรายไม่มากนักน้อย อาการแสดงที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถผ่านพ้นระยะต่างๆ ของการปรับตัวไปได้ด้วยตนเอง ระยะเวลาที่มีความไม่สบายใจนี้จะแตกต่างกันไป ตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและสมรรถภาพในการปรับตัวของผู้ป่วย ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วยและขึ้นอยู่กับโรค วิธีการรักษาและผลการรักษาอีกด้วยแพทย์ผู้รักษาและบุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญในอันที่จะช่วยให้

ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิตไปได้ในระยะสั้น หรือใน รายที่โรคไม่หาย แพทย์ก็สามารถช่วยประคับประคองผู้ป่วยในการใช้ชีวิตส่วนที่เหลืออยู่อย่างมีความ ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งสำคัญก็คือ แพทย์ควรมีความรู้ในเรื่องภาวะจิตสังคมของ ผู้ป่วย มีความสนใจและจริงจังในอันที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางกายและใจ และสามารถให้การรักษา ทางด้านจิตใจได้ ที่สำคัญได้แก่ การรับฟังการยอมรับ การให้ความกระจ่างในสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจ การปลอบใจ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นประคับประคองความภาคภูมิใจในตนเองของ ผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการจากกับสิ่งที่เป็นที่รัก หากเขาจะต้องจบชีวิตลงในที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

จอห์นสัน (Johnson, 1997 อ้างใน จิรัฐติกาล ศิลปสุวรรณ, ๒๕๕๑)^{๑๒๒} ได้เสนอลักษณะ ของผู้มีภาวะสุขภาพจิตดี ไว้ดังนี้

๑. เป็นผู้ยืดหยุ่น สามารถรับมือกับความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่าง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ไม่โทษผู้อื่นเมื่อประสบความล้มเหลว

๒. มีลักษณะเป็นตัวของตัวเอง มีความรู้สึกอิสระ พยายามค้นหาค่านิยมของตนเองในการ ดำเนินชีวิต และมีความสมดุลในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

๓. มีความเข้มแข็งอดทน สามารถรักษาสุขภาพไม่ให้เกิดป่วยง่ายภายใต้ความเครียดหรือ ความกดดันในระดับสูง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความไม่แน่นอนของชีวิต มีความมุ่งมั่นในการ ทำงาน และการดำเนินชีวิต ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และมองเห็นว่าตนเองถึงความสามารถ พรสวรรค์ และข้อจำกัดของตนเอง

๔. สามารถรักษาสมดุลแห่งชีวิตในด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม ในการ ดำเนินชีวิต มีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองให้ถึงขีดความสามารถสูงสุดตามความเป็นจริงของตนเอง

๕. สามารถจัดการและเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. สามารถแยกแยะระหว่างโลกแห่งความเป็นจริง กับโลกแห่งจินตนาการได้ และดำเนิน ชีวิตอยู่ในโลกที่เป็นจริงของตน

ทูโบวิทซ์ (Tubowitz อ้างในอภิชัย มงคล และคณะ, ๒๕๔๔) นักวิชาการทางการแพทย์ าบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ได้เสนอ ลักษณะของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ๕ ประการคือ

๖.๑ มีความสุขใจ (Happiness)

๖.๒ สามารถควบคุมพฤติกรรมและการแสดงออกตามความต้องการของ ตนเองได้เหมาะสม (Control over behavior)

๖.๓ มีประสิทธิภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Efficacy)

๖.๔ รับรู้และยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างเข้าใจ (Appraisal of Reality)

๖.๕ มีทัศนคติต่อตัวเองในแง่ดี และสร้างสรรค์ (Healthy self-concept) โกลเบิร์ก (Goldberg, 1972 อ้างใน ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, ๒๕๓๙) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพจิตว่า สภาพที่

^{๑๒๒} Johnson, B.S. (1997). Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth (4th .ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.

บุคคลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่างๆ ได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น และไม่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปลักษณะของผู้ที่มีลักษณะของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี คือ เป็นผู้ที่สามารถรักตัวเอง รู้จักตัวเอง เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมความต้องการของตนเองได้ มีอารมณ์ขัน และการแสดงออกที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อตัวเองและสังคม สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีอารมณ์หนักแน่นมั่นคง สามารถยอมรับความเป็นจริงของชีวิต มีความสามารถเผชิญกับความเครียดและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

ในความคิดของผู้วิจัย สรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น ต้องเป็นผู้มีจิตใจมั่นคง หนักแน่น มีเมตตาสูง จิตประกอบไปด้วยกุศลจิต ไม่คิดชั่ว พุทธชั่ว และทำชั่ว มีจิตที่มีสติสมบูรณ์ ระลึกรู้ อยู่ในรูปนาม (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) มีสมาธิครบถ้วนทั้ง ๓ ระดับ คือ ขณิกสมาธิ อุปจาระสมาธิ และอัปปนาสมาธิ ที่ระดับตัดนิวรณ์ ๕ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่คุกคามการดำเนินชีวิตที่เป็นสุขได้ มีปัญญาที่มองเห็น อริยสัจ ๔ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และเจริญชีวิตตามมรรคในองค์ ๘ คือ เป็นผู้ที่เจริญในศีล สมาธิ ปัญญา เจริญสติปัญญา ๔ (กาย เวทนา จิต และธรรม) อยู่ ทุกกลมหายใจ เข้า ออก เป็นปัจจุบัน ไม่ประมาท เมามัวในชีวิต สรรวมอินทรีย์ ให้อยู่ในสภาพปกติ เช่นนี้ จะเป็นผู้ที่มีความสุขอยู่ทุกขณะจิต ไม่ถามหาปัญหาสุขภาพจิตใดๆ ที่จะเข้ามาสู่ชีวิตได้เลย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการรักษาทางยาและจิตสังคมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้า ตำราจิตเวช ในการรักษาทางยาและจิตสังคมในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่ามีนักวิชาการจิตแพทย์ ได้พิจารณาให้การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต Panic Disorder without Agoraphobia

๑. การรักษาด้วยยา Drug Treatment

เป็นการรักษาโดยดุลพินิจของจิตแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ยา imipramine alprazolam clonazepam fluoxetine fluvoxamine paroxetine clomipramine ^{๑๒๓}

๒. การรักษาทางจิตสังคม Psychosocial Treatment

จิตบำบัดในผู้ป่วย Panic Disorder ที่มีการใช้บ่อย คือ Cognitive therapy, การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training)และการเผชิญหน้า (exposure) ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

2.1. Cognitive therapy เป็นการรักษาที่มีจุดประสงค์ คือ ลดความกลัวที่มีต่ออาการทางกาย (fear of physical symptom) การรักษาแบ่งออกได้เป็น ๓ ขั้นตอน คือ

๒.๑.๑ การค้นหาความกลัว (Identify the fears)

๒.๑.๒ อธิบาย (explain) ให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการดังกล่าวไม่มีอะไรร้ายแรง

^{๑๒๓}

Marvissakalian MR, Parel JM. Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia: dose ranging and plasma level-response relationships. Am j Psychiatry 1995; 152:673-82. อ้างใน หน้า ๒๑๕

๒.๑.๓ แสดงให้เห็น (demonstrate) ให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ของการปรากฏขึ้นของอาการ และการตอบสนองด้วยความกลัว ในการเกิดขึ้นของอาการ แพนิค เช่น ให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น ซึ่งจะเกิดอาการแพนิค และมีความกลัวเกิดขึ้นตามมาทันที โดยอาศัยวิธีนี้ ผู้บำบัดจะได้อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นว่า อาการเหล่านี้จะสามารถเกิดขึ้นได้ ในอนาคต

๒.๓ การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training)

วิธีนี้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีอาการผ่อนคลายลง ในขณะที่เกิดอาการ แพนิค ขึ้นมา ผู้ป่วยสามารถลดอาการลง โดยใช้วิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation)

รวมไปกับการฝึกจินตนาการถึงสถานที่ผ่อนคลาย (relaxing situation) ซึ่งท้ายที่สุด ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการได้

๒.๔ การเผชิญหน้า (exposure)

วิธีนี้ เป็นการรักษา โดยที่ผู้ป่วยวางแผนร่วมกับผู้รักษาในการที่จะเผชิญหน้ากับเป้าหมายที่น่ากลัวผิดธรรมดา (Phobic targets) แต่ละอย่างเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง โดยอาศัยวิธีนี้ ผู้ป่วยจะสามารถลดความกลัวได้ ซึ่งพบว่า มีการศึกษาวิจัย โดย มาร์ค และคณะ (๑๙๙๓) พบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ ดีกว่า และคงอยู่นานกว่าการรักษาด้วยยา (alprazolam)^{๑๒๔}

มีการรักษา การฝึกการหายใจ (respiratory training; breathing exercise) ครอบครัวบำบัด (family therapy) และจิตบำบัดชนิดอิงความหยั่งเห็น (insight-oriented psychotherapy) และควรแนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสารที่สามารถกระตุ้นให้เกิด panic attack เช่น กาแฟ สุรา รวมทั้งสถานที่ที่มีคาร์บอนไดออกไซด์สูง เช่น สถานที่ที่อากาศถ่ายเทไม่ดี

การรักษา Specific Phobia ด้วยยา Drug Treatment

เป็นการรักษาโดยดุลพินิจของจิตแพทย์ การรักษา Specific Phobia ถือว่าเป็นการรักษาเสริม (adjunctive treatment) เท่านั้น ผู้รักษาอาจใช้ Beta-blockers เช่น propranolol ในการลดอาการที่เกี่ยวข้องกับ autonomic hyperactivity ได้ ซึ่งสอดคล้องในการทบทวนเอกสารของ มาร์แชล และคณะ (Marshall, 1994)^{๑๒๕} พบว่ายาที่สามารถใช้รักษา Social Phobia ในกลุ่ม Beta-blockers เช่น propranolol, atenolol.

การรักษาทางจิตสังคม Psychosocial Treatment

จิตบำบัดในผู้ป่วย Specific Phobia ที่มีการใช้บ่อย คือ Cognitive therapy, behavior therapy (พฤติกรรมบำบัด), การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) และการเผชิญหน้า (exposure)

^{๑๒๔} Marks IM, Swinson RP, Basoglu M, et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto. Br. J Psychiatry 1993;162:776-87.

^{๑๒๕} Marchall RD, Schneier FR, Fallon BA, Feerick J, Leibowitz MR. Medication therapy for Social Phobia. J clin Psychiatry 1994;55 suppl 6:33-7 อ้างใน ตำราจิตเวชศาสตร์ หน้า ๒๐๐

ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theory) : OCD เกิดจากการถดถอย (regression) ไปสู่ระยะทวาร (anal stage) และมีการใช้กลไกการป้องกันทางจิตใจ (defense mechanisms) เพื่อลดความวิตกกังวลดังนี้คือ Isolation, undoing และ reaction formation

Acute Stress Disorder (ASD) มีอาการสำคัญคล้ายกับอาการของ PTSD โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นทันที ตามหลังเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างยิ่ง (extremely traumatic event)

ระบาดวิทยา (Epidemiology) ความชุกชั่วชีวิตของ PTSD มีค่าเท่ากับร้อยละ ๑-๓ ของประชากรทั่วไป อาการในผู้ป่วยชายมักเกิดจากการผ่านสงคราม ส่วนผู้ป่วยหญิงมักเกิดจากการถูกทำร้ายหรือถูกข่มขืน โรคนี้มักพบในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ก็อาจพบในเด็กได้เช่นกัน

ความชุกของ ASD ในประชากรที่เผชิญกับความตึงเครียดที่สะเทือนใจอย่างรุนแรง (serious traumatic stress) จะขึ้นอยู่กับความรุนแรง และความยาวนานของความสะเทือนใจร่วมไปกับระดับของการเผชิญกับความเครียด

๑. การรักษาด้วยยา (Drug Treatment)

จากการศึกษาของ โซโลมอน (Solomon และคณะ, 1992)^{๑๒๖} พบว่า ยารักษาซึมเศร้าสามารถลดความรุนแรงของอาการลงได้ โดย imipramine และ amitriptyline ในขนาด 50-300 mg/day สามารถลดการหมกมุ่น (intrusion) และการหลีกเลี่ยง (avoidance) ได้โดยทั่วไปแล้ว ผู้รักษาจะเริ่มเห็นผลการรักษาใน ๘ สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้รักษาควรให้ยาต่ออย่างน้อย ๑ ปี ส่วนยาอื่นๆ ที่อาจใช้ได้ในระยะสั้นๆ เพื่อควบคุมอาการก้าวร้าว (aggression) และการกระวนกระวาย

๒. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

จากการทบทวนเอกสาร การศึกษาของ เกลเดอร์ (Gelder) และคณะ (1994)^{๑๒๗} ได้นำเสนอถึงวิธีการรักษาทางจิตสังคมไว้ว่า การรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิด PTSD หลังจากมีเหตุการณ์สะเทือนใจ (traumatic events) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการแทรกแซงวิกฤติการณ์ (crisis intervention) ดังวิธีต่อไปนี้คือ

๒.๑ ลดความรุนแรงของอารมณ์โดยผู้รักษารับฟังผู้ป่วยอย่างมีอารมณ์ร่วมรู้สึก (sympathetic) และให้ยารักษาวิตกกังวลช่วงสั้นๆ ในกรณีที่มียาอาการรุนแรง

๒.๒ ชักชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ และปรับสภาพจิตใจ ต่อเหตุการณ์เพื่อป้องกันการหลีกเลี่ยง (avoidance) หรือปฏิเสธ (denial) เหตุการณ์หรือปัญหาที่จะตามมาในภายหลัง

๒.๓ ช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญ (coping) กับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

๒.๔ ช่วยลดปัญหาที่อาจจะติดตามมา เช่น ความพิการ, การตั้งครรภ์

^{๑๒๖} Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder. JAMA 1992;268:633-8.

^{๑๒๗} Gelder M. Psychological treatment for anxiety disorder, adjustment disorders with anxious mood, generalized anxiety disorders, panic disorder, agoraphobia, and avoidant personality disorder. In: Coryell W, Winokur G, editors. The clinical management of anxiety disorders. New York: Oxford University Press; 1991. p.10-27.

หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดอาการ PTSD แล้ว ผู้รักษาควรรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) โดยใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (exposure) หรือ การลดการไวเร็ว อย่างเป็นระบบ(systemic desensitization), ร่วมไปกับการใช้เทคนิคของการผ่อนคลาย (relaxation technique) หรือ cognitive therapy

สำหรับจิตบำบัดอื่นๆ ที่อาจใช้ได้ คือ ครอบครัวบำบัด (family therapy) และกลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy)

Generalized Anxiety Disorders (GAD)

Generalized Anxiety Disorders (GAD)^{๑๒๘} มีลักษณะสำคัญคือ ความวิตกกังวล (anxiety) และความไม่สบายใจ (worry) อย่างมาก ซึ่งคงอยู่เป็นเวลานานอย่างน้อย ๖ เดือน

ปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล และไม่สบายใจ จากปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการปรับตัว ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพิ่มขึ้น เป็นจำนวนมาก ทุกกลุ่มอายุ

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and Prognosis)

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วย มักมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักมีเหตุการณ์ในชีวิต (life event) ที่สำคัญ นำมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือตลอดชีวิต ร้อยละ ๒๕ ของผู้ป่วย GAD จะมีpanic disorder ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมากที่มี Major Depressive Disorder ร่วมด้วย

การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรควิตกกังวล : Generalized Anxiety Disorders (GAD)

๑. การรักษาด้วยยา (Drug Treatment)

จิตแพทย์จะเป็นผู้สั่งยา ซึ่งขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยโรค อาการ และเป้าหมายของการรักษา ซึ่งยาที่ใช้ หลักๆ คือ Benzodiazepines และ buspirone

๒. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

จากการทบทวนเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง พบว่าการรักษาทางจิตสังคม ที่เหมาะสม สำหรับโรควิตกกังวล คือ

๒.๑ จิตบำบัดชนิดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ซึ่งเน้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสบายใจ

๒.๒ จิตบำบัดชนิดอิงความหยั่งเห็น (insight-oriented psychotherapy) ซึ่งเน้นที่การแก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (unconscious conflict)

๒.๓ จิตบำบัดแก้ไขกระบวนการคิดที่ผิดปกติ (Cognitive Therapy)

๒.๔ จิตบำบัดชนิดพฤติกรรม (behavior therapy) เพื่อลดอาการทางกายสำหรับจิตบำบัดอื่นๆ ที่อาจใช้ได้ คือ ครอบครัวบำบัด (family therapy) และกลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy)

Anxiety Disorders Due to a General Medical Condition

^{๑๒๘} Winokur G. Coryell W. Anxiety disorders: the magnitude of the problem. In: Coryell W. Winokur G. editors. The clinical management of anxiety disorders. New York: oxford University press; 1991.P.3-9. อ้างใน หน้า 209

โรคทางวิตกกังวล (Anxiety Disorders Due to a General Medical Condition) เป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญคือ อาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลชัดเจน ซึ่งเป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป หรือสารอย่างใดอย่างหนึ่ง

ระบาดวิทยา (Epidemiology) พบได้บ่อย อุบัติการณ์ขึ้นอยู่กับอัตราการพบภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไปและการใช้สาร

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and Prognosis)

โดยทั่วไปแล้ว อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยจะหายไป เมื่อหายจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือหยุดใช้สาร

การรักษา (Treatment)

การรักษาหลักคือ การรักษาภาวะความเจ็บป่วยทางกายและการให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดใช้สารที่เป็นสาเหตุ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลืออยู่แม้จะทำให้การรักษาดังกล่าวแล้ว ผู้รักษาอาจให้การรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ anxiolytics, serotonergic antidepressants, behavioral therapy

Psychosis โรคจิต คือการเจ็บป่วยทางจิตใจแบบหนึ่ง ความเจ็บป่วยทางจิตนั้นมีอยู่หลายรูปแบบ เช่น เกิดจากความผิดปกติของความคิด ความจำ เกิดจากความผิดปกติของอารมณ์ หรือเกิดจากความผิดปกติของพฤติกรรม

ความเจ็บป่วยที่สามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้ ไม่ต่างจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจขาดเลือด (โรคหลอดเลือดหัวใจ) หากผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและคนทั่วไปเข้าใจ และให้อาสาผู้ป่วย การช่วยผู้ป่วยให้พ้นทุกข์และกลับมาใช้ชีวิตได้เช่นเดิมก็ย่อมไม่ใช่เรื่องที่ยาก ยื่นแต่อย่างใด

1. เป็นโรคของ “ความคิดที่ผิดปกติ” ความผิดปกติของความคิดทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อ มีพฤติกรรม มีการกระทำ ที่ผิดไปจากคนปกติทั่วไป

และความเชื่อนี้ไม่สามารถอธิบายได้ตามหลักของความจริงหรือตามหลักของความเชื่อที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ ได้ แต่ผู้ป่วยก็เชื่ออย่างสนิทใจกับความเชื่อของเขากับเรื่องราวที่เกิดกับตัวเขา เราเรียกอาการแบบนี้หรืออาการประเภทนี้ว่า “การหลงผิด” หรือ “Delusion” หรือการเชื่ออย่างผิดๆ และเชื่ออย่างฝังแน่น

อุปทานชั้น 5 คือ ยึดมั่นในรูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ คือ “เชื่ออย่างหลงผิด และเชื่ออย่างฝังแน่น” หรือ “False Belief and Fix”

ตัวอย่างเช่น หญิงสาวรายหนึ่งหลังจากอกหักจากชายคนรัก เธอก็ได้ลาออกจากบริษัทที่ทำงานอยู่เดิมเพราะไม่ต้องการเจอหน้าผู้ชายหลอกหลวงอีกต่อไป เธอไปสมัครงานที่บริษัทแห่งใหม่ แล้วเธอก็พบว่าพนักงานบริษัทแห่งใหม่นี้ “เป็นเครือข่ายของผู้ชายคนที่เคยหักอกเธอ” ทั้งสิ้น ทุกคนทำงานตามแผนของผู้ชายคนนั้นเพื่อที่จะ “จัดการเธอ” ให้พ้นๆไปในที่สุดเธอก็ต้องปฏิเสธงานของบริษัทแห่งใหม่นี้

และเมื่อเธอไปสมัครงานที่บริษัทอีกแห่งหนึ่งแล้วเธอก็พบกับเหตุการณ์แบบเดิมอีก ผู้ชายคนนั้นได้ยึดครองบริษัทแห่งนี้ไว้แล้วเช่นกัน เธอรู้สึกได้ทันทีว่าพนักงานทุกคนของบริษัทแห่งนี้ล้วนรับคำสั่งจากผู้ชายคนนั้นเพื่อจัดการกับเธอเช่นเดียวกับบริษัทที่ผ่านมา ความเชื่อว่าผู้ชายคนนั้นกำลังวางแผนเล่นงานเธอทำให้เธอไม่สามารถไปสมัครงานที่ไหนได้อีก เพราะเธอรู้สึกว่าชีวิตของ

เธอไม่มีความปลอดภัย มีเพื่อนพยายามที่จะอธิบายถึง “ความไม่เป็นเหตุเป็นผล” ของเรื่องที่เกิดขึ้นกับเธอ เพราะความเป็นไปได้ในการสั่งการให้คนรอบๆข้างทุกคนเล่นเกมโดยผู้ชายคนนั้นมันเป็นเรื่องที่เป็นไปได้นานมากหรือเป็นไปได้เลย แต่หญิงสาวก็ยืนยันว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับเธอเป็นเรื่องจริง (ตามความเชื่อของเธอ) เธอ “เชื่ออย่างหลงผิดและเชื่ออย่างฝังแน่น” หรือ “False Belief and Fix”

2.อีกรุ่นอาการของ “โรคจิต” คือ อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination) และอาการเห็นภาพหลอน (Visual Hallucination)

2.1อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination) เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตได้บ่อย ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงพูดโดยที่ไม่มีที่มาของเสียงพูด เนื้อหาอาจเป็นเสียงสั่ง เสียงเตือน เสียงตำหนิ นินทา ตำหนิ และบางครั้งผู้ป่วยอาจมีการโต้ตอบกับเสียงเหล่านั้นด้วย เราจึงพบบ่อยที่ผู้ป่วยโรคจิตพูดคุยคนเดียวคล้ายๆกับกำลังโต้ตอบอยู่กับใครบางคน (ที่เรามองไม่เห็น) ซึ่งก็คือผู้ป่วยกำลังตอบโต้อยู่กับอาการหูแว่วของเขา

2.2 อาการเห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) ก็คล้ายๆกับอาการหูแว่วคือเป็นการมองเห็นภาพขึ้นมาเองของผู้ป่วย โดยที่ไม่มีภาพหรือเหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นจริง ถ้าท่านได้ดูภาพยนตร์เรื่อง Beautiful Mind ภาพยนตร์ที่สร้างจากประวัติของศาสตราจารย์จอห์น แนช แห่งมหาวิทยาลัยปริ้นซ์ตัน เจ้าของรางวัลโนเบล สาขาเศรษฐศาสตร์ ผู้ชายใส่ชุดดำที่คอยติดตามสั่งหรือพูดกับจอห์น แนช อยู่ตลอดเวลา นั่นแหละคือภาพหลอนที่เกิดขึ้นกับเขา (ศาสตราจารย์ จอห์น แนชป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรังชนิดหนึ่ง และหนังสือ Beautiful Mind ก็มีฉบับแปลเป็นภาษาไทยขายอยู่ในบ้านเรา)

อนึ่ง อาการผิดปกติของวิคิด การใช้เหตุผล และกระแสดความคิดเหล่านี้ ผู้ที่ไม่มีความชำนาญ ในเรื่องโรคจิตมักจะมองความผิดปกติในเรื่องนี้ได้ค่อนข้างยาก หลักใหญ่ๆที่ใช้ตรวจสอบความผิดปกติของความคิดนี้จะดูที่การใช้เหตุผล การโต้ตอบในการสนทนา ความต่อเนื่องของกระแสดความคิดว่ามีความเป็นเหตุเป็นผลมีความต่อเนื่องหรือไม่

ตัวอย่างเช่น เมื่อถามผู้ป่วยว่าทำไมพระอาทิตย์จึงขึ้นทางทิศตะวันออก ผู้ป่วยตอบว่าเป็นเพราะ มีคนไปปิดทางขึ้นทางทิศตะวันตกไว้ พระอาทิตย์เลยต้องเปลี่ยนมาขึ้นทางทิศตะวันออก เป็นต้น

และที่สำคัญมากอีกอย่างของผู้ป่วยโรคจิตก็คือ การไม่ยอมรับว่าตัวเองป่วยหรือไม่ยอมรับว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้น “ไม่เป็นความจริง” เขาจะเชื่ออยู่ตลอดเวลาว่าเรื่องราวทั้งหมดมันเป็นเรื่องจริง และความเชื่อนี้แหละที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆไป เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่ สิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาไม่ใช่เรื่องจริงนั้นแสดงว่าอาการผู้ป่วยกำลังเริ่มดีขึ้น หากมีประสาทหลอนและก่อดคิดสะท้อนขวัญขึ้นมา เมื่อสร้างจากยาแล้วเขามักจะบอกว่าเขาเกิดความเชื่อขึ้นมาว่ามีคนจะฆ่าเขาดัง นั้นเพื่อป้องกันตัวเองเขาจึงต้องฆ่าผู้อื่นก่อน^{๑๒๙} ที่พบได้บ่อยมีอยู่ 4 ชนิด^{๑๓๐} คือ

^{๑๒๙} Carrie Arnold, At risk for Psychosis, Scientific American Mind, September/October 2011; 14-15

^{๑๓๐} Psychosis <http://en.wikipedia.org/wiki/Psychosis> [2015, Jan 24]

1.โรคจิตเภท (Schizophrenia) คำว่า “Schizophrenia” หมายความว่า Split of mind ซึ่งแปลเป็นไทยว่า “จิตเภท” หรือจิตใจที่แตกแยกเป็นเสี่ยงๆซึ่งเป็นคำอธิบายถึงธรรมชาติของโรคนี้ได้ดีที่สุด เป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุด มีความเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและความสามารถต่างๆไปได้มากที่สุด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้มักจะต้องได้รับการรักษาตลอดไป อาการที่พบจะพบได้ทั้งอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และความคิดที่ไม่เป็นระบบ

2.โรคหลงผิด (Delusional Disorder) อาการที่พบในโรคนี้ก็คือการมีความหลงผิดๆ ในบางเรื่องเช่น หลงผิดว่าถูกปองร้ายโดยใครบางคน แต่มักจะไม่พบความผิดปกติอื่นๆร่วมด้วย ในโรคนี้บางครั้งเราจะดูลักษณะภายนอกของผู้ป่วยไม่ออกเพราะทุกอย่างจะดูปกติดี แต่เมื่อได้ฟังความ คิดในเรื่องที่ผู้ป่วยหลงผิดก็จะสามารถมองเห็นความผิดปกติได้ไม่ยาก

3.โรคจิตที่เกิดจากยาและสารเสพติด มักจะได้ประวัติของการเสพยาหรือสารเสพติด

4. โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต มักจะเกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงในชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากเรายังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคจิต จึงบอกได้ยากว่าใครคือคนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจิต อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีบางเรื่องบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางจิต เช่น ความเครียดอย่างรุนแรง การใช้ยาหรือสารเสพติด สุรา ยาไอซ์ ฯลฯ นั้นหากจะสรุปว่าใครบ้างที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตได้ คำตอบก็คือ .คนที่ใช้ยาเสพติด .คนที่มีความเครียดและความกดดันในชีวิตอยู่ตลอดเวลา แพทย์วินิจฉัยโรคจิตได้จาก 1.ประวัติอาการของผู้ป่วย 2.ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน 3.ปัญหาในชีวิตและครอบครัว 4.การกินยาใช้ยาต่างๆรวมทั้งยาเสพติด 5. การตรวจร่างกาย การตรวจต่างๆทางร่างกายเพื่อแยกโรคของร่างกายที่อาจก่ออาการทางจิตเช่น ตรวจเลือดวินิจฉัยโรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) โรคเอดส์ หรือโรคขาดสมดุลของเกลือแร่ และการตรวจภาพสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และ/หรือคลื่นแม่เหล็กเอ็มอาร์ไอ 6. และที่สำคัญที่สุดคือ การตรวจต่างๆด้านจิตเวชโดยจิตแพทย์

แนวทางการรักษาโรคจิตได้แก่

1.การใช้ยารักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอยู่หลายชนิด โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าควรจะใช้ยาชนิดใดและจะใช้เป็นเวลานานเท่าใด บางโรคอาจต้องใช้ยาตลอดไป บางโรคเมื่ออาการดีขึ้นแพทย์อาจพิจารณาลดยาและหยุดยาในที่สุดได้ การรักษาทางยาเป็นการรักษาที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

2.การทำจิตบำบัด โดยเฉพาะโรคจิตที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและโรคจิตที่เกิดจากความเครียดของชีวิต เพราะอาการทางจิตเป็นเพียงผลของปัญหา การบำบัดทางจิตเพื่อขจัดต้นตอของปัญหาย่อมมีความจำเป็น แต่การทำจิตบำบัด จิตแพทย์จะให้การรักษาหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตดีขึ้นแล้วและมักจะให้การรักษาร่วมกับการใช้ยาเสมอ^(๓๓)

3.การทำครอบครัวบำบัด คือ การทำให้ญาติมีความเข้าใจกับปัญหาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยทำให้ญาติสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความรู้สึกเครียดกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยในระยะยาว

^(๓๓) Mental health first aid www.mhfa.com.au [2015, Jan 24].

ญาติและครอบครัวสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยโรคจิตได้โดยในช่วงแรกๆผู้ป่วยมักจะปฏิเสธการรักษา ปฏิเสธการกินยา เพราะผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองป่วย ญาติจึงจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ยารักษาอาการทางจิตโดยส่วนใหญ่มักก่อให้เกิดอาการข้างเคียงคือ อาการตัวแข็ง ลั่นแข็ง น้ำลายไหล และมักเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาต่อไปอีก การบอกเล่าอาการให้แพทย์ทราบเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น โรคจิตบางชนิดมีอาการเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษานานหรืออาจจะตลอดชีวิต การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำในเรื่องการรักษาตัวเองหรือแม้แต่ในเรื่องทั่วไป จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป ซึ่ง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะมีความสามารถในการทำงานได้ตาม ปกติ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่ของตนเองต่อไป

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัดด้วยสติและสมาธิ

จำลอง ดิษยวณิช^{๑๓๒} ได้ศึกษาวิจัย และสรุปกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ควรทำสมาธิคือ ๑ กลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิต ๒. ผู้ป่วยที่กำลังจะเป็นโรคจิต ๓ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแยกความจริงออกจากความคิดเพื่อฝันได้ ๔. ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติรุนแรง แยกตัว หรือ หวาดระแวง ๕. ไม่ควรทำสมาธิ โดยไม่มีผู้ที่มีประสบการณ์ดูแล

Edward Tory Higgins ได้ศึกษาเกี่ยวกับจิตบำบัดด้วยสติในการรักษาโรคทางจิตเวช ซึ่งประสบความสำเร็จ และเขาได้อธิบายกลไกการรักษาของจิตบำบัดด้วยสติ โดยตั้งชื่อทฤษฎีนี้ว่า Self-discrepancy^{๑๓๓} หมายถึงช่องว่างระหว่างตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนอุดมคติ หากช่องว่างดังกล่าวแคบ แสดงว่าตัวตนที่แท้จริงใกล้เคียงกับตัวตนอุดมคติ ผู้ป่วยจะเกิดความสมดุลในจิตใจมาก หากช่องว่างนี้กว้างแสดงว่าตัวตนที่แท้จริงแตกต่างจากตัวตนอุดมคติมาก ผู้ป่วยจะมีความขัดแย้งในจิตใจมาก ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา การศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและอารมณ์สองขั้ว ที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ พบว่าเมื่อสิ้นสุดการรักษาที่ ๘ สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดด้วยสติแบบ MCBT มีช่องว่างระหว่างตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนอุดมคติ (Self-discrepancy) แคบลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาแบบปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการทำจิตบำบัดด้วยสติยังสามารถที่จะปล่อยวาง (let go) ตัวตนในอุดมคติที่ไม่มีประโยชน์อีกด้วย

Kabat-Zinn และคณะ^{๑๓๔} ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดด้วยสติแบบ MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction ในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวล: Generalized anxiety disorder พบว่าจิตบำบัดด้วยสติสามารถลดระดับความวิตกกังวลและอาการตื่นตระหนกได้ โดยประสิทธิผลการรักษา

^{๑๓๒} จำลอง ดิษยวณิช, พร้มเพรา ดิษยวณิช, ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ, (เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์, ๒๕๔๕), หน้า ๑๙๓-๒๓๑.

^{๑๓๓} Crane C. Bamhofer T. Duggan DS. Hepburn S. Fennell MV. Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. Cognitive Therapy & Research.2008;32: 775-87.

^{๑๓๔} Kabat-Zinn J. Massion AO. Kristeller J. Peterson LG. Fletcher KE. Pbert L. etal. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry.1992: 149-936-43.

ยังคงอยู่เมื่อติดตามผู้ป่วยไปนานถึง ๓ ปี การศึกษาในครั้งนี้ไม่มีการสุ่มเลือกกลุ่มควบคุม และมีตัวอย่างขนาดเล็ก

Koszycki D. Benger M. Shlik J. Bradwejn J.^{๑๓๕} ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรควิตกกังวลชนิดกลัวการเข้าสังคม หรือ สถานการณ์ที่ต้องทำอะไรต่อหน้าบุคคลอื่นที่ไม่คุ้นเคย Social phobia หรือ social anxiety disorder ด้วยการบำบัดแบบ MBSR และ MBCT: Mindfulness-based Cognitive Behavior Therapy ได้ผลดีในการรักษาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่พบร่วม อีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{๑๓๖}

จิตบำบัดด้วยสติเป็นการรักษาทางจิตใจและสังคมที่เป็นที่ยอมรับกันทางจิตเวช ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ทั่วโลกในขณะนี้ มีการนำสติเข้าไปประยุกต์ใช้ในการรักษา จากการนำเสนองานวิจัยที่กล่าวมาแล้วนี้ ที่สุดของการศึกษาวิจัย ที่รับรองโดยพระนางปฐาจารา ที่เจริญในมรรคมืองค์ ๘ โดยสรุปคือ สติ สมาธิ และสติปัญญา ที่พระนางเถรี หลังได้รับการบำบัดทางจิตใจโดยพระบรมศาสดา พระสัมมาสัมพุทธเจ้าแล้ว ก็รีบแสวงหาทางดับความเกิดและความตาย คือ นิพพาน(นิโรธสัจจะ) การบรรลุพระโสดาบันของพระเถรี สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ พุทธวจนะที่ว่า

“เอตมตถวสัตวา ปณฺธิโต สีลสํวโต นิพพานคมนํ มคฺคํ ขิปปเมว วิโสธเย”

บัณฑิตรู้ความจริงข้อนี้แล้ว สำรวมในศีล พึง รีบเร่งชำระทางไปพระนิพพานทีเดียว ที่สำคัญที่สุดคือ พระดำรัสว่า สำรวมในศีล(ศีลสํวโต) ได้แก่ สำรวม(อภิวรรค)ในตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจให้เป็นกุศลตามปกติ(อินทริยสํวรศีล/มรรคสัจจะ) จึงจะข้ามพ้นวัฏฏสงสารเข้าสู่กระแสพระนิพพานได้

พระเถรีจึงกล่าวประกาศว่า “เรามีศีลสมบูรณ์ ทำตามคำสั่งสอนของพระศาสดา ไม่เกียจคร้าน(มีความเพียร) ไม่ฟุ้งซ่าน(มีสมาธิ/มรรคสัจจะ) ไฉนจะไม่บรรลุพระนิพพานเล่า(นิโรธสัจจะ)”^{๑๓๗}

การบรรลุอรหัตต์ของพระเถรี

ส่วนการบรรลุพระอรหัตต์ของพระเถรีนั้นก็บรรลุหลักธรรมคล้ายกับพระโสดาบันที่ผ่านมา คือ ปัญญารู้ความเกิดดับ เป็นเรื่องธรรมดา แต่เห็นความเกิดดับที่เป็นกระแสที่ละเอียดขึ้นกว่าเดิม ด้วยการเห็นกระแสที่ไหลไปเป็นละลอก ๆ ครั้งที่ ๑ เหมือนปฐมวัย ครั้งที่สองเหมือนทุติยวัย ครั้งที่ ๓ เหมือนมัชฌิมวัย ครั้งที่ ๔ เหมือนปัจฉิมวัย แล้วก็ถึงความตายเป็นที่สุด พระพุทธองค์ก็ตรัสสอนว่า “เอวเมตฺ”^{๑๓๘} แปลว่า สรรพสิ่ง(ชั้น ๕)ก็มีสภาพเป็นเช่นเดียวกันหมด คือเกิดและดับ

^{๑๓๕} Koszycki D. Benger M. Shlik J. Bradwejn J. Randomized trial of meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. Behav Res Ther.2007;45: 2518-26.

^{๑๓๖} Piet J. Hougaard E. Hecksher MS. Rosenberg NK. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adult with social phobia. Scand J. Psychol.2010; 51: 403-10.

^{๑๓๗} พุ.เถรี. ๒๖/๑๑๓/๕๗๔)

^{๑๓๘} พุ.ธ.อ. จตุตถโก ภาโค, หน้า ๑๔๒

จากเดิมที่เห็นความเกิดและความดับ/ตาย เป็นเรื่องธรรมดา (จากอดีตไม่เคยคิดว่าเรา และญาติจักไม่ตาย) ซึ่งเป็นความจริงที่ยังหาบอยู่ แต่มาชัดเจนเมื่อเห็นกระแสน้ำที่ไหลไป แล้วนำมาพิจารณา จึงเข้าใจว่า สรรพสิ่งล้วนเป็นกระแสแห่งการเกิดและการดับอย่างสืบเนื่อง เรียกอีกอย่างว่า อนิจจตา (ความไม่คงที่ ภาวะที่ไหลขับเคลื่อน) พระสัมมาสัมพุทธเจ้าจึงทรงไปชี้แนะให้ชัดเจนเรื่องการเกิดดับกระจ่างแจ้งอีก(เพื่อให้เกิดความมั่นใจ) ด้วยพุทธวจนะ (แปล)ว่า “ผู้ที่มีชีวิตอยู่ ๑๐๐ ปี ถ้าไม่เห็นการเกิดและการดับไป(ของรูปนาม/กายใจ/ขันธ ๕)ก็ไม่มีประโยชน์อะไรเลย ส่วนผู้ที่มีชีวิตอยู่วันเดียวแต่เห็นลักษณะการเกิดและดับ(อุทยัพพยุยาน)ย่อมประเสริฐกว่ามีชีวิต ๑๐๐ ปี” ทำให้พระเถรบรรลุลูกศรหาคามี อนาคตเป็นที่สุดตามลำดับ

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

๑. ปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญ อันตราย ทุกข์ทรมานทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และชุมชน เริ่มจากความเครียด ที่มีสาเหตุยาวนานประการ ที่สำคัญคือ จากการดำเนินชีวิตที่เป็นอกุศล อวิชชา มาอย่างช้านานตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนผ่านชีวิตช่วงวัย และเผชิญกับปัญหา และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เหตุการณ์ นั้นได้ เนื่องจากขาดความรู้ ที่เป็นปัญญา จนเกิดอาการความเจ็บป่วย ที่ทุกข์ทรมานด้านจิตใจอย่างแสนสาหัส คือ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ คิดมาก เครียด ปวดหัว จมอยู่กับสภาวะนั้น อย่างหาทางออกไม่ได้ หลายคน ตัดสินใจฆ่าตัวตาย หรือ ทำร้ายผู้อื่นให้ตาย
๒. การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในครั้งนี้ เป็นการบูรณาการ การรักษาทั้งหมดที่ดีที่สุดมาผสมผสานกันคือ การรักษาทั้งทางกาย ด้วยยา การรักษาทางจิต การรักษาทางสังคม และการเจริญสติ ตามหลักพุทธธรรม
๓. ผู้วิจัย นำหลักการรักษาทั้งหมด มาบูรณาการร่วมกัน แต่ประยุกต์การบำบัดแนวพุทธด้วย มรรคมรรค ๘ มาภavana ด้วยหลักอานาปานสติสมาธิภาวนา ๑๖ ขั้นตามพระไตรปิฎก ซึ่งในขณะปฏิบัติ จิตจะเป็นศีล สมาธิ และปัญญา ด้วยหลักพระพุทธธรรม ดังนั้นการ ประเมินผลการปฏิบัติ ก็จะเป็นการสอบอารมณ์ ร่วมกับการประเมินด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหลักวิทยาศาสตร์ ล้วนๆ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประสิทธิผลของพุทธ จิตสังคัมบำบัดกับกลุ่มตัวอย่าง ๑๐ ราย ในช่วงบำบัดระยะสั้น ก่อน และหลังการทดลอง จะ ถูกนำมาศึกษาวิเคราะห์และสรุปอภิปรายผล ตามระเบียบวิธีวิจัยต่อไป

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ในรูปแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) วิจัยเชิงคุณภาพ และ วิจัยเชิงปริมาณ (Combining qualitative and quantitative approaches)^๑ โดยใช้แบบกรณีศึกษา (case study) และเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ก่อน และหลังได้รับการรักษาช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต แบบมีโครงสร้าง เพื่อสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งจะมีวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบแบบการวิจัยและกรอบการวิจัย ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) ที่เป็นแบบสืบเนื่องมา (consequential) คือใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยกึ่งทดลองและวิจัยเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงคุณภาพดังนี้

๓.๑.๑ การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research design) โดยในขั้นต้น ทำการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของข้อมูลมากที่สุด และทำการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต : ThaiGHQ- ๒๘ ของกรมสุขภาพจิต ตามแนวคิดของโกลด์เบิร์ก (Goldberg (๑๙๗๒)

๓.๑.๒ การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – Experimental designs) รูปแบบผสมระหว่าง One Group Only หรือ Single – Case Designs โดยมีแบบแผนการทดลองคือ มีการทดสอบภาวะสุขภาพจิต ก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ๕ ท่าน มีระยะการรักษา ๔๕ วัน แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าโปรแกรม เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ๑๐ คน และครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมในช่วงที่ ๒ อีก ๑๐ คน รวมเป็น ๒๐ คน

ตั้งแผนการทดลอง ดังภาพตารางที่ ๓.๑ ดังนี้

ตารางที่ ๓.๑ แบบแผนการทดลอง

ทดสอบก่อน	โปรแกรมพุทฺธิจิตสังคัมบำบัด ทดลอง (๔๕ วัน)	ทดสอบหลัง
T1	X	T2

^๑ วิจิตร ศรีสุพรรณ, การวิจัยทางการแพทย์ : หลักการและแนวปฏิบัติ, โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิมพ์ครั้งที่ ๓, ๒๕๕๗.

ความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในแบบแผนการวิจัย

T1 = คือ แบบสัมภาษณ์ สุขภาพจิต GHQ 28 ข้อทดสอบภาวะสุขภาพจิต ๔ ด้าน ก่อนการทดลอง

X = คือ โปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด เพื่อ ทำการทดลอง รักษาบำบัดปัญหา สุขภาพจิตของผู้ป่วยที่พบ

T2 =คือ แบบสัมภาษณ์ สุขภาพจิต GHQ 28 ข้อหลังการทดลอง เพื่อประเมินภาวะ สุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาตามโปรแกรมฯ แล้ว

๓.๑.๓. การวิจัยด้านคุณภาพ(qualitative research designs)เพื่อให้ทราบถึงประเด็น การศึกษาในรายละเอียดที่สำคัญครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญที่จะทำการศึกษา กรณีศึกษา อย่าง ครบถ้วน ขั้นแรกได้กำหนดกรอบวิธีการวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ แบ่งออก เป็น ๓ ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นที่ ๑. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

ขั้นที่ ๒. การศึกษาในภาคสนาม เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก และการรวบรวมข้อมูลจาก ครอบครัว และการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ทำการรักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาลแม่สะเรียงจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ขั้นที่ ๓. การเสนอรูปแบบผ่านกรณีศึกษา เกี่ยวกับการนำหลักพุทธธรรมและหลักทางจิต/จิต สังคัมบำบัด มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๑๐ ราย

ซึ่งในแต่ละขั้นตอน จะมีวิธีดำเนินการ และผลที่คาดว่าจะได้รับจากวิธีดำเนินการแต่ละขั้นตอน โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบของการดำเนินการ ในกรอบวิธีวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ เขียนแนวทางตามขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. ศึกษา เนื้อหาทางด้านเอกสารโดยจะศึกษาจากพระคัมภีร์ พระไตรปิฎก อรรถกถา ปกรณ์วิเสสและฎีกา และงานวิจัย เอกสารทางวิชาการของผู้ทรงคุณวุฒิทางพระพุทธศาสนา ที่ เกี่ยวข้อง โดยการนำหลักการ ของมรรคมงคล ๘ เป็นหลัก และ ศึกษาอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน หลักการปฏิบัติ ขั้นตอนการปฏิบัติ และวิธีการปฏิบัติ พร้อมทั้งผลการปฏิบัติ พร้อมด้วยคำอธิบาย

๒. การรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากการสังเกต (observation) คำพูด สีนหน้า ท่าทาง พฤติกรรม ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัว ที่เข้าร่วมในโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (deep interview) แบบมีโครงสร้าง (structure interview) เช่น ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน และปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม และสัมภาษณ์การทำหน้าที่ครอบครัว รวมทั้งการรวบรวมอาการเจ็บป่วย การประเมินผลการปฏิบัติอานาปานสติกรรมฐาน และการ สอบถามประเมินผลความพึงพอใจที่ได้รับจากการเข้าโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด เพื่อการจัดเตรียม เนื้อหาวิชาการ เพื่อการช่วยเหลือ เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยในแต่ละราย และการฝึก การปฏิบัติตามมรรคมงคล ๘ ด้วยการปฏิบัติ การเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ร่วมกับการรักษา ด้านจิตใจ (Psychological Intervention)และการรักษาทางจิตสังคม (Advanced Psychosocial Intervention) ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้ เพื่อให้การรักษา

ทางจิตสังคม แก่ผู้ป่วยได้ผลมากที่สุด จากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลงานที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ รวมทั้งสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เช่น

๓.๑ จิตบำบัดรายบุคคล โดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytically-Oriented psychotherapy หรือ psychodynamic Psychotherapy) เป็นจิตบำบัดที่นำแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แต่ใช้รูปแบบการสนทนาเป็นหลัก โดยผู้บำบัดกับผู้ป่วยหันหน้าหากัน ระยะเวลาที่ใช้บำบัด แตกต่างกันไปแต่ละกรณี มีตั้งแต่ไม่กี่เดือน จนถึงหลายปี มีการรักษา แบ่งได้เป็น ๒ ชนิด ได้แก่ Insight psychotherapy หรือ Expressive mode ๒. Supportive mode หรือ supportive psychotherapy สามารถใช้การบำบัดทั้งสองชนิดนี้ควบคู่กันไป เรียกว่า supportive continuum^๒

๓.๒ ชุดการสอนสุขภาพจิตศึกษา ชุดเทคโนโลยีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๓.๓ จิตบำบัดและการให้การปรึกษารอบครัว (Family Therapy and Family Counseling)

๓.๔ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Therapeutic Milieu/ Therapeutic Environment)

๓.๕ กลุ่มบำบัด (group therapy)

๓.๖ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship)

๓.๒. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มารับบริการที่แผนกคลินิกเพื่อนใจ โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งจิตแพทย์ได้ทำการวินิจฉัย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ICD-10) ว่า ป่วยเป็นโรคเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งได้รับการรักษาทางยา และการทำจิตบำบัดและคำปรึกษา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นมาจนถึง เดือน ธันวาคม ๒๕๖๐ แล้ว แต่ยังคงมีสภาพปัญหาสุขภาพจิต ความขัดแย้งทางจิตใจ และภาวะวิกฤติในครอบครัว จากการทำหน้าที่ครอบครัวที่ผิดปกติจากความเครียด เรื้อรัง จนไม่สามารถปรับตัวได้ จากสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน ๑๐ คน และญาติ ๑๐ คน รวมเป็น ๒๐ คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังกล่าว ดังนี้คือ

๓.๒.๑. เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มารับบริการการรักษาที่ คลินิกเพื่อนใจ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทุกกลุ่มวัยอายุ ตั้งแต่ ๑๕ ถึง ๘๐ ปี อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย แต่จะต้องไม่มีอาการของโรคทางจิตเภทที่รุนแรง

๓.๒.๒. เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจ เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียง ๑ กลุ่ม (experimental group) จำนวน ๑๐ คนพร้อมครอบครัว (อย่างน้อย ๑ คนที่ต้องการเข้าร่วมโปรแกรม) รวมจำนวนทั้งสิ้นประมาณ ๒๐ คน ที่เต็มใจเข้ารับการบำบัดในโปรแกรม และต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตจำนงค์ ยินยอมรับการรักษาในโครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว (Informed consent) โดยทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายต้องได้รับการ

^๒Gabbard GO, Treatment in dynamic psychiatry in clinical practice.4th ed, Washington, DC. American Psychiatric Press ; 2005 p.93-127.

อนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยด้านจริยธรรมในมนุษย์ (Ethics Committee) ของสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อำเภอมัญจาคีรี จังหวัด ขอนแก่น

๓.๒.๓ อนุญาตให้มีความร่วมมือ และเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดโครงการ

๓.๒.๔. ช่วงระยะเวลาในการวัด จำนวน ๔๕ วัน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๖๐- กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

๓.๒.๕ สามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

๓.๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ๔ ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ ๑. แบบสอบถามข้อมูล

แบ่งเป็น ๒ ส่วนดังนี้

๑. แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ

เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา

๒. แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก เช่น ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน วิธีจัดการกับปัญหา ความขัดแย้งทางจิตสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการประเมินการทำหน้าที่ของของจุฬาลงกรณ์ (Chulalongkorn Family Intervention : CFI) พัฒนาขึ้น โดย อุมพร ตรังคสมบัติ โดยดัดแปลงมาจาก การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (The McMaster Model of Family Functioning Assessment Device/FAD) ประกอบด้วยคำถามจำนวน ๓๖ ข้อ เป็นมาตรฐานประเมินค่า ๔ ระดับ คือ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ๖ ด้านคือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม แปลผลโดยรวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อนั้นนำมาคิดจำแนกเป็น รายด้าน และคิดค่าเฉลี่ย แต่ละด้านตามจำนวนคำถาม คือ

ระดับเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๔๙ แปลผลว่า ไม่ดี ความหมายคือ ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่ มีไม่เพียงพอ

ระดับเฉลี่ย ๑.๕๐-๒.๔๙ แปลผลว่า ดีเล็กน้อย มีความหมายคือ สมาชิกในครอบครัวรู้สึกพึงพอใจในการทำหน้าที่ครอบครัว

ระดับเฉลี่ย ๒.๕๐-๓.๔๙ แปลผลว่า ดีพอควรมีความหมายคือ ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่ มีไม่เพียงพอ

ระดับเฉลี่ย ๓.๕๐-๔.๐๐ แปลผลว่า ดีมากมีความหมายคือ สมาชิกครอบครัวพึงพอใจมาก กับสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ

ทั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำมาประกอบกับกระบวนการการทำจิตสังคมบำบัด (ด้านจิตครอบครัวบำบัด และการปรึกษาครอบครัว)

^๓ อุมพร ตรังคสมบัติ, จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว, กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, พิมพ์ครั้งที่ ๕, ๒๕๕๔. หน้า ๕๘

ส่วนที่ ๒ คือ แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaires

ฉบับภาษาไทย : Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (๑๙๗๒) ที่แปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาล ศิลปะกิจ (๒๕๓๙) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแบบวัดมีทั้งหมด ๒๘ ข้อที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ ๒ ประการ คือ

๑.๑ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น

๑.๒ การมีปัญหที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่างๆ ข้อคำถามของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ ๔ ด้าน คือ (๑) ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) (๒) ความวิตกกังวล (๓) ความบกพร่องเชิงสังคม: social impairment (๔) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค : hypochondriasis) โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ

สำหรับ Thai GHQ – 28 ซึ่งเป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม ๑ ข้อ ๑-๗ เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)

กลุ่ม ๒ ข้อ ๘-๑๔ เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)

กลุ่ม ๓ ข้อ ๑๕-๒๑ เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunctions)

กลุ่ม ๔ ข้อ ๒๒-๒๘ เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

การให้คะแนน

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่าง 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94

การแปลผล Thai GHQ ทั้ง 4 ฉบับ มีจุดตัดของคะแนน ดังนี้

Thai GHQ – 28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ ๕/๖ โดยคะแนนตั้งแต่ ๖ ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

อย่างไรก็ตาม Thai GHQ เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบอกเพียงว่าน่าจะมี ความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใดซึ่งผู้วิจัย ได้ใช้ผลการวินิจฉัยโรค ตามที่จิตแพทย์ได้วินิจฉัยไว้ ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิต ในช่วง สอง ถึง สามสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการวัด ประเมิน ปัญหาสุขภาพจิต ก่อน และหลัง การทดลอง

ส่วนที่ ๓ รูปแบบพุทธจิตสังคมบำบัดแบบมีโครงสร้าง

โปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการบูรณาการรวมหน่วยพุทธธรรมตามหลักอริยสัจ ๔ มีมรรคองค์ ๘ เป็นหลักธรรมในการสอน มีการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน เป็น พุทธบำบัด ร่วมกับ กระบวนการรักษาด้านจิตสังคมบำบัด (Advanced Psychosocial Interventions) มีการรักษา แบ่งเป็น ๔ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ เป็นระยะเริ่มต้นเป็นช่วงเตรียมผู้ป่วย ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อความคุ้นเคย และไว้วางใจ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของเพลบพลาว ที่แบ่งเป็น ๔ ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น โดยเป็นการพบกัน ผู้บำบัดแนะนำตนเอง บทบาทในการช่วยเหลือ

ชี้แจงข้อปฏิบัติ และรายละเอียดต่างๆ ในการเข้าร่วมในโครงการบำบัด ตลอด ๔๕ วัน จากนั้นทำการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพจิต ความขัดแย้งทางจิตสังคม และวิกฤติครอบครัว ผู้บำบัดให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษา การปฐมพยาบาลด้วยจิตสังคม ในการเรียกขวัญคืนสติ ด้วยการฝึก บริหารการหายใจ ควบคู่ไปกับการใช้เทคนิคการบำบัด แบบจิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ รายบุคคล ด้วยการสนทนาเป็นหลัก ขั้นตอนการรักษาในขั้นนี้ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ในเชิงการรักษา (therapeutic alliance) ^๔ กระบวนการรักษาในช่วงนี้มุ่งเน้นในการแก้ไขความขัดแย้งทางจิตใจ (conflict) ที่เป็นมานาน คือไม่สามารถผสมผสานระหว่างความต้องการของตนเอง หรือตัณหา (๓) กับความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (superego) ได้อย่างเหมาะสม จึงแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ให้การยอมรับ ไม่ตัดสิน ไม่คุกคาม ให้ความเวลาในการจัดการอารมณ์ ความรู้สึก โดยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุ และปัญหาประสบการณ์ ความคิด การพูด การแสดงออก ที่สร้างความขัดแย้ง จนเกิดปัญหาและความทุกข์ใจเรื้อรังจนถึงปัจจุบัน ซึ่งขั้นตอนในการบำบัดนี้ ใช้เวลา ครั้งละ ๑ ถึง ๒ ชั่วโมงที่คลินิคเพื่อนใจ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง นานประมาณ ๔ ครั้ง จากนั้น ผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และเห็นว่า ต้องการที่จะแก้ไขปัญหา ความขัดแย้งในจิตใจเริ่มลดลง ผู้ป่วยจะมองเห็นความทุกข์ตนเองผู้ป่วยและแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือตนเองให้พ้นทุกข์ได้ ด้วยการปรับความคิด จิตใจ พฤติกรรม และมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นกับคนในครอบครัว ชุมชน

ระยะที่ ๒ เป็นช่วงที่ผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นกับครอบครัว ยอมให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกระบวนการบำบัด ผู้บำบัดใช้กระบวนการจิตบำบัดครอบครัว และการให้การปรึกษาครอบครัว (family therapy and family counseling) ตามทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว (structural family therapy) ตามแนวคิดของนายแพทย์ Salvador Minuchin (๑๙๓๔, ๑๙๘๑, ๑๙๘๔) ^๕ โดยเป็นการนำบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันในฐานสมาชิกของครอบครัวเข้ามาในกระบวนการบำบัดรักษา โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงปฏิสัมพันธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานที่ของครอบครัว (family functioning) ให้เป็นไปอย่างปกติสุข เช่น มีการตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการ ปรับเปลี่ยนบริบท โครงสร้าง บทบาทการทำงานที่ให้เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว ^๖ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม และปัญหาวิกฤติของครอบครัว การสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ดูแล และระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อหาหนทางวิธีการ ใหม่ ในการแก้ไขปัญหารวมทั้งสนับสนุน ส่งเสริมผู้ป่วย ได้รับการยอมรับในครอบครัว และในชุมชน ใช้เวลาบำบัดที่บ้าน (home based family

^๔ มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ, กรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ ๔, ๒๕๔๘. (หน้า ๔๑๘-๔๑๙)

^๕ อุทุมพร อ่างแล้ว หน้า ๑๒๐

^๖ Sadock BJ. Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2015.P.845-909.

therapy) ครั้งละ ๓ ชั่วโมง ติดต่อกัน ๕ ครั้ง โดยฝึกการนำเอาปัจจุบัน (here and now) เข้ามาในกระบวนการบำบัด ว่า การกระทำใดๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตที่ส่งผลต่อปัจจุบันนั้น เป็นทุกข์ และนำข้อมูลและเหตุการณ์เหล่านี้ มาประกอบการให้การปรึกษาครอบครัวด้วย เพื่อจะช่วยให้เข้าใจปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ได้ดีขึ้น ในช่วงนี้ ผู้บำบัดจะให้การบ้านในการฝึกการเจริญสติ ในปัจจุบัน ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ไปฝึกด้วย แนวคิดอธิบายว่า ความคิดของตนมีผลต่ออารมณ์ คำพูด การแสดงออก เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกโยนิโสมนสิการ รู้จักคิด รู้จักมองเห็นและหาแง่ที่เป็นประโยชน์มาใช้ในการพัฒนาส่งเสริมความเจริญงอกงามของชีวิตได้ตลอดเวลาทุกสถานการณ์ จนผู้ป่วยและญาติ สามารถมองเห็นความสุขสงบ การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ความซึมเศร้าลดลง ความรักและความห่วงใยเอื้ออาทรเพิ่มสูงขึ้น สมาชิกเข้าใจบทบาทตนเอง และยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแสดงออก และคำพูดในเชิงสร้างสรรค์ มีขึ้น ความน้อยเนื้อต่ำใจลดลง ความขัดแย้งในครอบครัวลดหายไป การทำหน้าที่ในครอบครัวของสมาชิกดีขึ้นปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น มาก พร้อมจะพัฒนาจิตใจสู่ความมีใจตั้งมั่นเพื่อความสุขสงบ และความสดชื่น แจ่มใส มีพลังที่จะเจริญสติต่อไป เพื่อพัฒนาจิตใจกลับสู่สภาพจิตที่ดี มีศักยภาพที่จะกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพต่อไปใน

ระยะนี้เป็นปัญหา และอาการทางสุขภาพจิต ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว เวลาส่วนใหญ่จะเป็นการฝึกการเจริญอานาปานสติสมาธิภาวนา เพื่อแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับจิตสำนึก จิตใต้สำนึก หรือปัญหาจิตสังคมที่วิกฤติในช่วงวัยที่ผ่านมา ในตอนท้ายของระยะนี้ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้น และมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงพบผู้บำบัดสม่ำเสมอ เพื่อรับการปรึกษา และชี้แนะการฝึกปฏิบัติ

ระยะที่ ๓. ขั้นตอนการรักษาในขั้นนี้ เป็นการบำบัดพัฒนาสติปัญญาของผู้ป่วยแบบเข้มข้นต่อเนื่อง ๗ วัน ติดต่อกัน ด้วยหลัก มรรคมงคล ๘ คือ ศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งผู้ป่วยต้องฝึกการเจริญอานาปานสติกรรมฐานเป็นอารมณ์อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทั้ง ๗ วัน และใช้เทคนิคการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย เช่นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต (Therapeutic Milieu) ที่สวนอุทยานบ้านแม่สวรรค์น้อย ซึ่งเป็นพื้นที่สงบ สวยงาม อากาศดีมาก เพราะพลังของสิ่งแวดล้อมที่ดีมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล จะทำให้อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลสงบลง และเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่ง ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Florence Nightingale) เป็นบุคคลแรก ที่นำการจัดสิ่งแวดล้อมมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย^๗ และเทคนิคในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ด้วยกระบวนการกลุ่มบำบัด (group therapy) ตอนเช้า และตอนบ่าย จากนั้นก็มีการจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติอานาปานสติสมาธิ (คือการฝึกเจริญสติทุกลมหายใจเข้า – ออก) ทุกอิริยาบถ ตั้งแต่ เดิน นั่ง เคลื่อนไหว รับประทานอาหาร พุด หรือนอน ทำกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งสังเกต รู้ทัน ความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อได้ยิน ได้ฟัง สภาวะจิต สภาวะธรรม อารมณ์ จิตใจ ความรู้สึก ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในการเข้ากลุ่มทุกเช้า ประมาณ ๑ ชั่วโมง และการเข้ากลุ่มตอนเย็น อีก ๑ ชั่วโมง เพื่อร่วมเรียนรู้ร่วมกัน ในการเรียนรู้ การพัฒนาการเจริญอานาปานสติสมาธิ ตามแนวสติปัฏฐาน ๔ คือ กาย เวทนา จิต และธรรม โดยปฏิบัติวันละ ๘ ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ตอนเช้า จนถึง ๔ โมงเย็นและทำการสอบ

^๗ อรรถพรณ ลือบุญรัชชัย, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙ หน้า ๑๕๗

อารมณ์ ในการประเมินผลการปฏิบัติ การเจริญอานาปานสติสมาธิ ของผู้เข้ารับการบำบัดที่มีผลต่อการพัฒนาสติให้รู้เท่าทันปัจจุบัน (here and now) ที่ความคิด คำพูด และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป สามารถควบคุมอารมณ์ และรู้เท่าทันอารมณ์ได้ดีขึ้น จิตใจเข้มแข็ง รู้สึกถึงความผ่อนคลาย ความสุข (ปีติ) ความสงบในจิตใจ ความมั่นคงในจิตใจ จนจิตสามารถคลายความกังวล ความขี้เกียจ ความลังเล สงสัย วิทกกังวล ความซึมเศร้า หรือความฟุ้งซ่านคิดวกไปวนมา ได้ จนจิตจึารู้สึกมีสมาธิ มีความนิ่ง สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน สดชื่น จิตมีพลัง รู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น สามารถทำงานได้ นอนหลับสนิท รับประทานอาหารได้ นั่นคือ จิตสามารถลดนิเวศ ๕ ได้ และสามารถเจริญสติ มีความรู้เท่าทันความคิด สามารถรับรู้ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดด้านลบ ที่จะทำให้เกิดความเครียด ความเศร้า ความวิตกกังวล ของความคิดปรุงแต่งที่ผ่านมาในอดีต หรือคิดมากไปในอนาคต ที่ไม่ใช่ปัจจุบัน (here and now) หรือระลึกตามความเป็นจริงได้ รู้จักความคิดที่เป็นด้านลบ หรือความทุกข์ รู้สึกสุข จากนิโรธ รู้จักสาเหตุของทุกข์ คือ ตัณหา หรือ กิเลส การปรุงแต่ง ที่เป็นทุกข์ เห็นความไม่เที่ยง และไม่สามารถบังคับบัญชาได้ และรู้จักหนทางออกจากทุกข์ทันที คือ การเจริญอานาปานสติสมาธิ (ในทุกขณะลมหายใจเข้า และออก) ให้เป็นปัจจุบัน มีผลให้มีปัญญาสามารถ คลายทุกข์ มีปัญญาในการแก้ไขปัญา ในสภาวะจิตที่สงบ ตั้งมั่น อย่างการฝึกปฏิบัติการบำบัดจนจิตคลายความยึดมั่นในอุปาทานชั้น ๕ และเกิดความรักตัวเอง มีเมตตา เข้าใจในตัวเอง และผู้อื่น จนสามารถพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น อยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้ จนสามารถมีความสุข และบรรลุถึงความสุขภาพจิตดี อย่างยั่งยืนต่อไป

ระยะที่ ๔.เป็นระยะยุติการบำบัด

ในระยะนี้ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้น และแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งระหว่างกันได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการยุติการทำจิตบำบัด ในแต่ละครั้งที่พบกัน จะมีการประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญา ที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ ดังมีรายละเอียด ขั้นตอนย่อยดังนี้ คือ

๔.๑ ประเมินผล

๔.๑.๑ สามารถแก้ไขภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) ตามปัญหาสุขภาพจิตสังคมของผู้ป่วย

๔.๑.๒ ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถปรับตัวได้ และเปลี่ยนแปลงบริบทของครอบครัว ๖ ด้าน

๔.๑.๓ การประเมินผลทางสุขภาพจิต เป็นปกติ และ มีความสุข (ตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง)

๔.๑.๔ ประเมินผลเชิงคุณภาพของครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนบริบทใหม่ที่มีศักยภาพมากกว่าเดิม ด้วย(ตามแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ๖ ด้าน เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง) การสัมภาษณ์เชิงลึก ความพึงพอใจในการเข้ารับการบำบัด

๔.๑.๕ ยุติการบำบัด

๔.๑.๖ สรุปผลการบำบัด

๔.๑.๗ จัดประชุมในที่มเพื่อรายงานผลการทดลองเบื้องต้น และข้อเสนอแนะ

๔.๑.๘ สรุปผลการศึกษา

๔.๑.๙ จบการศึกษาเชิงทดลอง จัดทำเอกสาร นำเสนอมหาวิทยาลัยในลำดับต่อไป

หมายเหตุ***ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย เห็นว่าเป็นการวิจัยในคนที่ป่วยทางจิต ดังนั้นผู้ที่จะสามารถบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการทำจิตบำบัด และต้องเป็นผู้สามารถเข้าใจหลักพุทธธรรม ด้าน อริยสัจ ๔ โดยเฉพาะการฝึกการเจริญอานาปานสติสมาธิ ในแนวเจริญสติปัฏฐาน ๔ เป็นอย่างดี เพราะผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ พลัดพลั้งไป อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ถึงขั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเภท หรือ ชั่วตัวตายได้ ขณะเดียวกัน ถ้าสามารถรักษาให้หายป่วยได้ ก็ไม่มีอาการกำเริบให้ป่วยเป็นโรคทางจิตเภท หรือ มีความคิดฆ่าตัวตายอีกต่อไปเลย เห็นประโยชน์ ของการมีชีวิตอยู่ และการอยู่อย่างมีคุณค่า และมีความสุขในชีวิต

ดังนั้น ผู้บำบัดทางพุทธจิตสังคัมบำบัด ถือว่าเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย ดังนั้นจึงต้องมีเตรียมคุณสมบัติของผู้บำบัดในครั้งนี้ คือ

๑. การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ด้านพุทธธรรม และการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน และ ความรู้เรื่องการทำจิตสังคัมบำบัด เพื่อการรักษาโรคที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ด้วยการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน

๒. การเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัย

๓. การเตรียมความพร้อมด้านการประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนมหาวิทยาลัย และองค์กรภาครัฐ เอกชน พระวิปัสสนาจารย์ และผู้ป่วยฯ ครอบคลุม ในการทำงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด และการทำงานมีประสิทธิภาพมากที่สุด

๔. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีวิถีทางครอบคลุม จำนวน ๑๐ คน ด้วยการขับเคลื่อนการรักษาที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ต้องเดินทางไปในพื้นที่ เยี่ยมบ้าน ที่มีความแตกต่างทั้ง ภาษา วัฒนธรรม ประเพณี และการคมนาคม ที่เป็นภูเขาสูงชัน ต้องใช้พลังงาน พลังใจที่เข้มแข็ง อดทน มั่นคง มุ่งมั่น มีสุขภาพจิตดี มีความสุข และมีความเมตตาเป็นที่ตั้ง ด้วยความเข้าใจในผู้ป่วย และครอบครัว ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยได้นำการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน มาใช้กับตัวเอง อยู่อย่างสม่ำเสมอ จนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่กลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้วิจัย ตลอดระยะเวลา ๔๕ วัน เพื่อทำให้กระบวนการรักษาด้วยพุทธจิตสังคัมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๕. เตรียมความพร้อม ด้านทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดี เพราะการดำเนินการกระบวนการกลุ่ม อาจมีปัญหาอุปสรรค เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

๓.๔. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือแต่ละประเภท

ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อทำการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ตามขั้นตอนดังนี้

๔.๑ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน ประกอบด้วย

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์จำลอง ดิษยวณิช จิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านพุทธจิตวิทยา บำบัด (อดีต) อาจารย์จิตแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งอาจารย์ได้เมตตา ตรวจสอบเอกสารทั้งหมด และปรับแก้ การใช้เครื่องมือ การรักษาจิตสังคมขั้นสูง แนวพุทธ (Advanced Buddhist Psychosocial Interventions) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ การใช้เครื่องมือประเมินการเจริญกรรมฐาน เพื่อประเมินสภาพจิตของผู้ป่วย หลังการทดลอง

๒. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุทุมพร ตรังคมบัติ จิตแพทย์ ดีเด่น (อดีต) อาจารย์แพทย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณฯ ท่านเมตตาให้ใช้เอกสาร ตำรา เครื่องมือประเมินครอบครัว สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ หนังสือจิตบำบัด และการให้การปรึกษาในครอบครัว เป็นหนังสือดีเด่น ซึ่ง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ จำลอง ดิษยวณิช ท่านมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง

๓. พระอาจารย์ พระมหาเผื่อน กิตติโสภโณ ดร. หัวหน้าภาควิชาพุทธจิตวิทยา ท่านได้เมตตา ตรวจสอบเครื่องมือ พุทธจิตสังคมบำบัด ในการนำไปทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยสุขภาพจิต และอนุมัติเห็นด้วย

๔. พระอาจารย์ท่านเจ้าคุณพระราชสิทธิมนี (วิ). ผู้อำนวยการวิปัสสนากรรมฐาน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อำเภอวังน้อย จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ได้เมตตา ตรวจสอบ และให้คำแนะนำปรึกษา การใช้เครื่องมือด้าน การเจริญกรรมฐาน อานาปานสติสมาธิ เพื่อการบำบัดรักษาจิตใจผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

๕. อาจารย์ ดร. จุฑามาส วารีแสงทิพย์ อาจารย์ประจำคณะพุทธศาสตร์ ที่เมตตา ตรวจสอบเครื่องมือ การวัด ผลการเจริญกรรมฐาน และปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสม

๔.๒. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในประชากรไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ได้

๓.๕ การออกแบบการทดลอง

ในการออกแบบการทดลอง โปรแกรม พุทธจิตสังคมบำบัด ครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ประยุกต์ ออกแบบการนำ หลักอริยสัจ ๔ และการปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ด้วยมรรคมืองค์ ๘ หรือ การเจริญสติปัญญา ๔ (กาย เวทนา จิต ธรรม) โดยมี ซึ่งเป็นการเจริญอานาปานสติสมาธิ เป็นหลัก ที่เป็นทั้ง สมถกรรมฐาน และวิปัสสนากรรมฐาน ซึ่งเป็นหัวใจการปฏิบัติในหลักธรรมคำสอนในพระพุทธศาสนา และการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตามแบบการแพทย์สมัยปัจจุบัน แบบองค์รวม คือ การรักษาด้วยยาโรคทางจิต การทำจิตบำบัด และจิตสังคมบำบัด มีกระบวนการดังนี้

การเตรียมผู้รับการบำบัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด

๑. ทำการศึกษาบริบทของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๐ และทำการประสานงานและลงทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อค้นหาผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพ

๒. ทำหนังสือถึงบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อทำหนังสือประสานงานถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อขออนุญาต เข้าทำการศึกษาทดลอง

๓. ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยในคน จากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วังน้อย ออยุธยา

๔. ขอรับการปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน

๕. ประสานงานกับจิตแพทย์ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ตามโปรแกรม

๖. การแนะนำตัว ผู้บำบัดแนะนำตัวกับกลุ่มผู้รับการบำบัด ชี้แจงถึงความเป็นมาของโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงขั้นตอนการบำบัด และระยะเวลาการบำบัด

๗. การคัดเลือกผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง โดย จะมีอาการของภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และปัญหาโรคจิต ทุกกลุ่มวัยตั้งแต่ ๑๕ ถึง ๘๐ ปี และมีความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด ตลอดเวลา ๔๕ วันได้ ไม่มีอาการของโรคทางจิตเภทที่รุนแรง

๗.๑ ซักประวัติ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประวัติครอบครัว ประวัติพัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การมีสภาวะความขัดแย้งทางสุขภาพจิตสังคม(Psychosocial Crisis) และการประเมินสุขภาพจิต ด้วยเครื่องมือวัดทางสุขภาพจิต และแบบประเมินครอบครัว และแบบประเมินการปฏิบัติกรรมฐาน ก่อน และหลัง การเข้าโปรแกรม การวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ ใน OPD card และสอบถามความสมัครใจ ความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัด

๗.๒ ตกลงบริการ และการนัดหมาย เพื่อเข้าโปรแกรมบำบัด ตามตาราง ๔๕ วัน โดย ๑๐ วันแรก เป็นการพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อคัดเลือก กลุ่มเป้าหมาย ที่จะเป็นตัวแทนในงานวิจัยนี้จริงๆ ตามรูปแบบ แบบมีโครงสร้าง

ตารางที่ ๓.๒ ตารางพุทธจิตสังคมบำบัด

กำหนดอบรมปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน การฝึกปฏิบัติทางจิต ๗ วัน แบบไม่พักค้างสถานที่ ณ วรอุทยาน น้ำตกแม่สวรรค์น้อย ต.แม่เหาะ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วันที่/เวลา	กิจกรรม	
	ภาคเช้า	ภาคบ่าย
๑	ลงทะเบียน แนะนำการฝึกปฏิบัติ เพื่อการผ่อนคลาย	ประเมิน สติ สมาธิ และการตั้งใจปฏิบัติ การทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้ทุกคนรู้จักกัน และมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด

	ความเครียด การยึดเหยียด การดูหม หายใจ การทำให้สบาย	การฝึกนั่งสมาธิ การกำหนดอิริยาบถน้อย ใหญ่ ด้วยอานาปาน สติ และให้กลับไปใช้ที่บ้าน ฝึกสวดมนต์ นั่งสมาธิก่อนนอน เป็นการบ้าน
๒- ๖	-การทำกลุ่มบำบัด -การยึดเหยียด ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ พร้อมทั้งเจริญสติ - การนั่งสมาธิ ๓๐ นาทีการ เดินจงกรมด้วยอานาปานสติ สมาธิภาวนา การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ศึกษา เสริมสร้างความ เข้มแข็งทางจิตใจ (ดูใน ภาคผนวก) กลุ่มครอบครัวบำบัด	การฟังธรรมจากพระอาจารย์วิปัสสนา การสอบอารมณ์ จากการเจริญอานาปาน สติ นั่งสมาธิเดินจงกรม การทำกลุ่มบำบัด นั่งสมาธิ เดินจงกรม
๗	การทำกลุ่ม ประเมินสิ่งที่ ได้รับ จากการฝึกปฏิบัติ ๗ วันที่ผ่านมา ประเมินผล ฝึกปฏิบัติ ต่อ	การทำกลุ่ม ประเมินสิ่งที่ได้รับ จากการฝึก ปฏิบัติ ๗ วันที่ผ่านมา ประเมินผล ปิดการอบรม

๓.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมใน
มนุษย์ของ มหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย โดยมีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

๕.๑ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกเพื่อนใจ แผนก สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง
โดยคัดเลือก กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่แพทย์วินิจฉัยโรคแล้ว และมีประวัติการรักษามาโดยตลอด
แต่ยังคงมีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง มีความทุกข์ใจ มีความขัดแย้งในครอบครัว จิตสังคม ครอบครัว
วิกฤติ มีความคิดฆ่าตัวตาย

๕.๒ เชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ตามที่กำหนดไว้ ไปยังห้องให้บริการปรึกษาที่จัดเตรียมไว้

๕.๓ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำการกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อความสมัครใจ และ
ยินยอมรับการรักษา และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

๕.๔ ให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ๔ ด้าน
GHQ- ๒๘ ข้อ ขณะปัจจุบันแบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว การสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง หรือ
การสังเกตอย่างง่าย ((Unstructured or simple observation)

เมื่อยุติการรักษา ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินผลสุขภาพจิต ๔ ด้าน (Post-Test) และประเมินผลการทำหน้าที่ครอบครัว ๖ ด้าน ประเมินผลการเจริญสติปัฏฐาน ๔ และประเมินผลความพึงพอใจของการรักษาตามโปรแกรม รวมระยะเวลา ๔๕ วัน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ทัศนศึกษา ๑๐ คน และญาติที่เข้าร่วมการบำบัด ๑๐ คน รวมจำนวนทั้งสิ้น ๒๐ คน

๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล (เครื่องมือ)

๖.๑ ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ

๖.๒ และแบบประเมินผลครอบครัว และแบบประเมินผลการบำบัดทางจิตด้วยการเจริญกรรมฐาน วิเคราะห์เชิงคุณภาพ เป็น ทัศนศึกษา

๖.๓ เปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิต ๔ ด้าน ระหว่างก่อนและหลัง ได้รับการการบำบัดด้วยโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway Analysis of Anovariance) โดยใช้คะแนนคะแนนการวัดปัญหาสุขภาพจิต เป็นตัวแปรร่วม กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ๐.๐๕

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด ซึ่งเป็นโปรแกรมพัฒนารูปแบบ การช่วยเหลือ เยียวยา แก้ไขปัญหาจิตใจผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบมีโครงสร้าง ที่โรงพยาบาล แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และอัตราการฆ่าตัวตายสูง เป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดแม่ฮ่องสอนก็มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงระดับต้นๆ ของประเทศไทย โดยศึกษาปัญหาสุขภาพจิต ก่อน และหลัง การช่วยเหลือ เยียวยา แก้ไขปัญหาด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๑๐ ที่มีปัญหาซับซ้อน มี อาการเรื้อรัง กำเริบบ่อย ไม่สามารถทำงานเลี้ยงชีพได้ เป็นปัญหาครอบครัวและชุมชน ที่มารับการ ตรวจรักษา ณ ตึกผู้ป่วยนอก คลินิกเพื่อนใจ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแม่สะเรียง และ ญาติที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวอีก ๑๐ คน เพื่อเข้าร่วมโปรแกรม ในระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอโดยบรรยาย ประกอบตาราง เพื่อตอบคำถามตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ ๒. ข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพจิต ก่อน และหลัง ได้รับความช่วยเหลือเยียวยาแก้ไข

ปัญหา ด้านจิตใจด้วยโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัดโดยใช้ แบบทดสอบภาวะ สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต : General Health Questionnaire ภาษาไทย (Thai GHQ 28) ๔ ด้าน มีวัตถุประสงค์ เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ ประชากรในชุมชน ที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ ๒ ประการ คือ

๑.๑ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น

๑.๒ การมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะ ปกติของบุคคลต่างๆ ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ ๔ ด้าน คือ (๑) ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) (๒) ความวิตกกังวล (๓) ความบกพร่องเชิง สังคม: social impairment (๔) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือ หลายโรค : hypochondriasis) โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคล นั้นๆ

ส่วนที่ ๓ ข้อมูล การประเมินด้านการทำหน้าที่ครอบครัวแบบประเมินครอบครัว (Family assessment)เพื่อประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต และเพื่อวางแผนการบำบัดและการปรึกษาคือครอบครัว ด้วยแบบสอบถามทั่วไป การสังเกต และการสัมภาษณ์ เชิงลึกดังนี้ คือ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ(๑) เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (๒) รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับครอบครัว (๓) วิเคราะห์ปัญหาและให้การวินิจฉัย (๔) วางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสม (๕) สอบถามทั่วไปของChulalongkorn Family Interventory (CFI) พัฒนาเครื่องมือโดย ศาสตราจารย์

แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ เป็นแบบประเมินที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทไทย โดยเน้นวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ตาม MMFF: McMaster Model of family Functioning ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อการทำหน้าที่ครอบครัวมากขึ้น ๖ ด้าน ดังนี้คือ (๑) การแก้ปัญหา: problem solving (๒) การสื่อสาร: communication (๓) บทบาท role (๔) การตอบสนองทางอารมณ์ : affective responsiveness (๕) ความผูกพันทางอารมณ์ affective involvement (๖) การควบคุมพฤติกรรม: behavior control) แปลผลโดยรวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ แล้วนำมาวิเคราะห์เป็นรายด้าน แล้วคิดคะแนนเฉลี่ย ตามจำนวนข้อถาม วิเคราะห์เป็นภาพรวมผ่านกรณีศึกษาในแต่ละราย เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ ดังนี้คือ

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๔๙ การแปลผล ไม่ดี มีความหมายว่า ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่ มีไม่เพียงพอ

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๑.๕๐-๒.๔๙ การแปลผล ดีเล็กน้อย มีความหมายว่า สมาชิกในครอบครัวพึงพอใจได้เล็กน้อย ไม่ถึงกับแย่นัก แค่นี้ได้

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๒.๕๐-๓.๔๙ การแปลผล ดีพอควร มีความหมายว่า สมาชิกพึงพอใจในการทำหน้าที่ครอบครัว

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๓.๕๐-๔.๐๐ การแปลผล ดีมาก มีความหมายว่า สมาชิกพึงพอใจมากกับสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ

ส่วนที่ ๔ ข้อมูล การประเมินผลการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติกรรมฐาน

แบบสอบถามนี้จะประกอบด้วยคำถาม ๓ ขั้นตอนใหญ่

ขั้นตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวน ๑๐ ข้อ

ขั้นตอนที่ ๒ สอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติสติปัฏฐาน จำนวน ๓๑ ข้อ

ขั้นตอนที่ ๒ แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ๒ ข้อ

ส่วนที่ ๕ ประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบَابัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตผู้วิจัย คาดหวังว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และครอบครัว จะสามารถปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ได้ ๔ ประการ ซึ่งแสดงว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบَابัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีประสิทธิภาพ ตามตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ จำนวน ๔ ข้อ คือ

๑. แก้ไขภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts)

๒. ผู้ป่วยมี บุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์ สามารถช่วยเหลือตนเอง ทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ และมีความสุขกับสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม

๓. การประเมินผลทางสุขภาพจิต เป็นปกติ และ มีความสุข

๔. ประเมินผลเชิงคุณภาพ ความพึงพอใจในการเข้ารับการบำบัด

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๓	๓๐
หญิง	๗	๗๐
รวม	๑๐	๑๐๐
อายุ		
๑๘-๒๔ ปี	๒	๒๐
๒๕-๓๔ ปี	๒	๒๐
๓๕-๔๔ ปี	๓	๓๐
๔๕-๕๔ ปี	๒	๒๐
๕๕ ปีขึ้นไป	๑	๑๐
รวม	๑๐	๑๐๐
สถานภาพสมรส		
โสด	๑	๑๐
คู่	๙	๙๐
รวม	๑๐	๑๐๐

จากตารางที่ ๑ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ มีช่วงอายุ ระหว่าง ๒๕-๓๔ ปี ร้อยละ ๑๐๐ สถานภาพสมรสคู่

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะครอบครัว ชนเผ่าและศาสนา (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด		
๑-๕ คน	๒	๒๐
๖-๑๐ คน	๗	๗๐
๑๑-๑๕ คน	๑	๑๐
รวม	๑๐	๑๐๐
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวขยาย	๑๐	๑๐๐
เผ่า		
กระเหรี่ยงสกอ(ปะกาเกอะยอ)	๙	๙๐
อาข่า	๑	๑๐
รวม	๑๐	๑๐๐
ศาสนา		
พุทธ	๑	๑๐
คริสต์	๘	๘๐
ศาสนาอื่นๆ (เทพยดา/ผี)	๑	๑๐
รวม	๑๐	๑๐๐

จากตารางที่ ๒ พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง มี ๑- ๕ คน ร้อยละ ๒๐ มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ ๑๐๐ เป็นชนเผ่ากระเหรี่ยงขาว ร้อยละ ๙๐ เป็น ชนเผ่าอาข่า ร้อยละ ๑๐ นับถือศาสนาคริสต์ (แยกเป็น คริสเตียน ร้อยละ ๗๐ และ คาทอลิก ร้อยละ ๑๐) ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๑๐ นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ ๑๐ นับถือ ศาสนาอื่นๆ (เทพยดา/ผี)

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	๖	๖๐
เรียน	๔	๔๐
แยกเป็น		
ประถมศึกษา	๑	๑๐
มัธยมศึกษา	๑	๑๐
อาชีวศึกษา	๑	๑๐
ปริญญาตรี	๑	๑๐
รวม	๑๐	๑๐๐
อาชีพ		
รับจ้าง	๒	๒๐
แม่บ้าน ไม่ได้ทำงาน	๔	๔๐
งานฝีมือ	๒	๒๐
ทำงานบ้าน	๒	๒๐
รวม	๑๐	๑๐๐
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี		
๑,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาท	๒	๒๐
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท	๗	๗๐
๑๐,๐๐๐-๑๕,๐๐๐ บาท	๑	๑๐
รวม	๑๐	๑๐๐

จากตารางที่ ๓ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ ๔๐ และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ ๖๐ ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๘๐ และมีรายได้เฉลี่ย ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท ต่อ ปี ร้อยละ ๗๐

ส่วนที่ ๒ ข้อมูล ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย และครอบครัว

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพจิตโดยรวม(N=10)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาสุขภาพจิตการไม่ สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุข ตามที่ควรจะเป็น	๑๐	๑๐๐

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ ๑๐๐ ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคเครียด โรค
วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการทางกายที่มาจากจิตใจ และมีประวัติความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๘๐
รายละเอียดดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๖ คะแนนภาวะสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละ จำแนกตามกลุ่มปัญหาสุขภาพจิตรายด้าน
(N=10)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
การมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจาก สภาวะปกติของบุคคลรอบคลุม		
อาการทางกาย	๑๐	๑๐๐
อาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ	๑๐	๑๐๐
ความบกพร่องเชิงสังคม	๙๐	๙๐
ความรู้สึกไม่เป็นสุข		
มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	๘๐	๘๐

จากตารางที่ ๖ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐ ราย ที่พบปัญหาสุขภาพจิต เรียงลำดับมาก
ไปหาน้อยรายด้านพบว่า มี อาการทางกาย ร้อยละ ๑๐๐ อาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ร้อย
ละ ๑๐๐ ความบกพร่องทางสังคม ร้อยละ ๙๐ และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ ๘๐ รายละเอียด
ตามตารางที่ ๖

๗. การประเมินภาวะสุขภาพจิต หลังการทดลอง

ตารางที่ ๗ คะแนนภาวะสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละ จำแนกตามกลุ่มปัญหาสุขภาพจิตรายด้าน (N=10)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข	๑๐	๑๐๐

สภาวะปกติของบุคคลครอบครัว

อาการทางกายหายไป	๑๐	๑๐๐
อาการวิตกกังวล หายไป		
และการนอนไม่หลับ	๘	๘๐
เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคม	๑๐	๑๐๐
ความรู้สึกเป็นสุข		
ไม่มีอาการซึมเศร้า	๑๐	๑๐๐

จากตารางที่ ๗ พบว่า ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็นและมีสุขภาพจิตดี มีความสุข เมื่อวัดทั้ง ๔ ด้านพบว่า อาการทางกาย หายไป ร้อยละ ๑๐๐ อาการวิตกกังวล หายไป ร้อยละ ๑๐๐ และพบว่าอาการนอนไม่หลับ ไม่มีคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปัญหาความบกพร่องเชิงสังคมหายไป ร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยสามารถไปโบสถ์ได้ ทำงานบ้านได้ กลับมาทำงาน บ้าน และรับจ้าง ทำสวน และงานอื่นๆ ได้อย่างมีความสุข ปรับตัวกับคนในบ้านได้ ร้อยละ ๑๐๐ รู้สึกว่าชีวิตมีความหวัง มีค่า มีความสุข ตัวเบา กายเบา อาการคิดมาก ซึมเศร้าหายไป รู้สึกเสียตายนชีวิต เห็นชีวิตมีค่า มีประโยชน์ เข้าใจในปัญหาที่ผ่านมา ว่า เป็นเรื่องปกติ ที่ใครๆ ก็พบเจอได้ เมื่อตอนทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง และผู้บำบัดได้สอนให้รู้จักหลักธรรมการดำเนินชีวิต ความเข้มแข็งในจิตใจ

การประเมิน ผู้วิจัย นัดผู้ป่วยให้ทำการประเมินที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง พร้อมกับทีมพยาบาลสุขภาพจิต และนักจิตวิทยา ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้านเข้าร่วมรับรู้ในการประเมินอาการทางกาย และสุขภาพจิตผู้ป่วยด้วย.

๓. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ ๓

๑ แบบประเมินครอบครัว (Family assessment) เพื่อประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต และเพื่อวางแผนการบำบัดและให้การปรึกษาคู่ครอบครัว ด้วยแบบสอบถามทั่วไป การสังเกต เช่น ปฏิภาณที่สมาชิกมีต่อกัน การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ หรือการลำดับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และการสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้ คือ

แบบสัมภาษณ์ (structure interview) โดยมีวัตถุประสงค์ของการประเมินครอบครัวดังนี้คือ(๑) เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (๒) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว (๓) วิเคราะห์ปัญหาและให้การวินิจฉัย (๔) วางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสม (๕) สอบถามทั่วไป โดยใช้คำถาม จากแบบสอบถาม ๓๖ ข้อ : Chulalongkorn Family Interventory (CFI) พัฒนาเครื่องมือโดย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุมพร ตรังคมบัติ เป็นแบบประเมินที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทไทย โดยเน้นวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ตาม MMFF: McMaster Model of family Functioning ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อการทำหน้าที่ครอบครัวมากขึ้น ๖ ด้าน ดังนี้คือ (๑) การแก้ปัญหา: problem solving (๒) การสื่อสาร: communication (๓) บทบาท role (๔) การตอบสนองทางอารมณ์ : affective responsiveness

(๕) ความผูกพันทางอารมณ์ affective involvement (๖) การควบคุมพฤติกรรม: behavior control)

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๔๙ การแปลผล ไม่ดี มีความหมายว่า ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่ มีไม่เพียงพอ

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๑.๕๐-๒.๔๙ การแปลผล ดีเล็กน้อย มีความหมายว่า สมาชิกในครอบครัวพึงพอใจได้เล็กน้อย ไม่ถึงกับแย่นัก แค่นี้ได้

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๒.๕๐-๓.๔๙ การแปลผล ดีพอควร มีความหมายว่า สมาชิกพึงพอใจในการทำหน้าที่ครอบครัว

ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๓.๕๐-๔.๐๐ การแปลผล ดีมาก มีความหมายว่า สมาชิกพึงพอใจมากกับสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ

โดยการประเมินความรู้สึกนึกคิด เน้นวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ๖ ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐ ราย มีความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านต่างๆ พบว่ามีปัญหาการทำหน้าที่ครอบครัวบกพร่อง ที่เป็นปัจจัยให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังลำดับมากไปหาน้อยรายด้าน พบว่า

ก่อนการทดลอง

พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ย ของผู้ป่วยและ ผู้ดูแลในครอบครัว อยู่ในระดับที่ ๑ ร้อยละ ๘๐ พบว่าอยู่ที่ระดับค่าเฉลี่ย ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๔๙ การแปลผล ไม่ดี มีความหมายว่า ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่ มีไม่เพียงพอ ร้อยละ ๒๐ พบว่า อยู่ในระดับที่ ๒ คือ ถ้าระดับค่าเฉลี่ย ๒.๕๐-๓.๔๙ การแปลผล ดีพอควร มีความหมายว่า สมาชิกพึงพอใจในการทำหน้าที่ครอบครัว ๖ ด้าน แยกเป็นรายด้าน ผ่านกรณีศึกษาพบว่า

๑. ด้านการสื่อสาร

ผู้ป่วย และครอบครัว ไม่สามารถพูดคุยกันได้ตามปกติ เช่น เจ็บ ดุดำ บ่น ทะเลาะกัน ใช้อารมณ์คุยกันมากกว่าเหตุผล ทุกครอบครัว หรือการใช้คำพูดประชดประชัน เสียดี ผู้ป่วยทำให้ ผู้ป่วยมีอาการหนักเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วย จะเจ็บเป็นส่วนใหญ่

ครอบครัว จะบ่น ดุดำ ว่าผู้ป่วยแกล้งป่วย ขี้เกียจ เป็นภาระ ดื้อดื้อ บ้า

๒. บทบาท

การแสดงออกและการทำหน้าที่ผิดปกติ ไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ไม่ได้ เช่น ทำงาน หรือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว

ผู้ป่วย จะกลายเป็นภาระของครอบครัว ในทุกด้านตกเป็นเหยื่ออารมณ์ของครอบครัว เนื่องจากอยู่ในฐานะที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก หรือ แทบไม่ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นพ่อ กลายเป็นผู้ป่วยที่ถูก หลาน เมีย เอื้อมระอา ไม่ให้เกียรติ และเป็นฝ่ายหาเลี้ยงผู้ป่วยรู้สึกกดดัน และได้รับการปฏิเสธจากครอบครัว

ครอบครัว แสดง บทบาท หน้าที่ ควบคุม คุกคาม ป่วยทุกด้าน เนื่องด้วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยมีอันตราย ด้วยอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้ ครอบครัวไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่มีระหว่างกันได้เลย

๓. ความผูกพันทางอารมณ์

ผู้ป่วยเล่าว่า รู้สึกว่าอยู่ไปแบบแว้งคว้าง เหวง โดดเดี่ยว ไม่มีใครรัก ไม่มีใครห่วงใย
ครอบครัว รู้สึกว่า ผู้ป่วยเป็นภาระ ที่ไม่สามารถทิ้งได้ เบื่อหน่าย

๔. การแก้ปัญหา

พบว่า การแก้ไขปัญหาด้านทางอารมณ์ นั้นเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ
ครอบครัว จากความขมขื่นใจ ไม่ไว้วางใจระหว่าง สามี ภรรยา หรือ พี่น้องในครอบครัว หรือ
พ่อ แม่ ลูก ในครอบครัว เป็นประเด็นสำคัญทำให้ปัญหารุนแรงซับซ้อน ยุ่งเหยิง ด้วยความไม่
เข้าใจกัน

และปัญหาด้านการอยู่ร่วมกัน เช่น การขาดเงินในการไปรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมี
อาการกำเริบ ทั้งร่างกาย และจิตใจ หรือ ปัญหาด้านการดูแล รักษา ความสะอาดในการใช้
ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น

๕. การตอบสนองทางอารมณ์

พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนอง อารมณ์ รัก ในระหว่างครอบครัวได้ เนื่องจากกระแหริ่ง
ชนเผ่านั้น การกอด หรือการบอกรัก พูดเพราะๆ ต่อกันเป็นเรื่องที่เขินอายมาก
สามีภรรยา ไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธ ได้เหมาะสม เพราะกลัวอีกฝ่ายจะโกรธ และทิ้งไป
หรือฆ่าตัวตายประชด

๖. การควบคุมพฤติกรรม

ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่อิสระ ถูกควบคุมไปหมด

ครอบครัว รู้สึกว่า ครอบครัวยุ่งเหยิง ไปตามสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ที่ขึ้นๆ ลงๆ บางวันก็ดี
บางวันก็ร้าย

ผู้บำบัด ได้ทำการวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละราย ครอบครัว และทำการ
แก้ไข รักษาด้วยการทำจิตบำบัดครอบครัว และการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและ
ครอบครัว ได้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

**หลังการทดลอง เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา แก้ไขทาง
จิตใจ พบว่า** ผู้ป่วยและครอบครัวมีทุนเดิม ด้าน วัฒนธรรมความรักในครอบครัวของชนเผ่าที่เป็น
จุดแข็งจึงทำการเปลี่ยนแปลงครอบครัวในการทำหน้าที่ใหม่ ให้เป็นปกติ

จากผลการประเมินแบบสัมภาษณ์ สังเกต สอบถามข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อหลังการ
ทำจิตครอบครัวบำบัดครบแล้ว ๘-๑๒ ครั้ง และหลังการเข้ารับการบำบัดปฏิบัติการฐาน ๗ วัน
พบว่า พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๑๐ คน และครอบครัว ๑๐ คนรวมทั้งสิ้น ๒๐ คน มีการร่วมมือในการ
เปลี่ยนแปลงบทบาทในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้นมากทั้ง ๖ ด้าน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับ
ปัญหา ความขัดแย้งและความเครียดได้ดี มีทักษะการผ่อนคลายความเครียดและการสื่อสารใน
ครอบครัวดีขึ้น โดยวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ เป็นวันวาเลนไทน์ และเป็นวันพระ ผู้วิจัยฝึกทุกคนเจริญ
เมตตา ความรัก และตั้งจิตที่จะเจริญเมตตา ให้ความรักแก่ตัวเองและครอบครัว เริ่มจากวันนี้ต่อไป ซึ่ง
ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถบอกรัก และทะเลายกำแพง แห่งความขัดแย้งลงไป และสามารถแก้ไข
ด้านต่างๆ คือ

๑. ปัญหาด้านการสื่อสารโดย

พบว่าผู้ป่วย และครอบครัว ใช้การเจริญสติ ตลอดเวลา ทำให้จิตใจสงบ อารมณ์เย็นขึ้น ร่างกายสบายขึ้น ไม่ปวดเมื่อย อารมณ์สดชื่นขึ้น และผลจากการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการเรียนรู้ เข้าใจความเจ็บไข้ทางจิต และความขัดแย้งที่ผ่านมานาน จึงส่งผล ทำให้ ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถพูดคุย สื่อสาร กันได้อย่างตรงไปตรงมา ไม่ ประชด ไม่เสียดสี และไม่ใช้อารมณ์เห็นผลว่า การพูดคุย ด้วยน้ำเสียงที่ปกติ ไม่ใช้อารมณ์ จะสื่อสารกันได้ดีกว่าและมีความสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยคุยแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม มีผู้ป่วยชาย สูงอายุ ที่ป่วยมานานกว่า ๑๐ ปี สามารถออกมาร้องเพลงได้ต่อหน้าชุมชนในวันไปโบสถ์ และร้องเพลงในช่วงทำกลุ่มบำบัดได้อย่างไพเราะ

๒. บทบาท

พบว่า ทุกคน เข้าใจ ยอมรับ ให้เกียรติ กันตามฐานะบทบาทในครอบครัว ผู้ป่วยสามารถช่วยงานบ้านได้ และรู้สึกภูมิใจที่สามารถช่วยเหลืองานในบ้านได้ดี ผู้ป่วยบางคน สามารถเดินทางเกือบ ๓ กิโลเมตร ในการเข้ารับการบำบัดทุกวัน ผู้ป่วยผู้หญิง จำนวน ๖ ราย สามีสมาส่งเพื่อเข้ารับการบำบัด

๓. ความผูกพันทางอารมณ์

พบว่า ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถแสดงออกความรัก ความต้องการ ความโกรธ ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เข้าใจกันมากขึ้น และตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกันได้ดียิ่งขึ้น

๔. การแก้ปัญหา

พบว่า ครอบครัว มีการปรึกษาหารือ เพื่อหาทางช่วยกันแก้ไขปัญหา ที่เป็นทางออกที่เหมาะสม เช่นเรื่อง การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอาการกำเริบ การเข้าใจผู้ป่วยที่ต้องการมีเพื่อนคุย เข้าใจ เพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว

๕. การตอบสนองทางอารมณ์

พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถตอบสนองทางอารมณ์กันอย่างถูกต้อง เช่นการแสดงความรัก การเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน การเฝ้าระวังการดุด่าทอนที่ เมื่ออารมณ์สงบขึ้น ก็สามารถพูดคุยกันเมื่อโกรธ จะไม่แผดเสียงต่อกัน จะอดทน และพูดด้วยน้ำเสียงที่ปกติ หรือ เมื่อรู้ว่า อีกฝ่ายหนึ่งเครียด ก็จะพยายามเข้าใจ และดูแล แก้ไข ปรึกษาให้ความเครียดนั้นหายไป

๖. การควบคุมพฤติกรรม

ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอิสระขึ้น จากการที่ ครอบครัวเข้าใจ ยอมรับ ให้โอกาส สนับสนุน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ได้กลับมาใช้ชีวิตที่ปกติ และรู้สึกเชื่อมั่น ในตัวเอง ต่อการแสดงออกต่อครอบครัว และชุมชนมากขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเอง

๒. การประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ส่วนที่ ๔ ได้ประเมินทั้ง ก่อน และหลังการทดลอง เป็นคำถามทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อใช้วัดผลของความก้าวหน้าทางจิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยอาจารย์ที่ศึกษาด้านวิปัสสนากรรมฐาน ดุรายละเอียดเพื่อใช้ในการประเมินผล ก่อน และ หลัง การปฏิบัติตามมาตรฐานตามสติปัญญา ๔ จำนวน ๔๓ ข้อ ซึ่งวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวน ๑๐ ข้อ

ขั้นตอนที่ ๒ สอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติสติปัฏฐาน จำนวน ๓๑ ข้อและ สอบถามด้าน ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ผลการประเมิน พบว่า

ก่อนการทดลอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐ ราย นับถือศาสนาพุทธ จำนวน ๑ ราย และนับถือศาสนา คริสต์ จำนวน ๙ ราย เคยมีประสบการณ์การปฏิบัติธรรม ๕ คน เป็นรูปแบบการนั่งสมาธิ คือแบบ สมณะภาวนา ส่วนใหญ่นั่งสมาธิที่วัด โบสถ์ ที่โรงเรียน แบบชนิดนั่งหลับตา ภาวนาพุทโธเคยฝึก ปฏิบัติธรรมมานาน ประมาณ ๑-๒ ปี เวลาไปวัด หรือโบสถ์ ผลการปฏิบัตินั่งสมาธิ ผู้ป่วย ๒ คนบอก ว่ารู้สึกสบายใจดี อีก ๓ คนบอกว่า เฉยๆ ผู้ป่วย ๕ คน ตอบว่าการฝึกปฏิบัติธรรมครั้งนี้เป็นครั้งแรก ความคาดหวังในการเข้าโครงการเพื่อปฏิบัติธรรม ผู้ป่วย จำนวน ๗ คนบอกว่า อยากหายจากความ ทุกข์ ทรมานทางจิตใจ อีก ๓ คน บอกว่าไม่แน่ใจ อยากทดลองดู เพราะเห็นผู้บำบัดมีสุขภาพจิตดี มีความสุขซึ่งเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยฯ ตัดสินใจเข้าอบรมปฏิบัติธรรมในครั้งนี้เพราะเห็นผู้บำบัดมี สุขภาพจิตดี มีความสุขเชื่อมั่นและไว้วางใจในผู้บำบัดและครอบครัวให้การสนับสนุน ผู้ป่วยฯ ทุกคน ผู้ป่วยบอกว่า อุปสรรคในการปฏิบัติธรรมในครั้งนี้คือสภาพร่างกายและจิตใจที่แย่มาก

หลังการทดลอง

ผู้ป่วยฯ ตอบว่าและสิ่งที่ดีที่สุดในการปฏิบัติธรรมในครั้งนี้คือ สุขภาพกายดีขึ้น สามารถเดิน ได้อย่างคล่องแคล่ว อาการปวดหัว ปวดท้องท้อง หายไปเป็นปลิดทิ้ง อาการปวดหลัง ปวดไหล่ หายไป รู้สึกว่า ร่างกายเบาและสามารถกินอาหารได้ตามปกติ อาการทุกข์ใจ วิตกกังวล หายไปหมด เลยรู้สึกกระฉับกระเฉง สดชื่นรู้สึกอารมณ์ หุดหงิด เบื่อ ใจร้อน หายไปมากเวลาขี่มอเตอร์ไซด์ รู้สึกว่า ชัยชีช้าลง มีสติมากขึ้น ความคิดฆ่าตัวตายหายไป อาการนอนหลับสนิท เมื่อกำหนดลมหายใจก่อน นอนหลับทุกครั้งปัจจุบันคนในครอบครัว เข้าใจ และพูดดีด้วย รักกันดีสามารถทำงานบ้านช่วยเหลือ ครอบครัว เข้าใจปัญหาสุขภาพจิตตัวเองมากขึ้น รู้จักวิถีคลายเครียดตัวเองไม่คิดมากแล้วอยู่เพื่อมี ความสุข และเป็นประโยชน์ ต่อตัวเอง และคนในครอบครัว

ตอนที่ ๒ การประเมินด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติกรรมฐาน การเจริญอานาปานสติสมาธิ สติปัฏฐานจำนวน ๓๑ ข้อ ดังนี้

จากผลการรวบรวมข้อมูล พบว่า ในระยะแรก กลุ่มเป้าหมาย ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการ ปฏิบัติกรรมฐาน เลย ค่ะแนน เป็นศูนย์

ดังนั้น ข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์นี้ เป็นข้อมูล เป็นกระบวนการสอบอารมณ์ สังเกต และ สรุปลหลังจากการปฏิบัติกรรมฐาน ๗ วัน เสร็จสิ้นลงแล้ว ดังต่อไปนี้

๑.ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติสติปัฏฐาน

การเดินจงกรม

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติสติปัฏฐาน ได้ดี ตามข้อคำถาม เหล่านี้ คือ

๑.ขณะเดินจงกรม เช่น ขว้างงหนอ ซ้ายงงหนอ สามารถกำหนดได้ทันปัจจุบัน

๒.สามารถยื่นกำหนดด้วยสติ ได้ทุกคน

๓.ขณะที่เกิดความรู้สึก คั่น เจ็บปวด หรือสบาย หรือเฉยๆ แทรก

ในขณะที่เดินจงกรม ผู้ป่วยสามารถกำหนดได้ทันที

๔.ขณะที่ใจคิดถึง นึกรัก โกรธ หลง เศร้าใจเป็นต้น

แทรกในขณะที่เดินจงกรม ผู้ป่วยสามารถกำหนดได้ทันที

๕.ขณะที่ใจเกิดความยินดี พยาบาท ง่วง ท้อแท้ เกียจคร้าน

ฟุ้งซ่าน เบื่อ รำคาญ ลังเลสงสัย หรือเกิดระลึกได้ พิจารณาธรรมเพียรพยายาม อิ่มใจ สงบ ตั้งมั่น

ปล่อยวางอย่างมีปัญญา แทรกในขณะที่ท่านเดินจงกรม สามารถกำหนดได้ทันที

และสามารถกำหนดระงับได้

๖.เมื่อท่านรู้สึก ปิติ สุข ทุกข์ แกร่งขึ้นมา สามารถกำหนดระงับได้๗.ขณะที่ หมุนตัวกลับ สามารถ

กำหนด ระลึกรู้ มีสติตลอดเวลา

๘.ท่านสามารถเดินจงกรมตามกำหนดระยะเวลาที่พระวิปัสสนาจารย์ แนะนำให้เดิน เช่น ๑๐ ๑๕ ๒๐

๒๕ ๓๐ นาทีได้

เรื่องการนั่งสมาธิเจริญอานาปานสติ

๙.ขณะนั่งสมาธิท่านสามารถคุมหายใจเข้ายาว-ออกยาว

ได้ชัดเจนด้วยกันนับลมหายใจคู่ เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ เป็นต้น

๑๐.ขณะนั่งสมาธิ ท่านสามารถคุมหายใจเข้าสั้น-ออกสั้น

ได้ชัดเจนด้วยกันนับลมหายใจคู่ เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ เป็นต้น

๑๑.ขณะนั่งสมาธิ ท่านสามารถดูกอง (ต้น กลาง ปลาย)

ของลมหายใจได้ชัดเจนด้วยกันนับลมหายใจคู่

เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ ๔-๔ ๕-๕ ๖-๖ เป็นต้น

๑๒. ขณะนั่งสมาธิ ท่านสามารถรู้ได้ถึงการระงับ

หรือดับหายไปของลมหายใจได้ชัดเจนด้วยกันนับลมหายใจคู่

เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ ๔-๔ ๕-๕ ๖-๖ ๗-๗ ๘-๘ ๑๐-๑๐ เป็นต้น

๑๓.ท่านสามารถนั่งสมาธิได้นานตามเวลาที่พระวิปัสสนาจารย์

กำหนด คือ ๑๐ นาที ๑๕ นาที ๒๐ นาที ๒๕ นาทีและ ๓๐ นาทีการเจริญสติทางอายตนะทั้ง ๖

๑๔.ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทางตาได้ทันที

ในขณะที่ฝึกปฏิบัติอานาปานสติ

๑๕.ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทางหูได้ทันที

๑๖.ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทางจมูกได้ทันที

๑๗.ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทางรส (ลิ้น) ได้ทันที ในขณะที่ท่านรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ

๑๘.ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง ตึง ไหว ได้ทันที

การกำหนดสติในอริยาบถย่อยจากการสัมภาษณ์ และสังเกตผู้ป่วยขณะปฏิบัติ และขณะปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยสามารถกำหนดสติระลึกรู้ในอริยาบถย่อยเหล่านี้ ได้เป็นส่วนใหญ่

- ๑๙.ตื่นนอน
- ๒๐.ล้างหน้า-แปรงฟัน
- ๒๑.อาบน้ำ
- ๒๒.สวมใส่เสื้อผ้า
- ๒๓.รับประทานอาหาร
- ๒๔.ดื่มน้ำ
- ๒๕.ล้างถ้วย-ล้างชาม
- ๒๖.ก้มลง-เงยขึ้น
- ๒๗.แลซ้าย-แลขวา
- ๒๘.เปิด-ปิดประตู
- ๒๙.เดิน
- ๓๐.สวดมนต์ไหว้พระ

๓๑.นอน

ส่วนที่ ๕ การประเมินผลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง และประสิทธิผลของโปรแกรมพุทฺธิจิต

สังคมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีประสิทธิภาพ ตามตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ จำนวน ๔ ข้อ คือ

๑. แก้ไขภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts)
๒. ผู้ป่วยมี บุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์ สามารถช่วยเหลือตนเอง ทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ และมีความสุขกับสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม
๓. การประเมินผลทางสุขภาพจิต เป็นปกติ และ มีความสุข
๔. ประเมินผลเชิงคุณภาพ ความพึงพอใจในการเข้ารับการบำบัด

ซึ่งสรุปผลการประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๑๐ คน สามารถแก้ไขภาวะความขัดแย้งในจิตใจตัวเองได้ ในแต่ละขั้นตอนของปัญหาชีวิตที่สะสมเป็นความเครียดมานาน มีโอกาส ได้ระบายออก และทำความเข้าใจ ปัญหา ยอมรับปัญหา และเห็นความทุกข์จากปัญหานั้น และลงมือแก้ไขปัญหา ที่ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ด้วยเหตุผล และความเป็นจริง ในปัจจุบัน เมื่อมีความคิดด้านลบขึ้นมา ก็สามารถใช้การเจริญสติ ด้วยการสวดลมหายใจ เข้า และออก เพื่อให้จิตใจสงบ ตั้งมั่นดีแล้ว จึงยกปัญหานั้นขึ้นมาพิจารณา หากพิจารณาไม่ได้ ก็อยู่กับลมหายใจ สักครู่ จนจิตรู้สึกสงบ ปล่อยวางจากปัญหานั้นแล้ว ก็ค่อยลงมือแก้ไขปัญหา โดยมีครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา และผู้บำบัดเป็นที่ปรึกษา หาหนทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

ส่งผลให้ ผู้ป่วยฯ ที่มีปัญหาทุกคน สามารถเข้าใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีประโยชน์ มีความสุข มากกว่า การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ที่จมอยู่กับความทุกข์นั้นนานกว่า ๑๐ ปี สิ่งที่ช่วยยืนยันว่า ผู้ป่วยสามารถมีบุคลิกภาพที่ดี คือ ครอบครัว ชุมชน ที่เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยชัดเจน ที่เปลี่ยนจากสภาพผู้ป่วย ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่พูด ซึมทั้งวัน หรือหนีเข้าป่าตอนกลางคืน เพราะนอนไม่หลับ เครียด เกลียด โกรธคนในครอบครัว มาช่วย ตื่นเช้าตรู่ ทำงานบ้าน หุงหาอาหาร ช่วยคนในบ้านทำงาน เดินได้ ร้องเพลงในโบสถ์ได้ ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป บางครอบครัว ถึงกับ

ถามผู้ป่วยว่า “วันนี้แม่กินยาผิดซองหรือเปล่า” สิ่งที่ทำให้ผู้บำบัดเห็นชัดเจน คือ การยิ้มแย้มแจ่มใส การตั้งใจปฏิบัติกรรมฐาน การช่วยเหลือการทำงานในกลุ่ม การมีปฏิริยา พุทศุย แสดงออก

ปัญหาอุปสรรค

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย พบปัญหาอุปสรรค มากพอสมควร กว่าที่การวิจัยจะสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยขอสรุป ปัญหา อุปสรรคเป็นข้อๆ ดังต่อไปนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ สำหรับ ผู้สนใจที่จะทำงานวิจัยในลักษณะนี้ ต่อไป ดังต่อไปนี้

๑.ผู้ป่วยๆ ที่เข้าโปรแกรม ๙ คน นับถือคริสต์ เป็นความลำบากในการสวดมนต์ไหว้พระแบบพุทธ จึง ต้องเปิดแบบสวดมนต์ธรรมจักษักบัวตันสูตร แบบแปล ความยาว ประมาณ ๓๐ กว่า นาที เพื่อใช้เป็นอารมณ์สมาธิ และเป็นเทคนิคการสอนหลักธรรม มรรคมีองค์ ๘ เพื่อเชื่อมโยงกับการปฏิบัติกรรมฐาน แบบการการสอนธรรมะทั่วไป ผู้ป่วยรับได้ดี แต่มีประเด็นปัญหา ช่วงหนึ่งที่ไม่สามารถรับได้ที่มืพระ กับแม่ชี มาสอนการเจริญกรรมฐาน ซึ่งมีผู้ป่วยและญาติ ออกจากกลุ่ม ผู้วิจัยต้องปรับกระบวนการ โดยเป็น ผู้อบรมการปฏิบัติธรรม ตลอดทั้ง ๗ วัน ทำทุกหน้าที่ ซึ่งเป็นอะไรที่ยากลำบากพอสมควร เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วย เป็นกลุ่มปิด ไม่สามารถให้ผู้บำบัด ที่ไม่มีการสร้างสัมพันธภาพก่อนการรักษา เข้ามาบำบัดได้ เป็นข้อจำกัด ในการรักษาอย่างหนึ่ง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงเป็น กลุ่มที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน ในการให้การบำบัดทางจิตเป็นอย่างมาก

๒. ชุมชน สังคม ในพื้นที่ ลือ และกลัวว่าการปฏิบัติกรรมฐาน จะทำให้บ้ามากกว่าเดิม

๓. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ ความใส่ใจ ในด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช น้อยมาก และ กลัวการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจะถูกทิ้งในสังคม

๔. การนับถือศาสนา ที่ไม่ใช่ศาสนาพุทธ จึงเป็นอุปสรรคต่อความเชื่อ ศรัทธา ในการพัฒนาจิต ในขั้นสูงสุดต่อไป

๕. ด้วยข้อจำกัด เรื่อง การปฏิบัติกรรมฐาน ที่เป็นสิ่งที่ยากมากที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ และนับถือศาสนาคริสต์ ได้เข้ามาสู่กระบวนการบำบัด จนจบโปรแกรม ดังนั้น หากมีการทดลองในครั้งต่อไป ควรระบุนักบวชศาสนาพุทธ เพื่อที่จะง่ายในการจัดกิจกรรม ทางพุทธศาสนา ที่เอื้อต่อการบำบัดต่อไป ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อมูล

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ๕ เป็นเครื่องพิสูจน์ ได้ว่าโปรแกรม พุทธจิตสังคัม บำบัด สามารถรักษา เยียวยา แก่ไขผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต เรื้อรัง นานหลาย ๑๐ ปี ให้กลับมามีสุขภาพจิตดี และมีความสุข ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) การแก้ไขปัญหามาเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน จึงมีส่วนช่วยให้ ผู้ป่วยทุกคนมีการปรับตัวได้ ไม่รู้สึกขัดแย้งในจิตใจอีกต่อไป เกิดความรู้สึกรักพึงพอใจในชีวิต

บทที่ ๕

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและปริมาณ แบบ กึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้วยจิตสังคมบำบัดขั้นสูง แนวพุทธ : Advance Psychosocial Therapy intervention โดยการศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ก่อน และหลัง ได้รับการบำบัดด้วยพุทธจิตสังคมบำบัด แบบมีโครงสร้าง และขั้นตอนการบำบัด ๔ ขั้นตอน ระยะเวลา ๔๕ วัน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจงจากกรณีศึกษาผู้ป่วยสุขภาพจิต ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่าง เดือน ธันวาคม ๒๕๖๐ ถึง เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จำนวน ๑๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๔ ส่วนคือ (๑)แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และครอบครัว (๒) แบบวัด General Health Questionnaires ฉบับภาษาไทย : Thai GHQ-28 เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (๑๙๗๒) โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (๒๕๓๙) วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ ตั้งแต่ ๐.๘๔ ถึง ๐.๙๔ และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ ๗๘.๑ ถึง ๘๕.๓ และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ ๘๔.๔ ถึง ๘๙.๗ สมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในประชากรไทยได้ (๓) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Interventory (CFI) ๓๖ ข้อ พัฒนาเครื่องมือโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (๒๕๔๐) โดยเน้นวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ตาม MMFF: McMaster Model of family Functioning จากการศึกษาพบว่า CFI มีความเที่ยง (reliability) ในระดับสูง ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อการทำหน้าที่ครอบครัวมากขึ้น ๖ ด้าน คือการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม แผลผลโดยรวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ แล้วนำมาจำแนกเป็นรายด้าน แล้วคิดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม (๔) การประเมินการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ๓ ขั้นตอนใหญ่ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน ๑๐ ข้อ แบบสอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐานแบบสติปัฏฐาน ๔ จำนวน ๓๑ ข้อและ แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (๕) ประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้วิจัย ตั้งสมมุติฐานว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และครอบครัว จะสามารถปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ได้ ๔ ประการ ซึ่งแสดงว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีประสิทธิภาพตามตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ จำนวน ๔ ข้อ คือ

๑. แก้ไขภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts)
 ๒. ผู้ป่วยมี บุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์ สามารถช่วยเหลือตนเอง ทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ และมีความสุขกับสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม
 ๓. การประเมินผลคัดกรองสุขภาพจิต หลังการทดลองเป็นปกติ และ มีความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ๔. ประเมินผลความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษา ร้อยละ ๘๐
- โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และคำนวณค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๐ มีช่วงอายุ ระหว่าง ๒๕-๗๕ ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๑๐๐ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง มี ๑- ๕ คน ร้อยละ ๒๐ มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ ๑๐๐ เป็นชนเผ่ากระเหรี่ยงขาว ร้อยละ ๙๐ เป็น ชนเผ่าอาข่า ร้อยละ ๑๐ นับถือศาสนาคริสต์ (แยกเป็น คริสเตียน ร้อยละ ๗๐ และ คาทอลิก ร้อยละ ๑๐) ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๑๐ นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ ๑๐ นับถือ ศาสนาอื่นๆ (เทพยดา/ผี) กลุ่มตัวอย่าง ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ ๔๐ และไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ ๖๐ ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๘๐ และมีรายได้เฉลี่ย ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท ต่อ ปี ร้อยละ ๗๐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้อพยพมาจากที่อื่นร้อยละ ๔๐ เนื่องจากติดตามครอบครัว ปัจจุบัน อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอแม่สะเรียง ร้อยละ ๑๐๐ เป็นส่วนใหญ่ เกิดในประเทศไทย ร้อยละ ๗๐ มีบัตร และสิทธิการเป็นชาวไทย ในราชอาณาจักรไทย ร้อยละ ๑๐๐ มีที่ดินทำกินร้อยละ ๑๐๐

กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคเครียด โรควิตกกังวล ซึมเศร้า อาการทางกายที่มาจากจิตใจ และมีประวัติความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๘๐ กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐ ราย ที่พบปัญหาสุขภาพจิตสำเร็จ มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ร้อยละ ๑๐๐ ความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ร้อยละ ๙๐ ความบกพร่องเชิงสังคม ร้อยละ ๗๐ และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค ร้อยละ ๗๐ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ ไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุข คือ อยู่กับบ้าน ทำงานไม่ได้ ช่วยเหลือครอบครัวไม่ได้ กลางคืนนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว กลางวัน หลับมาก ด้วยฤทธิ์ของยาทางจิตเวช สื่อสารไม่รู้เรื่อง

ด้านการประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว ๖ ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐ ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับที่ ๑.๐๐-๑.๔๙ การแปลผล ไม่ดี คือหมายความว่า ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่มาก เรียงตามรายด้านพบว่า คือ (๑) ด้านการสื่อสาร ผู้ป่วย และครอบครัว ไม่สามารถพูดคุยกันได้ตามปกติ เช่น เจ็บ ดุคำ บ่น ทะเลาะกัน ใช้อารมณ์คุยกันมากกว่าเหตุผล ทุกครอบครัว หรือการใช้คำพูดประชดประชัน เสียดสี ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย จะเจ็บเป็นส่วนใหญ่ โดยครอบครัว จะบ่น ดุคำ ว่าผู้ป่วยแกล้งป่วย

ชี้แจง เป็นภาระ ดื้อด้าน บ้า (๒) บทบาท และการแสดงออกและการทำหน้าที่ผิดปกติ ไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ไม่ได้ เช่นทำงาน หรือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว ผู้ป่วย จะกลายเป็นภาระของครอบครัว ในทุกด้าน ตกเป็นเหยื่ออารมณ์ของครอบครัว เนื่องจากอยู่ในฐานะที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก หรือ แทบไม่ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นพอกกลายเป็นผู้ป่วยที่ลูกหลาน เมีย เอื้อมระอา ไม่ให้เกียรติ และเป็นฝ่ายหาเลี้ยง ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน และได้รับการปฏิเสธจากครอบครัว สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว แสดง บทบาท หน้าที่ ควบคุม คุกคาม ป่วยทุกด้าน เนื่องด้วยไม่อยากให้ผู้ป่วยมีอันตราย ด้วยอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้ ครอบครัวไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่มีระหว่างกันได้เลย (๓)ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ผู้ป่วยเล่าว่า รู้สึกว่าอยู่ไปแบบแว้งคว้าง เหงาโดดเดี่ยว ไม่มีใครรัก ไม่มีใครห่วงใย ส่วนครอบครัวบอกความรู้สึกว่า ผู้ป่วยเป็นภาระ ที่ไม่สามารถหึงได้ เปื่อหน่าย (๔)พบว่า การแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ นั้นเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัว จากความขมขื่นใจ ไม่ไว้วางใจระหว่าง สามี ภรรยา หรือ พี่น้องในครอบครัว หรือ พ่อ แม่ ลูก ในครอบครัว เป็นประเด็นสำคัญ ทำให้ปัญหารุนแรงซับซ้อน ยิ่งเหยิงด้วยความไม่เข้าใจกันและปัญหาด้านการอยู่ร่วมกัน เช่น การขาดเงินในการไปรักษาหรือการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ส่งผลให้มี อาการกำเริบ ทั้งร่างกาย และจิตใจ หรือ ปัญหาด้านการดูแล รักษา ความสะอาดในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น (๕)พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนอง อารมณ์ของความรักใคร่ ผูกพัน ในระหว่างครอบครัวได้ เนื่องจากกระหิระยงชนเผ่านั้น การกอด หรือการบอกรัก พูดเพราะๆ ต่อกันเป็นเรื่องที่เขินอายมาก ส่วนอารมณ์โกรธสามีภรรยา ไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธ ได้เหมาะสม เพราะกลัวอีกฝ่ายจะโกรธ และทิ้งไป หรือฆ่าตัวตายประชด (๖)การควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่อิสระ ถูกควบคุมไปหมด ครอบครัวรู้สึกว่ สภาพในชีวิตประจำวันของครอบครัวยุ่งเหยิง ซึ่งเป็นไปตามสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ที่ขึ้นๆลงๆ บางวันก็ดี บางวันก็ร้าย

การปฏิบัติมรรคมืองค์ ๘ ด้วยการใช้แบบสอบถามการปฏิบัติ อานาปานสติสมาธิกรรฐานเพื่อการเจริญสติและปัญญา ๓ ขั้นตอน จำนวน ๔๓ ข้อ พบว่า มีผู้ป่วย จำนวน ๑ คน นับถือศาสนาพุทธ และอีก ๙ คน นับถือศาสนาคริสต์ ก่อนการปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยเพียง ๕ รายที่เคยนั่งสมาธิ ด้วยการนั่งหลับตา ตามผู้สอนสั่ง และพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกคน ร้อยละ ๑๐๐ บอกว่าไม่เคยฝึกสมาธิ และสติ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

สรุป ปัญหาของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง และมีม้ง ละว้า อย่างละ ๑ คน ซึ่งจะมี ภาษา ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมที่แตกต่างจากชุมชนเมือง ทำให้การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างมากส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะปัญหาความขัดแย้งทางสุขภาพจิตสังคม ปัญหาหรือโรคทางสุขภาพจิตที่พบมากคือ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด โรจิต และโรคทางจิตเภท สุรา ยาเสพติด และปัญหาฆ่าตัวตาย โดยจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากเป็นอำเภอต้นๆ ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน และลักษณะการฆ่าตัวตาย คือ เชือดคอตด้วยมีด ยิงกรอกปาก แขนวนคอ หรือ ตีฆ่าพิษ ซึ่งมักมีผลกระทบทำให้เกิด

ปัญหาสุขภาพจิตจากกรุ่นสู่รุ่ม และในครอบครัวมีผู้ป่วยสุขภาพจิตหลายคนอยู่รวมกัน จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ภาษาความรู้และเชื่อของชุมชนที่เกี่ยวกับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน ยากในการเข้าถึงความรู้ จึงอาจประสบกับภาวะยุ่งยากซับซ้อน ในการเข้าถึงการรับบริการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยและเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต ที่ยุ่งยากซับซ้อนมีอาการกำเริบบ่อย มีการทำหน้าที่ในครอบครัวบกพร่อง สัมพันธภาพบกพร่อง มีภาวะยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ช่วยเหลือ เยียวยาแก้ไขปัญหา

หลังการทดลองจากผลการวิจัยพบว่า

๑.กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของปัญหาสุขภาพจิต หลังได้รับการบำบัดด้านจิตใจ น้อยกว่าก่อนได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมแนวพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๒.กลุ่มตัวอย่าง สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข ปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้ การทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่า มีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น ๓.๕๐-๔.๐๐ แปลผลว่า ดีมาก หมายความว่า สมาชิกพึงพอใจมากกับสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ การทำหน้าที่รายด้านดีขึ้นทุกด้าน สามารถอยู่ร่วมและมีกิจกรรมร่วมในชุมชน มีความพึงพอใจสูงจากการได้รับการบำบัดในโปรแกรมครั้งนี้ และผลการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน ๘ คน สามารถปฏิบัติ ได้ครบ ๗ วัน และสามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ ด้วยการนั่งสมาธิ และเจริญสติ ดูลมหายใจตลอดเวลาที่นึกได้ และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยออกกำลังกาย พร้อม ดูลมหายใจไปด้วย โดยนำไปปฏิบัติที่บ้าน เข้า ๑ ชั่วโมง และก่อนนอน อีก ๑ ชั่วโมง มีผู้ป่วย อีก ๒ คน ที่เป็นโรควิตกกังวล สามารถเข้ารับปฏิบัติ อานาปานสติสมาธิได้ ๒ วัน เนื่องจาก รู้สึกว่าหายดีแล้ว และได้ยินชาวบ้าน และผู้นำชุมชนบอกว่า ฝึกการเจริญกรรมฐาน แล้วจะเป็นบ้า ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติจนครบ ๗ วันได้ แต่กระนั้นก็ดี ส่วนใหญ่ก็นำการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐานไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการช่วยเหลือเยียวยาพุทธจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เชิงบูรณาการ แบบมีโครงสร้าง ๔ ขั้นตอน ๔๕ วัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยุ่งยากซับซ้อน เรื้อรัง หลังการรักษา พบว่า ไม่มีอาการใดๆ ของโรคอีกแล้ว แต่ก็ยังส่งต่อในการดูแลป้องกันภาวะป่วยกลับซ้ำ แต่กระนั้นก็ตาม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุดวิธีหนึ่ง ซึ่งควรได้รับการพัฒนาวิจัย ให้เป็นรูปแบบ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล และในชุมชนต่อไป

๕.๒ การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพุทธจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัย ได้แยกอภิปรายเพื่อ ตอบคำถามงานวิจัย ๒ ข้อคือ

(๑) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบพุทธจิตสังคัมบำบัด เป็นอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยให้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

(๒) ประสิทธิภาพของโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด จากผลของการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ร่วมกับการทำจิตสังคัมบำบัดคู่กับธรรมะ และการให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำจิตครอบครว้และให้การปรึกษา ตลอดโปรแกรมบำบัด ๔๕ วัน จะรักษาบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ และมีความสุขได้หรือไม่ อย่างไร

โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลจากการศึกษา ดังนี้

๑.ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดแบบพุทธจิตสังคัมบำบัด เป็นอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยให้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

จากการศึกษาวิจัยจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ประกอบการสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตด้วย GHQ-28 การประเมินการทำหน้าที่ครอบครว้ การสัมภาษณ์ข้อมูลประวัติภูมิหลัง การเลี้ยงดูเปรียบเทียบการพัฒนาการจิตสังคัมในแต่ละช่วงวัย การสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก และการประเมินการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน ประสบการณ์การฝึก สมาธิ สติ ของผู้ป่วย และการสอบถามข้อมูลจากครอบครว้ และทีมสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลแม่สะเรียง ผู้นำชุมชน และเจ้าที่ที่เป็นหน่วยงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เช่น อบต. พม. ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะขอแยกอภิปราย ตามผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

จากผลการสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป การสำรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐ คน เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง ยุ่งยากซับซ้อน มีอาการเรื้อรัง กำเริบบ่อย ถูกส่งต่อจากครอบครว้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลแม่เหาะ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในอำเภอแม่สะเรียง ให้มารับบริการการรักษาจิตใจที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้ป่วยทุกคนได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรค เครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคทางจิต รักษาด้วยยา และได้รับการรักษาด้วยทางจิตเวช และผ่านการทำจิตบำบัดและการให้การปรึกษา จากเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตและนักจิตวิทยา เมื่อทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพแล้วพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วย ส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งทางจิตใจปัญหาพัฒนาการทางจิตสังคัมในวัยเด็ก จากการเลี้ยงดู ที่ไม่เหมาะสมในครอบครว้ และปัญหา เศรษฐกิจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาโรคทางจิตพบว่า ผู้หญิงจะมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า และวิตกกังวล มากกว่าผู้ชาย^๑ และจากสถิติของผู้ป่วยทางจิตของกรมสุขภาพจิต พบว่า ๒ ใน ๓ ของผู้ป่วยทางจิตที่เข้ารับการรักษา

^๑Thio, A. D. Tolerate difference's NY: McGraw-Hill. 1988.

ในโรงพยาบาลและสถานบริการทางจิตเวชเป็นผู้หญิง^๒ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธงชัย ทวีชาชาติ^๓ ที่ศึกษาความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย จำนวน ๑๐,๗๗๕ คน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย ผู้ที่โสดเครียดมากกว่าผู้ที่แต่งงาน หรือเคยแต่งงาน มีการศึกษาอื่นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุด^๔ รายได้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนี้ มีปัญหาเรื่องผู้ป่วยไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ และรายได้ของครอบครัวค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการ และสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่สูงขึ้น ส่งผลให้การปรับตัว เพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา พรหมบุตร^๕ ที่ทำการศึกษสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ ๐.๐๑ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ามีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ^๖ จากการศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นกลุ่มชาวไทยภูเขา (ชนเผ่ากระเหรี่ยง) มีสภาพการดำเนินชีวิตที่ทุรกันดาร เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก บิบบั้นทางจิตใจหลายด้าน หรือการถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมใหญ่ในเมืองจึงส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ และจิตสังคมอย่างรุนแรง จนเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย วิบูลย์สวัสดิ์และคณะ^๗ จากการสำรวจ คัดกรองประเมินปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีปัจจัยหลายๆ อย่าง ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ วะสี^๘ ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดจากปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและความเครียดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ๓ ประการคือ (๑) ความบีบคั้นทางวัตถุ (๒) ความบีบคั้นทางสังคม (๓) ความบีบคั้นทางจิต และพบการทำงานก็เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยปัญหาสุขภาพจิต

^๒ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, **มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**, นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๒.

^๓ ธงชัย ทวีชา.

^๔ จุมพล สมประสงค์, **การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัด ของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี**, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๔๐.

^๕ ณัฐยา พรหมบุตร, **สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**, การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๘.

^๖ ธนา นิลชัยโกวิทย์,จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง,และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร**, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๓๙. ๔๑(๑),๑๙๑-๒๐๒.

^๗ พิศมัย วิบูลย์สวัสดิ์.(มปป.),**ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม**, ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๒๘.

^๘ ประเวศ วะสี, **อายุวัฒนะ**, นิตยสารหมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ, ๒๕๓๓.

พบว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ^๙ ลักษณะปฏิสัมพันธ์ หรือสัมพันธ์ภาพไม่ดี ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่นการใช้อารมณ์ ดุด่า ว่ากล่าว ตักเตือน แทนที่จะใช้ถ้อยคำที่มีเหตุผลสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคจิตกังวล พบว่าครอบครัวที่มีความห่างเหินหรือใกล้ชิดกันเกินไป จะทำให้ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอยู่เรื่อยๆ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ค่อยดี ดังที่ เฟรย์และคณะ^{๑๐} ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคนไทยพื้นที่สูงชาวกระเหรี่ยง ที่มีภาษา สังคม ความเชื่อ วัฒนธรรม บางอย่าง ที่แตกต่างจากคนในพื้นที่ราบหรือคนเมือง การปรับตัว ในครอบครัว ที่มีการแต่งงานนอกชนเผ่าที่พบจะพบว่าการหย่าร้างสูง และเป็นความผิดหวังอย่างรุนแรง ที่ทำให้ฝ่ายผู้หญิง ถึงขั้นป่วยทางจิตใจ และจากการลงศึกษาในพื้นที่ ปัญหา ความรักเป็นปัญหาใหญ่ หากผิดหวังแล้วจะโดนซ้ำเติมจากคนในหมู่บ้านทันที ปัญหาครอบครัว เป็นปัญหาใหญ่ของกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มนี้ เนื่องจากการทำหน้าที่ในครอบครัว ไม่ได้สอดคล้อง กับวิถีชีวิตที่ควรจะเป็น กลุ่มคนในครอบครัว นี้ จึงสับสน และมีความซับซ้อนของปัญหาเพิ่มมากขึ้น การแก้ไขปัญหา จึงเป็นการใช้ยาเสพติดบ้าง ซึ่งพบว่าในการศึกษาโดยใช้ FAD พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคพิษสุราเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปรับตัว มีการทำหน้าที่บกพร่องกว่าครอบครัวทั่วไปตามที่ มิลเลอร์ได้กล่าวไว้ (Miller และคณะ 1986)^{๑๑} ในกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวใช้วิธีการทะเลาะมาเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ การทำร้ายตัวเองเพื่อประชดความรัก น้อยใจ เป็นสาเหตุหลัก ที่กลุ่มคนเหล่านี้ ไม่สามารถผ่านวิกฤติครอบครัว เหล่านี้ไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสมของครอบครัว เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของอาการซึมเศร้าเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา ๓๖ สัปดาห์ สำหรับการศึกษาของกู๊ดเยอร์^{๑๒} จะเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่นการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักพบครอบครัวปกติพบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการปฏิบัติหน้าที่แย่กว่า ในทุกๆ ด้าน คิตเนอร์ (Keitner และ คณะ)^{๑๓} จากกรณีศึกษาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าวคือผู้ป่วยที่เป็นชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ที่มีปู่ย่า ตา ยาย อยู่ กลุ่มคนเหล่านี้ ยังนับถือ ความเชื่อ ประเพณีอย่างเหนียวแน่น กฎหมู่ในหมู่บ้าน ยังคงศักดิ์สิทธิ์ ขณะที่คนรุ่นใหม่ได้เรียนหนังสือ ดังนั้นจึงเกิดปัญหาการสื่อสาร การแก้ไขปัญหาและการควบคุมพฤติกรรม เกิดเป็นภาวะบกพร่องทางสังคม

^๙ ธนา นิลชัยโกวิทย์ อ้างแล้ว.

^{๑๐} Frey J & Oppenheimer K. Family dynamic and anxiety disorders : A clinical investigation. Family Systems Medicine, 1990. 8 (1):28-37

^{๑๑} Miller IW, Kabacoff RL, Keitner GL, Epstein NB & Bishop DS. Family functioning in the families of psychiatric patients, Comprehensive Psychiatry, 1986. 27(4): 302-312.

^{๑๒} Goodyer IM. Herbert J. Tamplin A. Secher SM & Pearson J. Short-term outcome of major depression, II: life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1977. 36(4):474-480.

^{๑๓} Keitner GI, Miller IW, Ryan CE. Epstein NB & Bishop DS. The functioning of families of inpatients with major depression. International Journal of Family Psychiatry. 1986. 7:11-15

ดังนั้นการขัดแย้งด้านการสื่อสารในครอบครัว ก็เป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ คีตเนอร์ (Keinerและ^{๑๔} ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบครอบครัวผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีปัญหาอย่างรุนแรง และไม่รุนแรง กลุ่มแรกมีการปฏิบัติหน้าที่บกพร่องโดยเฉพาะด้านการสื่อสาร การแก้ไขปัญหาและการควบคุมพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษา การประเมิน การทำหน้าที่ครอบครัว ๖ ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐ ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับ ที่ ๑.๐๐-๑.๔๙ การแปลผล ไม่ดี คือหมายความว่า ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจได้ เลย แต่กลับทำให้รู้สึกแย่มาก เรียงตามรายด้านพบว่า คือ (๑) ด้านการสื่อสาร ผู้ป่วย และครอบครัว ไม่สามารถพูดคุยกันได้ตามปกติ เช่น เจ็บ ดุคำ บ่น ทะเลาะกัน ใช้อารมณ์คุยกันมากกว่าเหตุผล ทุก ครอบครัว หรือการใช้คำพูดประชดประชัน เสียดี ผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยมีอาการหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย จะเจ็บเป็นส่วนใหญ่ โดยครอบครัว จะบ่น ดุคำ ว่าผู้ป่วยแกล้งป่วย ขี้เกียจ เป็นภาระ ดื้อด้าน บ้า (๒) บทบาท และการแสดงออกและการทำหน้าที่ผิดปกติ ไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ ไม่ได้ เช่นทำงาน หรือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว ผู้ป่วย จะกลายเป็นภาระของครอบครัว ในทุกด้าน ตกเป็นเหยื่ออารมณ์ของครอบครัว เนื่องจากอยู่ในฐานะที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก หรือ แทบไม่ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นพ่อกลายเป็นผู้ป่วยที่ลูก หลาน เมีย เอื้อมระอา ไม่ให้เกียรติ และเป็น ฝ่ายหาเลี้ยง ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน และได้รับการปฏิเสธจากครอบครัว สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว แสดง บทบาท หน้าที่ ควบคุม คุกคาม ป่วยทุกด้าน เนื่องด้วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยมีอันตราย ด้วยอุบัติเหตุ ต่างๆ ทำให้ ครอบครัวไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่มีระหว่างกันได้เลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ^{๑๕} ที่ทำการสำรวจความเครียดของประชากรกลุ่มว่างงานในวันนัด พบแรงงาน ณ มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยใช้แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (stress-test) จำนวน ๓๐๗ คน พบว่า ประชาชนกลุ่มว่างงานมีความเครียด ร้อยละ ๔๑.๙ มีความคิด ฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๖.๕ (๓) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ผู้ป่วยเล่าว่า รู้สึกว่าอยู่ไปแบบแว้งคว้าง เหวง โดดเดี่ยว ไม่มีใครรัก ไม่มีใครห่วงใย ส่วนครอบครัวบอกความรู้สึกว่า ผู้ป่วยเป็นภาระ ที่ไม่สามารถทิ้งได้ เปื่อหน่าย (๔)พบว่า การแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ นั้นเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัว จากความขมขื่นใจ ไม่ไว้วางใจระหว่าง สามี ภรรยา หรือ พี่น้องใน ครอบครัว หรือ พ่อ แม่ ลูก ในครอบครัว เป็นประเด็นสำคัญ ทำให้ปัญหารุนแรงซับซ้อน ยุ่งเหยิง ด้วยความไม่เข้าใจกันและปัญหาด้านการอยู่ร่วมกัน เช่น การขาดเงินในการไปรับยาหรือการรักษาที่ โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ส่งผลให้มี อาการกำเริบ ทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ^{๑๖} ที่ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนใน

^{๑๔} Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, & Fruszzetti AE. Family functioning and the course of major depression. Comprehensive Psychiatry. 1987. 28 (1):54-64.

^{๑๕} บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, **บูรณาการสุขภาพจิตทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ**, ขอนแก่น : โรงพิมพ์ พระธรรมขันธ์, ๒๕๔๗.

^{๑๖} บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, **การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ปี ๒๕๔๐**, นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๐.

ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๐ ด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า ประชาชนทั่วไปประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๖๙.๒ มีความเครียดสูงร้อยละ ๓๖.๒ โดยผู้คิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ ๒.๑ เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อความเครียดมาก คือต้องรับผิดชอบภาระการเงินของผู้อื่น เป็นเจ้าของอสังหาริมทรัพย์ เป็นต้น หรือ ปัญหาด้านการดูแล รักษา ความสะอาดในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น (๕)พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนอง อารมณ์ของความรักใคร่ ผูกพัน ในระหว่างครอบครัวได้ เนื่องจากกระหริ่งชน ผ่านนั้น การกอด หรือการบอกรัก พูดเพราะๆ ต่อกันเป็นเรื่องที่เขินอายมาก ส่วนอารมณ์โกรธ สาบิ ภรรยา ไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธ ได้เหมาะสม เพราะกลัวอีกฝ่ายจะโกรธ และทิ้งไป หรือฆ่าตัวตายประชด (๖)การควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่อิสระ ถูกควบคุมไปหมด ครอบครัว รู้สึกว่า สภาพในชีวิตประจำวันของครอบครัวยุ่งเหยิง ซึ่งเป็นไปตามสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ที่ขึ้นๆ ลงๆ บางวันก็ดี บางวันก็ร้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goodyer และคณะ^{๑๗} ที่ศึกษาในวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงพบว่า การปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสมของครอบครัวเกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของอาการซึมเศร้าเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา ๓๖ สัปดาห์

ในการประเมินการปฏิบัติด้านจริยธรรมที่เป็นฝ่ายกุศลจิต ที่จะพาให้จิตใจมีความสุขสงบ และมีสติปัญญานั้น พบว่าในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ มีความบกพร่องด้านความคิดที่เป็นฝ่ายกุศล ความดีงาม (Superego) ขาดสมาธิในความเป็นอยู่ จึงมีลักษณะ คือ หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่มีความสุข สวบนในจิตใจ รู้สึกงุนวาย หรือไม่ยอมคบปะผู้คน และขาดสติ ปัญญา ในการควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมา ทำให้ทุกอย่างผิดปกติไปหมด ตั้งแต่ มโนกรรม วาจกรรม และ กายกรรม หรือ ความคิด การพูดสนทนา หรือ พฤติกรรมที่แสดงออกจากการศึกษาวิจัย ก่อนการฝึกปฏิบัติปฏิบัติธรรมมีองค์ ๘ ด้วยการใชแบบสอบถามการปฏิบัติ อานาปานสติสมาธิกรรมฐานเพื่อการเจริญสติและปัญญา ๓ ขั้นตอน จำนวน ๔๓ ข้อ พบว่า มีผู้ป่วย จำนวน ๑ คน นับถือศาสนา พุทธ และอีก ๙ คน นับถือศาสนาคริสต์ ก่อนการปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยเพียง ๕ รายที่เคยนั่งสมาธิ ด้วยการนั่งหลับตา ตามผู้สอนสั่ง และพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกคน ร้อยละ ๑๐๐ บอกว่าไม่เคยฝึกสมาธิ และสติ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

สรุป ปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง และมีม้ง ละว้า อย่างละ ๑ คน ซึ่งจะมี ภาษา ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมที่แตกต่างจากชุมชนเมือง ทำให้การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างมากส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะปัญหาความขัดแย้งทางสุขภาพจิตสังคม ปัญหาหรือโรคทางสุขภาพจิตที่พบมากคือ ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล เครียด โรคจิต และโรคทางจิตเภท สุรา ยาเสพติด

^{๑๗} Goodyer 1997 อ้างแล้ว Goodyer IM. Herbert J. Tamplin A. Secher SM & Pearson J. Short-term outcome of major depression, II: life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1977.36 (4) : 474-480.

ติด และปัญหาฆ่าตัวตาย โดยจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน และลักษณะการฆ่าตัวตาย คือ เชือดคอด้วยมีด ยิงกรอกปาก แขว่นคอ หรือ ดื่มยาพิษ ซึ่งมักมีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตจากรุ่นสู่รุ่น และในครอบครัวมีผู้ป่วยสุขภาพจิตหลายคนอยู่ร่วมกัน จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ภาษาความรู้และเชื่อของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคทางสุขภาพจิต และจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน ยากในการเข้าถึงความรู้ จึงอาจประสบกับภาวะยุ่งยากซับซ้อน ในการเข้าถึงการรับบริการการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยและเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต ที่ยุ่งยากซับซ้อนมีอาการกำเริบบ่อย มีการทำหน้าที่ในครอบครัวบกพร่องสัมพันธ์ภาพบกพร่อง มีภาวะยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ช่วยเหลือ เยียวยาแก้ไขปัญหา ซึ่งการรักษาด้วยยาอย่างเดียวก็ไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยกลับมามีสุขภาพจิตดี มีความสุขอีกครั้ง การรักษาตามสาเหตุ ตามหลัก อริยสัจ ๔ ในพระพุทธศาสนา ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม ที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยน่าจะ เป็นการรักษาทางเลือกที่เป็นทางออกของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีที่สุด

๒. ประสิทธิผลของโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน และเน้นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบพัฒนาโปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด เพื่อการรักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต แบบมีโครงสร้าง มี ๔ ขั้นตอน ระยะเวลาการรักษา ๔๕ วัน ซึ่งบูรณาการการรักษา ๓ ทาง คือ (๑) การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ที่วินิจฉัยโรคผู้ป่วย ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)^{๑๔} (๒) การรักษาด้วยจิตใจ ที่ครอบคลุมการรักษาหลายรูปแบบ และใช้รูปแบบของจิตสังคมบำบัด โดยการประเมินปัญหาสุขภาพจิต เพื่อทราบปัญหาสุขภาพจิต และการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสม ได้วางแผนการดำเนินงาน ประสานงาน และทำการบำบัด ๔ ขั้นตอน คือการสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษา จัดการปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ สุขภาพความเจ็บป่วย ทั้งทางกายและทางจิต การลดความเครียดและความขัดแย้งในจิตใจ ด้วยจิตบำบัดรายบุคคลแบบจิตบำบัดอิงทฤษฎีวิเคราะห์ โดยใช้การสนทนาเป็นหลัก โดยใช้เวลา ประมาณ ๒-๓ ชั่วโมง ตามหลักการของจิตสังคมบำบัดขั้นสูง โดย การปรับพฤติกรรม ความคิด เพื่อมุ่งกำจัดปัญหา ลดความทุกข์ทรมานภายในจิตใจ จนจิตรู้สึกสงบ มีความสุข จึงทำการบำบัดแบบจิตครอบครัวบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มองเห็นปัญหา ที่เป็นความทุกข์ทรมานใจมานาน ได้รับการแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น จิตบำบัดครอบครัวและให้การปรึกษา กลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งจิตใจ สุขภาพจิตศึกษา สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (๓) การบำบัดด้วยหลักพุทธธรรม โดยกรอบของ มรรคมีองค์ ๘ ผ่านการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน และทำการประเมินประสิทธิผลในการรักษาบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการทดสอบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ หลังการทดลอง ถ้าผลของสุขภาพจิตดี คือ ไม่มีอาการใดๆ

^{๑๔} ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล, เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10), โรงพิมพ์ชวนพิมพ์กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ ๒, ๒๕๔๑.

ของโรคอีกแล้ว^{๑๙} (In Full Remission) ซึ่งได้ทำการส่งต่อร่วมกับการประเมินสภาพจิต กับพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ที่คลินิกเพื่อนใจ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง ว่ามี ประสิทธิภาพจนสามารถ แก้ไขภาวะขัดแย้งในจิตใจ และจิตสังคมได้ในแต่ละขั้นตอน มีบุคลิกภาพ มั่นคง เป็นปกติ ดีขึ้นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ผลการประเมินผลทางสุขภาพจิตหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของปัญหาสุขภาพจิตหลังได้รับการรักษา เยียวยา ช่วยเหลือแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิต น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ซึ่งแสดงให้เห็น ว่า โปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัดสำหรับรักษา ช่วยเหลือ เยียวยา แก้ไขผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบมี โครงสร้าง ๔ ขั้นตอน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดี ผลคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงคือพึง พอใจมาก ร่วมกับการ การสังเกตและสอบถามเชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยคนหนึ่งได้บรรยายความรู้สึกหลัง การทดลองว่า เหมือนหนึ่งน้ำที่หยดรดบนพื้นหญ้าที่แห้ง..มานานแล้ว เหมือนแสงสว่าง ที่เข้ามาใน ยามชีวิตที่มีมืดบอด หาความสว่างไสว ในชีวิตไม่พบ เหมือน ใครมากระชากความเจ็บป่วยออกไป ความสุขที่หายออกไปจากชีวิต กลับคืนมา ความหมายของชีวิต คุณค่าของชีวิต เติบโตให้อยากมีชีวิตอยู่ อีกต่อไป เห็นว่า ชีวิตนี้ยังมีอะไรที่งดงาม ที่จะต้องทำอีกมากมาย....ขอบคุณคะ ขอขอบคุณ คะ คุณหมอ..... ก็สอดคล้องกับการสังเกต ในการร่วมฝึกปฏิบัติ ที่ผู้ป่วยหลายคนบอกว่า ทุกๆ เข้า พร้อมกับการตื่นจากนอน เพื่อออกมาฝึกการพัฒนาจิตใจ เพื่อออกมาพบและออกมาอยู่กับผู้บำบัดทุก วันตั้งแต่ตอนเช้า ท่ามกลาง แสงแดดอ่อนๆ และอากาศที่หนาวเย็นจัด ผู้ป่วยทุกคนมีสีหน้าที่สดชื่น แจ่มใส สามารถปฏิบัติภารกิจการบำบัดล้างทุกข์ ด้วยตนเอง อย่างมีความเพียร ตลอดต่อเนื่อง ๗ วัน (อาจจะมี เพียง ๒ ราย ที่ ปฏิบัติไม่ครบ กันนับว่าเป็นวาสนา บารมี กรรม ของคน) เป็นเครื่องพิสูจน์ ว่าโปรแกรม พุทธจิตสังคมบำบัด ร่วมกับการบูรณาการ สามารถรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต เรื้อรัง นาน หลาย ๑๐ ปี ให้กลับมาสุขภาพจิตดี และมีความสุข ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) การแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน จึงมีส่วนช่วยให้ ผู้ป่วยทุกคนมีการ ปรับตัวได้ ไม่รู้สึกขัดแย้งในจิตใจอีกต่อไป เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตสอดคล้องกับทฤษฎีความ ต้องการของมาสโลว์ (Maslow อ้างใน สุขุมลต้อยแก้ว, ๒๕๔๐) ด้านการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิ ธรรมฐาน ประเมินผลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต สอบถามรายบุคคล พบว่า ผู้ที่เข้าโปรแกรม การพัฒนาจิตที่ครบทุกคน (ผู้ป่วยและญาติ ที่เข้าร่วมในกระบวนการจิตบำบัดและการปรึกษา ครอบครัว) สามารถปฏิบัติภารกิจสมาธิ ได้ถึงขั้น ขณิกสมาธิ ซึ่งเป็นสมาธิชั่วขณะ เป็นสมาธิที่ เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และ เมื่อปฏิบัติได้ในวันที่ ๔ ทุกคนที่เข้าปฏิบัติบอกว่า ในช่วงที่เจริญอานา ปานสติสมาธิธรรมฐานอยู่นั้น จิตจะสงบ เบา สบาย รู้สึกว่า ความคิดฟุ้งซ่าน ความวุ่นวายใจ ความ

^{๑๙} In Full Remission คือ ตัวระบุจำเพาะสำหรับความรุนแรงและการดำเนินโรค แปลว่า ไม่มีอาการของ โรคอีกแล้ว แต่ยังคงมีเหตุผลการแพทย์ในการระบุถึงโรคที่เป็น ผู้ตรวจรักษาอาจพิจารณาว่าผู้ป่วยหายขาด (recovery) ซึ่งไม่จำเป็นต้องลงรหัสของความเจ็บป่วยในการวินิจฉัยปัจจุบันอีกต่อไป การแยก In Full Remission ออกจากอาการหายขาด จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายๆ ประการ ได้แก่ ลักษณะการดำเนินโรค ระยะเวลา หลังจากผู้ป่วยครั้งสุดท้าย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโดยรวมทั้งหมด และความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินต่อไป หรือ จำเป็นที่จะต้องให้การป้องกัน

กลุ่มใจ ความระแวง (อุททักกุจฉะ) หายไป ความคิดอยากได้อะไรโน้น อย่างนี้หายไป (กามฉันท) รู้สึกพอใจกับความสงบที่ได้รับ เพราะเวลานั้นแล้ว จิตใจไม่เคยสงบ แม้แต่ขณะเดียว มันทุกขใจ ตลอดเวลา และ ความเกลียดชัง ความโกรธ ความหงุดหงิด ความไม่พอใจ ที่เคยมีอยู่ประจำ หายไป (ความพยาบาท) และความง่วงนอนไม่มี แปลกประหลาดใจมาก เพราะอยู่บ้านจะนอนทั้งวัน ความหดหู่ เชื่องซึมไม่มี (ถีนมิทธะ) ความสงสัย ในคุณงาม ความดี ไม่มีละ ไม่มีวิจิตรจินา เพราะเชื่อคุณหมอบรรพบุรุษได้สอน มรรค มงคล ๘ ก่อนการปฏิบัติธรรมทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต) ได้เทศนาธรรมไว้ว่า “ข้อปฏิบัติทั้งหมดในพระพุทธศาสนา คือ การเรียนเรื่องราวภาวนา ภาวนานั้นเป็นกิจต่อมรรค และมรรคนั้นอยู่ในอริยสัจ ๔ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค การทำงานของอริยสัจ ๔ คือ พระพุทธเจ้าสอนทุกข์ไว้สำหรับให้เรารู้จักเท่าทันทุกข์ ถ้าคนเราไม่รู้จักทุกข์ก็แก้ไขทุกข์ไม่ได้ คนที่มัวแต่หนีทุกข์ไม่เผชิญหน้าไม่ยอมรับรู้ ไม่ยอมศึกษา ก็จะไม่ยอมเข้าใจอะไร และแก้ไขทุกข์นั้นไม่ได้ในที่สุด การปฏิบัติที่จะออกจากทุกข์คือ มรรค จะทำให้ห่างทุกข์ไปตามลำดับ สุขุมมากขึ้น จนกระทั่งไม่มีทุกข์เหลืออยู่อีกเลย ดังนั้น ภาวนาจึงเป็นกิจต่อมรรคทั้งหมด กิจที่จะนำไปสู่ความดับทุกข์ การทำภาวนาก็คือ การปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้อง”^{๒๐} จากแนวคิดนี้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติอานาปานสติสมาธิภาวนาทุกคนจึงตั้งใจหาความสุข เพื่อดับทุกข์ จากการเห็นสุข และเห็นทุกข์จากการปฏิบัติ ดังนั้นจึงส่งผลให้ทุกคนตั้งใจ เพียรปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ได้ถูกต้องจากการแก้ไขการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติ ที่อยู่ใกล้ชิดเป็นพี่เลี้ยงตลอดการฝึก และทำการสอบถามทุกข์ทุกข์ทุกเย็น ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถปฏิบัติกรรมฐานจนจิตเป็น สมาธิ ได้เข้าถึงขั้นฌณีสมาธิ และ อุปจาระสมาธิ ตอนสอบถามทุกข์ มีหลายคน บอกว่า เห็นพระเจ้า ลอยมาเห็นแสงสว่าง ตัวเบามาก ผู้ปฏิบัติได้ให้กำลังใจ และให้ผู้ปฏิบัติทุกคน กลับเข้ามาสู่การดูแลสุขภาพใจ ซึ่งเป็นโรคแห่งความจริง ที่เป็นปัจจุบัน (ที่นี่และเดี๋ยวนี้) ซึ่งส่งผลทำให้จิตผู้ปฏิบัติ บริสุทธิ์ ชั่วขณะตลอดการปฏิบัติ ซึ่ง หมายความว่า ผู้เข้าอบรมทุกคน ได้ระดับการเกิดสมาธิ ตามอารมณ์สมาธิที่แบ่งตามระดับขั้นขององค์ฌานทั้ง ๕ คือ ได้ ปฐมฌาน มีอาการของจิต ๕ อย่างคือ วิตก วิจารณ์ ปีติ สุข เอกัคคตาสมาธิ ข้อสังเกต คือ ลมหายใจเบาลง เยือกเย็นสบาย ไม่มีความรำคาญในเสียงรอบนอก ซึ่งก็ตรงกับจุดมุ่งหมาย ของการให้ผู้ป่วยฝึกหัดสมาธิคือ มีความสุขในปัจจุบันทันที ที่ได้ฝึก เพราะจิตที่เป็นสมาธิ เป็นจิตที่สงบเยือกเย็น ก่อให้เกิดความสุข อย่างประณีตได้ สมาธิบำบัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ สามารถตัดนิวรณ์ ๕ ได้ ซึ่งนิวรณ์ ๕ เป็นตัวรบกวนจิตใจผู้ป่วยให้มีอาการป่วยเรื้อรัง เพิ่มขึ้น ซึ่งตรงนี้ ยารักษาทางจิตเวช ไม่สามารถบำบัดได้ ผู้ป่วยต้องบำบัดตัวเองเท่านั้น หลังจากการสามารถปฏิบัติจนจิตเข้าถึง ฌณีสมาธิ ก็สามารถนำมาเป็นบาทฐานของการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน หรือ การเจริญในสติปัฏฐาน ๔ (กาย เวทนา จิต และธรรม) ได้ เพราะเมื่อผู้เข้าอบรม มีจิตเป็นสมาธิแล้ว ก็จะเกิดสติ และสัมปชัญญะ ความรู้ตัวตามมา คือรู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิดต่างๆ สามารถตัดความคิดที่ไม่ดีออกไปได้ ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็น และสำคัญมาก สำหรับผู้ป่วยที่มี

^{๒๐} พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุต ก้าวอย่างแห่งปัญญา, กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลน พรินต์ติ้ง จำกัด, หน้า ๑๙๓.

ปัญหาสุขภาพจิต ที่มีความคิด อารมณ์ ที่ผิดปกติ มากระทบอยู่ตลอดเวลา และที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่มีวิธีการที่จะจัดการกับความคิดที่เป็นอกุศล จิตเหล่านี้ เพราะจิตนั้นจะคอยคิดปรุงแต่งตลอดเวลา ไปในอดีต และกังวล ไปในอนาคต จนไม่สามารถควบคุมเหล่านั้นได้ จนสติวิปลาส ดังนั้น การที่ผู้อบรมสามารถเจริญสติปัฏฐาน ๔ ในกาย เวทนา จิต และธรรม รู้ทัน ลมหายใจ ที่เป็นกายานุปัสสนากรรมฐาน รู้ความคิดสุข ทุกข์ หรือ อารมณ์ใดๆ (เวทนานุปัสสนากรรมฐาน) รู้ ความคิด อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งดี และไม่ดี (จิตตานุปัสสนากรรมฐาน) และ รู้ว่า การปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ไม่เที่ยง เป็นอนิจจัง โดยการเห็นลมหายใจ ที่เข้าออกนั้น เป็น ธรรมปัญญานั้นเอง (อัมมнанุปัสสนากรรมฐาน) เป็นหนทางการปฏิบัติเพื่อการดับทุกข์ที่ถูกต้อง ซึ่งพบว่า จากผลการทดลอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบมีโครงสร้าง และมีขั้นตอนการบำบัดตามลำดับ ในขั้นตอนสำคัญที่สุด ในสัปดาห์สุดท้าย พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติ อานาปานสติสมาธิ ๑๖ ขั้น ที่เป็นทั้งการเจริญทั้งสมถกรรมฐาน และวิปัสสนากรรมฐาน ได้ ทั้งหมด เป็นพุทธบำบัดที่สามารถบรรเทาทุกข์ หรือการดับทุกข์ (Cessation of Suffering) ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด อย่างแท้จริง สอดคล้องกับ จากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบกับข้อมูลของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคน ตอบว่าและสิ่งที่ดีที่สุดที่ได้รับในการปฏิบัติธรรมในครั้งนี้ คือ สุขภาพกายดีขึ้น สามารถเดินได้อาการปวดท้องที่เป็นมาเรื้อรัง หลายปี หายไปเป็นปกติทั้งภายในเวลาไม่ถึงเดือนอาการปวดหลัง ปวดไหล่ หายไป รู้สึกว่า ร่างกายเบาขึ้นและสามารถกินอาหารได้ตามปกติ อาการทุกข์ใจ วิตกกังวล หายไปหมดเลย รู้สึกกระฉับกระเฉง สดชื่น รู้สึกอารมณ์ หงุดหงิด เบื่อ ใจร้อน หายไปมาก บางคนบอกถึงความรู้สึก ว่า ชื่นมชอบใจ ช้าลง มีสติมากขึ้น ความคิดฆ่าตัวตาย หายไปนอนหลับสนิท เมื่อใช้การเจริญอานาปานสติสมาธิ ด้วยการกำหนดรู้ ลมหายใจเข้า-ออก และในครอบครัวก็ปฏิบัติกรรมฐานร่วมกัน ส่งผลให้ คนในครอบครัว เข้าใจ และพูดคุยกันดีขึ้น รักกันดี ผู้ป่วยมีกำลังใจทำให้สามารถทำงานบ้านเพื่อช่วยเหลือครอบครัว และเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตตัวเองมากขึ้น รู้จักวิธีการคลายเครียดตัวเองด้วยการเจริญอานาปานสติ ทุกครั้งที่คิดว่ากำลังจะคิดมากส่งผลให้ไม่คิดมาก ทำให้การดำเนินชีวิตอยู่เพื่อมีความสุข และเป็นประโยชน์แก่ตัวเอง และผู้อื่น โดยสรุป แล้ว ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติ อานาปานสติสมาธิ ๑๖ ขั้น ที่เป็นทั้งการเจริญทั้งสมถกรรมฐาน และวิปัสสนากรรมฐาน ได้ ทั้งหมด และมีผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป จากผลการวิจัย

ผลการศึกษาในส่วนนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อสรุปรวมทั้งหมด ๕ ประการดังนี้

ประการแรก พุทธธรรมมีแนวทางในการรักษาสุขภาพแบบองค์รวมไว้ชัดเจน แนะนำไว้ดังที่ปรากฏใน สุตสูตร ที่พระอานนท์ได้สาธยายธรรมให้ สุภมานพโตทยบุตรฟังเพื่อตอบประเด็นเรื่องธรรม ที่พระบรมศาสดาพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงสรรเสริญและให้ประชาชนสมาทาน พร้อมกับได้ถามในเรื่องสุขภาพ ความมีโรคพาลน้อย มีความกระปรี้กระเปร่า มีพละนามัยสมบูรณ์ อยู่อย่างสุขสำราญ ซึ่งพระอานนท์ ได้ชี้แจงไปว่า “ เมื่อพระภิกษุสำรวมอินทรีย์ ประกอบด้วย สติสัมปชัญญะ รู้สึกตัวทุกขณะการเคลื่อนไหว สันโดษในจิรวและบิณฑบาต ละนิวรณ์ ๕ คือ ละกามฉันทะ ละ

พยาบาท ละความหตุและเชื้องซึม ละความฟุ้งซ่านและรำคาญใจ และละความล้งเลงสย ...ซึ่งคนที่ละนิรณ ๕ ได้นั้น.... ก็ารู้สึกเป็นไท เหมือนกับไม่มีหนี้ ไม่มีโรค พ้นจากกองทุกข์ ที่เปรียบเสมือนกับคุก พ้นจากความเป็นทาส พ้นจากการเดินทางไกลกันดารอย่างใดอย่างนั้น”^{๒๑} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติ มีธรรม และสรุปว่าการละนิรณ ๕ ได้นั้น ต้องเจริญสมาธิเท่านั้น เมื่อนำหลักการนี้มาประยุกต์ให้ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางใจจากปัญหาสุขภาพจิต/จิตสังคม

ประการที่สอง คัมภีร์ในพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับการดำเนินชีวิตเป็นเรื่องเดียวกัน ความหมายของสุขภาพ หรือ สุขภาวะ เป็นเรื่องเดียวกัน คือ สภาวะที่เป็นสุข ซึ่งหมายความว่า เป็นสภาพชีวิตที่เป็นผลมาจาก ความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิตในสังคมได้ ปราศจากความขัดแย้งในจิตใจ หรือ จิตสังคม และการมีสุขภาวะที่ดีคือ ต้องดีพร้อมแบบองค์รวมคือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และทางปัญญา หรือ จิตวิญญาณ (bio-psycho-social-spirituality) ซึ่ง สอดคล้องกับพระพรหมคุณาภรณ์^{๒๒} ได้กล่าวเกี่ยวกับแนวคิดสุขภาวะบนพื้นฐานหลักธรรมในพระพุทธศาสนาไว้อย่างน่าสนใจว่า สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ คือ องค์รวมแห่งระบบความสัมพันธ์ของเหตุปัจจัยในองค์ประกอบทั้งหลายนั้นสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า ภาวนา ๔ ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ

๑. กายภาวนาคือ การพัฒนากาย ให้มีความปกติสุข สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในทางที่เกื้อกูลเป็นคุณและได้ผลดี ปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายด้วยสติ มิให้เกิดโทษ

๒. ศิลภาวนาคือ การพัฒนาศีลเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมดีงามในความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ ตั้งอยู่ในวินัย อยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างสรรค์สังคม ส่งเสริมสันติสุข

๓. จิตภาวนา คือ การพัฒนาจิตใจ คือการทำให้จิตใจเจริญองงามขึ้น ในคุณธรรม ความดีงาม และความเบิกบานผ่องใส สงบสุข สมบูรณ์ด้วยจิตใจ คือองงามด้วยคุณธรรม เช่นมีน้ำใจ เมตตา กรุณา มีมิตตา มีศรัทธา มีความเคารพ ซื่อสัตย์ กตัญญู เป็นต้น สมบูรณ์ด้วยสภาพจิตคือ มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความมั่นคงในจิตใจ มีความขยันหมั่นเพียร อดทน รับผิดชอบ มีสติ มีสมาธิเป็นต้น และสมบูรณ์ด้วยสุขภาพจิตคือ มีจิตใจที่ร่าเริง เบิกบาน สดชื่น เอิบอิ่ม โปร่งใส ผ่องใส และสงบสุข

๔. ปัญญาภาวนา คือการพัฒนาปัญญา คือการฝึกอบรมเจริญปัญญา เสริมสร้างความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ให้รู้จักคิด รู้จักพิจารณา รู้จักวินิจัย รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหา และรู้จักการดำเนินการต่างๆ ด้วยปัญญาบริสุทธิ์ ซึ่งมองรู้ เหตุ ปัจจัย เห็นสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง ปราศจากอคติ ให้ปัญญาเจริญพัฒนาจนรู้เข้าใจ หยั่งเห็นตามความเป็นจริง มีปัญญารู้เท่าทันโลกและชีวิตตามสภาวะ บรรลุถึงความบริสุทธิ์ปลอดพ้นจากกิเลสสันดาน มีจิตใจเป็นอิสระ สุขเกษมไร้ทุกข์

ประการที่สาม การที่จะรักษาจิตใจให้ปกติ ใจเป็นศีล มีสุขภาพจิตดี ต้องมีการฝึกปฏิบัติด้วยการเจริญอานาปานสติ และก่อนที่จะฝึกอานาปานสติต้องสามารถปล่อยวางความคิดต่างๆ อาศัยใจที่สงบ จึงจะสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง トラบใดที่มนุษย์มีลมหายใจอยู่ ควรอยู่ด้วยอานาปานสติ ซึ่งอานิสงส์ของการเจริญอานาปานสตินั้นมีประโยชน์มาก ดังที่ องค์สมเด็จพระมีพระภาคเจ้า ตรัสถึงการ

^{๒๑} สมเกียรติ มีธรรม, *วิถีพุทธในพระไตรปิฎก ๑*, (กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ, ๒๕๔๓), หน้า ๑๔๐-๑๔๑

^{๒๒} พระพรหมคุณาภรณ์, *สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ*, กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, ๒๕๕๑.

เจริญอานาปานสติอย่างพิสดารไว้ ๑๖ ชั้น ในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเถรวาท ดังนั้น หนทางของการดับทุกข์ ด้วยการเจริญอานาปานสติในชีวิตประจำวัน จะพาให้มนุษย์นั้นไปสู่ความสุข และความสำเร็จในชีวิต ด้วยสุขภาวะองค์รวมที่ดี คือมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค หรือมีภูมิคุ้มกันที่ดี และเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยร่างกายก็สามารถรักษาตัวเองได้ ทางจิตใจก็มีความกระตือรือร้น มีชีวิตชีวา ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ หมดหวังในชีวิต มีอารมณ์มั่นคง และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่เครียดจนเกินไป มองโลกในแง่ดี มีความตั้งใจทำงาน สร้างสรรค์สิ่งดีงาม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น รวมทั้งบรรลุความสำเร็จทั้งทางส่วนตัวและส่วนรวม ทางสติปัญญา ก็มีความรู้เท่าทันในกิเลส ตัณหา ที่เข้ามากระทบ สามารถเรียนรู้เท่าทันโลก และสังคม สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่หลงเผลอในสิ่งยั่วเย้าต่างๆ ที่จะเป็นการทำลายสุขภาพ รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ทั้งวิถีทางโลกและวิถีทางธรรม ซึ่งการทดลองนี้เป็นประจักษ์พยานถึงการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมได้เป็นอย่างดี แม้ว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ร้อยละ ๙๐ นับถือศาสนาคริสต์

ประการที่สี่ เครื่องยืนยัน ที่ชัดเจนมากก็คือ สมเด็จพระบรมศาสดา พระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงเป็นผู้มีพระโรคพาลน้อย ทรงมีพระพลานามัยสมบูรณ์ จึงทรงเป็นแบบอย่างของผู้ที่มีสุขภาพดีตลอดพระชนม์ชีพ แม้จะทรงมีพระชนมายุ ๘๐ พรรษาแล้ว พระองค์ทรงมีพระสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดี แม้ยามประจวบเหมาะมิได้ทรงหลงลืม และทรงสามารถเดินทางไกลสู่ กุสินารา อันเป็นสถานที่ปรินิพพานได้ ทั้งนี้เพราะ องค์พระบรมศาสดา ทรงให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีตลอดพระชนม์ชีพ พระองค์ทรงตรัสสอน เน้นย้ำว่า เมื่อร่างกายแข็งแรงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่การบำเพ็ญเพียรเป็นอย่างยิ่ง แม้เมื่อเจ็บหนัก ก็ยังสามารถใช้เวลานั้น พัฒนาจิตให้บรรลุธรรมได้เช่นเดียวกัน การรักษาโรคทางกาย ในสมัยพุทธกาล ก็ได้มีปรากฏใน “คิริमानทสูตร” เป็นพระธรรมโอสถบทที่พระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า ฝากพระอานนท์ เพื่อไปมอบแด่พระคิริมานนท์ เมื่อครั้งที่อาพาธ^{๒๓} (อง.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๐) การรักษาโรคทางใจ ในความหมายของพระพุทธศาสนา นั้น ท่านพุทธทาสภิกขุ (๒๕๔๙) ได้ให้ความหมายว่า เป็นโรคที่เกิดในจิตใจ โดยมีสาเหตุมาจากการครอบงำจากกิเลส ๓ ประการคือ ความโลภ ความโกรธ ความหลง โรคทางใจ เป็นโรคทางวิญญาน แตกต่างจากความหมายของการแพทย์ตะวันตก สำหรับวิธีการรักษานั้น มีชื่อว่าสมาธิวิปัสสนาภาวนา หรือ อานาปานสติสมาธิภาวนา

ประการที่ห้า หลักพุทธและจิตสังคมบำบัด สามารถนำมาบูรณาการด้วยกันได้ดี ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้บำบัดต้องเป็นพุทธศาสนิกชน ที่เข้าใจหลักพุทธธรรมและการนำไปประยุกต์ใช้ถูกต้อง และต้องมีองค์ความรู้ด้านการผสมผสานรูปแบบ เทคนิค วิธีการบำบัดแนวจิตสังคมตะวันตกด้วย จิตผู้บำบัดควรมีเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา ควบถ้วน หากผู้จะนำการบำบัดวิธีนี้ไปใช้ควรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ทั้งสองส่วนนี้เป็นอย่างดี จึงจะได้ประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการรักษา

ปัญหาอุปสรรค

^{๒๓} อง.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๐

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย พบปัญหาอุปสรรค มากพอสมควร กว่าที่การวิจัยจะสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยขอสรุป ปัญหา อุปสรรคเป็นข้อๆ ดังต่อไปนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ สำหรับ ผู้สนใจที่จะทำงานวิจัยในลักษณะนี้ ต่อไป ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วย ผู้นำชุมชน กล่าวว่าการปฏิบัติกรรมฐาน จะทำให้บ้ำมากกว่าเดิม ทำให้การปฏิบัติงานขั้นตอนแรกเป็นไปด้วยความยากลำบาก ในการสร้างความน่าเชื่อถือ และการไว้วางใจในการบำบัด

๒. ครอบครัว และชุมชน มองผู้ป่วยว่าเป็นภาระ ปัญหา ไม่เชื่อว่าการรักษาด้วยพุทธจิตสังคัมจะช่วยรักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้

๓. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ ความใส่ใจ ในด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช น้อยมาก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

การบำบัด เยียวยา รักษา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ถือว่าเป็นภารกิจหลัก ภารกิจแรก ภารกิจสำคัญ ของหน่วยงานสุขภาพจิตของประเทศ ในการเปลื้องทุกข์ให้กับมนุษยชาติ ที่เกิดจากปัญหาทางจิตศาสตร์และจิตสังคัม (Psychological/Psychosocial Factors) ที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้น พุทธจิตสังคัมบำบัด จึงเป็นหนทางหนึ่ง ที่มีวิธีการบรรเทาทุกข์ เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะจิตตก จิตเศร้าหมอง (Mental depression) เรื้อรัง หรือ จิตที่พิการ (Insanity) หรือโรคสติวิปลาส (Psychosomatic Disorders) หรือปัญหาทางสุขภาพจิต/จิตวิญญาณ (Mental Problems 2Mental spiritual weakness) อย่างมีโครงสร้างและมีขั้นตอน โดยเฉพาะการบูรณาการที่จำเป็นต้องใช้ จิต บำบัด หรือ สติ/สมาธิบำบัด ที่องค์สมเด็จพระบรมศาสดาได้ทรงตรัสอธิบายเกี่ยวกับการพัฒนาจิต/จิตวิญญาณ ให้เจริญขึ้นจนสามารถดับทุกข์ได้หมดในที่สุดนั้น ด้วยหลักของมรรคมืองค์ ๘ ที่นำหลักของสติ (The doctrine of Four foundation of Mindfulness) ที่เรียกว่า สติปัฏฐาน ๔ ที่เป็นทางสายเอก และสายเดียวเท่านั้น เป็นเครื่องมือในการรักษา ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ นับว่ามีประโยชน์ต่อนักสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด เพราะว่าเป็นองค์ความรู้ที่นำมาผสมผสานกันได้ (integration) และสามารถนำไปประยุกต์ใช้รักษา เยียวยา แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตกับผู้ป่วยได้จริง ในวงการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต และการฟื้นฟูจิตที่มีประโยชน์มากเลยทีเดียว

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พุทธจิตสังคัมบำบัด เป็นเครื่องมือการรักษาโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือคิดฆ่าตัวตาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่มีประโยชน์ต่อนักสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด เพราะว่าเป็นองค์ความรู้ที่นำมาผสมผสานกันได้ (integration) ผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ดังนี้

๑.การนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีปัญหา รวมทั้ง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ จะมีความสุข สงบ อีกมากที่สุดทีเดียว

๒. นำไปประยุกต์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต แก่กลุ่มเป้าหมาย เด็ก ครอบครัว ผู้สูงอายุ และการฟื้นฟูจิตใจที่มีประโยชน์มากมายทีเดียว

๓. ผู้ที่จะนำไปใช้ ต้องมีความรู้ทางด้านจิตวิทยาตะวันตก โดยเฉพาะมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ จะทำให้สามารถทำการรักษาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาก เพราะการบำบัดครั้งนี้ใช้เวลาไม่นาน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญในการบำบัดจริงๆ และควรเป็นผู้ที่มีความรู้ (ปริยัติ) ทางพระพุทธศาสนา โดยเฉพาะผ่านการฝึกปฏิบัติด้านอานาปานสติสมาธิ มาเป็นเวลาสมควร จะทำให้สามารถสอบอารมณ์ และพัฒนาจิตผู้ปฏิบัติ ให้ถูกต้องตามหลักธรรม ได้ ไม่พาผู้ป่วยไป “บ้า” แต่ช่วยรักษาโรค “บ้า” แก่ผู้ป่วย ให้หมดไป

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยเพื่อการพัฒนาครั้งต่อไป จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยทั้งหมดข้างต้น ทำให้ได้ข้อเสนอแนะถึงองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัยว่าเป็น มิติศาสตร์ ในการพัฒนาศาสตร์ การบูรณาการ “การแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธ” Integrative Medicines : Alternatives Health Development Program หรือพุทธจิตสังคมบำบัดขั้นสูง (The Advanced Buddhist Psychosocial Interventions) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จำนวน ๔ ข้อดังนี้

๑ ควรบูรณาการ มรรคมิ้องค์ ๘ ในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของชาวพุทธศาสนิกชน เพื่อบำบัดโรคความทุกข์ทั้งหมด ไม่ควรนำหลักมาเพียงข้อใดข้อหนึ่ง มารักษา และถ้าจะใช้หลักสติปัญญา ๔ ก็ควรครบทั้งองค์ ๔ คือ กาย เวทนา จิต และธรรม เพราะเป็นองค์ธรรมที่กล่าวสอนโดยสมบูรณ์แล้ว

๒ การบูรณาการพุทธจิตสังคมบำบัดรักษาโรคทางกายและโรคทางจิต หรือแม้แต่การฟื้นฟูสุขภาพทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย (Spirituality Health Recovery)

๓ พุทธจิตสังคมบำบัด ควรจะได้รับการวิจัย และพัฒนาต่อไปจนเป็นตำราทางการแพทย์ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีความทุกข์ใจที่หาทางออกในชีวิตไม่พบ ให้กลับมามีชีวิตใหม่ มีความสุข สุขภาพจิตดี และได้รับการพัฒนาทางจิต จนสู่ความพ้นทุกข์ตามลำดับได้ในที่สุด

๔.การพัฒนามิติศาสตร์ ในการพัฒนาศาสตร์ การบูรณาการ “การแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธ” Integrative Medicines : Alternatives Mental Health Development Program หรือพุทธจิตสังคมบำบัดขั้นสูง ถ้ายทอดพัฒนาแก่นักพุทธจิตสังคมบำบัด รุ่นใหม่ต่อไป เพื่อการแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตาย หรือ ปัญหาสุขภาพจิต ที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นในปัจจุบันนี้ จะเป็นมิติทางการแพทย์ทางเลือก ใหม่ ที่จะประหยัตงบประมาณจำนวนมหาศาลได้ ที่สำคัญที่สุดคือสามารถเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความทุกข์ทรมานใจอย่างแสนสาหัส ได้กลับมามีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิตอีกครั้งหนึ่ง และสามารถยกระดับจิตพัฒนาสู่ความพ้นทุกข์ได้ในที่สุด

บรรณานุกรม

๑. ภาษาบาลี – ไทย :

ก. เอกสารชั้นปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, ๒๕๓๕.

_____. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. อรรถกถาภาษาบาลี. ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิญญาน, ๒๕๓๕.

ข. เอกสารชั้นทุติยภูมิ

(๑) หนังสือ :

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๒.

ขุนสรพกิจโกศล (โกวิท ปัทมะสุนทร). คู่มือการศึกษาพระอภิธรรม ปริเฉทที่ ๙ ปกิณณกสังคหวิภาค. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.

ขุนสรพกิจโกศล (โกวิท ปัทมะสุนทร). คู่มือการศึกษาพระอภิธรรม ปริเฉทที่ ๗. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.

คณะศิษยานุศิษย์. เทศกานุสรณ์ อนุสรณ์ในการพระราชธรรมเพลิงศพ พระราชนิโรธ

(เทศก์ เทศรังสี) วัดหินหมากเป้ง อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย . พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, ๒๕๓๙.

จำลอง ดิษยวณิช, พร็ิมเพรา ดิษยวณิช. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่:

โรงพิมพ์แสงศิลป์, ๒๕๔๕.

ชูศักดิ์ ทิพย์เกสร และคณะ. พระพุทธเจ้าสอนอะไร. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร : ประยูรมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘.

ณัฐยา พรหมบุตร. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๘.

ธนา นิลชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา

สุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๓๙ก.๔๑(๑), ๑๙๑-๒๐๒.

นิดา ลิ้มสุวรรณ, มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๘, พิมพ์ครั้งที่ ๔.

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. บุรณาการสุขภาพจิตทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, ๒๕๔๗.

บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติทาง

เศรษฐกิจปี ๒๕๔๐. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๐.

ปราโมทย์ สุคนิชย์, มาโนช หล่อตระกูล. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ICD-10). แปลและเรียบเรียงจาก Desk Reference to the Diagnosis

ปราโมทย์ สุคนิชย์, มาโนช หล่อตระกูล. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). โรงพิมพ์ชวนพิมพ์กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ ๒, ๒๕๔๑.

ปราโมทย์ สุคนิชย์, มาโนช หล่อตระกูล. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, ๒๕๔๑.

พระคันธสาราภิวงศ์ (แปลและเรียบเรียง). **วิปัสสนาญาณ**. นครปฐม : ซีไอเอเตอร์การพิมพ์, ๒๕๔๘.

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต). **พุทธธรรม**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๒.

พระธรรมสิงหบุราจารย์ (จรัญ ฐิตธมฺโม). **คู่มือการฝึกอบรมพัฒนาจิต**. กรุงเทพมหานคร: พลัสเพรส, ๒๕๒๙.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). **พุทธธรรม (ฉบับปรับปรุงขยายความ)**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๕, กรุงเทพมหานคร : สหธรรมิก, ๒๕๕๒.

พระราชวรมนี (ป.อ.ปยุตโต), **พุทธธรรม**, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

พระราชญาณวิสิฐ และคณะ “ศูนย์ประสานงานสำนักปฏิบัติธรรมประจำจังหวัดแห่งประเทศไทย”. วัดหลวงพ่อดอด ธรรมกายารามสำนักพระพุทธศาสนา แห่งชาติ และสาธุชน. พิมพ์ครั้งที่ ๖ . **คู่มือการศึกษา สัมมาปฏิบัติไตรสิกขา** .พิมพ์ที่ บริษัท เพชรเกษมพรินต์ติ้ง กรุ๊ป จำกัด นครปฐม ,

พระพรหมคุณาภรณ์. **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, ๒๕๕๑.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). **แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด ก้าวย่างแห่งปัญญา**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลน พรินต์ติ้ง จำกัด

พิศมัย วิบูลย์สวัสดิ์.(มปป.), **ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม**. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๒๘.

มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. **จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ**. กรุงเทพฯ. พิมพ์ครั้งที่ ๔, ๒๕๔๘.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. **การวิจัยทางการพยาบาล : หลักการและแนวปฏิบัติ**. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิมพ์ครั้งที่ ๓, ๒๕๔๗.

สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบเรียง. **คัมภีร์วิสุทธิมรรค ๑๐๐ ปี สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภเถร)**. พิมพ์ครั้งที่ ๔, กรุงเทพมหานคร : ประยูรวงศ์พรินต์ติ้ง, ๒๕๔๖.

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลสังฆปริณายก. **การศึกษาเพื่อความเป็นคนที่สมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร : ธรรมดา, ๒๕๕๐.

สมเกียรติ มีธรรม. **วิถีพุทธในพระไตรปิฎก ๑.** สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.กรุงเทพ, ๒๕๔๗.

แสงจันทร์ ทองมาก. **สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.** (กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์, ๒๕๔๑).

อุทุมพร ตรังคสมบัติ. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** หนังสือดีเด่น รางวัล TTF สาขา วิทยาศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๐.กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ ๕, ๒๕๔๔.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. **จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว.** กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนา ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ ๕, ๒๕๕๔.

อรพรรณ ลีบุญวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ราช วิทยาลัย, ๒๕๔๙.

อจราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย. **การพยาบาลจิต เวชศาสตร์.** กรุงเทพฯ:ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๗.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. **จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว.** “วงจรชีวิตและการปรับตัวของ ครอบครัว” พิมพ์ครั้งที่ ๕, ๒๕๔๔ .

อภิชัย มงคล, วัชนี หักพนม, ถัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, และละเอียด ปัญโญใหญ่, **การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, ๒๕๔๔.

อัมพร โอตระกูล. **สุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, ๒๕๓๘.

อภิชัย มงคล และคณะ. **รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๔๗.** นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อุทุมพร ตรังคสมบัติ. **จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ ๒๕๔๔

อรพรรณ ลีบุญวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ราช วิทยาลัย, ๒๕๔๙.

อรพรรณ ลีบุญวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙.

(๒) บทความ

จุมพล สมประสงค์. **การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัด ของเทศบาล เมืองกาญจนบุรี.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๔๐.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. **ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง ประเทศไทย, ๒๕๓๙. ๔๑ (๑),๒-๙.

ประเวศ วะสี. **อายุวัฒนะ. นิตยสารหมอชาวบ้าน.** กรุงเทพฯ, ๒๕๓๓.

สุชีรา ภัทรายุตวรรณ์ และคณะ. **การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตของคนไทย.**วารสารศิริราช ปีที่ ๕๑

ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๔๒

ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา
สุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย, ๒๕๓๙ก. ๔๑ (๑).๑๙๑-๒๐๒.
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์, ๒๕๕๖.

(๓) วิทยานิพนธ์

พระมหาเปรม โอภาโส. “ศึกษาวิเคราะห์ศรัทธาชาวพุทธไทยในปัจจุบัน”. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์
มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๒.
พระมหาอำนาจ อานนโท (จันทร์เปล่ง). “การศึกษาเรื่องการบรรลุธรรมในพระพุทธานุภาพ”.
วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย,
๒๕๔๒.
พระบุญนำ ปรกโม (คนหมั่น). “การศึกษาวิเคราะห์ความเจ็บป่วยกับการบรรลุธรรมใน
พระพุทธานุภาพสาขาวิชาพระพุทธศาสนา”. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่, ๒๕๕๖.
แม่ชีชญาณี ทรัพย์อนันตกุล. ศึกษางานวิปัสสนาธุระ : เฉพาะกรณีของสมเด็จพระพุทธชินวงศ์, เรื่อง
ฤทธิ์ แสงนวล. “การศึกษาเชิงวิเคราะห์การปฏิบัติสมาธิของสำนักต่าง ๆ ในประเทศไทย
กับการปฏิบัติสมาธิในพระไตรปิฎก”. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๒.

(๔) เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่

สุทธิพงษ์ ศรีวิชัย. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา จิตวิทยาในพระไตรปิฎก. ภาควิชาบริหาร
การศึกษาและกิจการคณะสงฆ์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย. วิทยาเขตบาลีศึกษาพุทธโฆส นครปฐม , ๒๕๕๓.
อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๕. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

(๕) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผู้จัดการออนไลน์. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : www.WHO.int/mental_health/en/
ปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลก [๑ กันยายน ๒๕๖๐]
ผู้จัดการออนไลน์. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.posttoday.com/social/health/49170>
สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย [๑๒ กันยายน ๒๕๖๐]
นิวส์เอ็มไทย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : [https://news.mthai.com/general-](https://news.mthai.com/general-news/639247.html/amp)
[news/639247.html/amp](https://news.mthai.com/general-news/639247.html/amp)

๒. ภาษาอังกฤษ

- Bowlby J. **Attachment and Loss**, Vol.III Newyork : Basic Books,1963.
- Carrie Arnold. **At risk for Psychosis**. Scientific American Mind. September/October 2011; 14-15
- Crane C. Bamhofer T. Duggan DS. Hepburn S. Fennell MV. Williams JM. **Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality**. Cognitive Therapy & Research, 2008;32; 775-87.
- Kessler RC. McGonagle KA, Zhao S, et al. **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States; results from the national comorbidity survey**. Arch Gen psychiatry, 1994;51:8-19
- Erikson E. **Childhood and Society**. 2nd ed. New York : Norton, 1969
- Serrano A. **Family treatment modalities : Current developments**. Presentation at the 1993 Meeting of the Institute on Hospital and Community Psychiatry. Baltimore,1993
- Minuchin S. **Families and Family Therapy**. Cambridge: Harvard University Press,1974.
- Minuchin S. **Family kaleidoscope**. Cambridge: Harvard University Press,1984.
- Glick PC & Lin S. **Recent changes in divorce and remarriage**. Jorنال of Marriage and the family 48;737-747.
- Sullivan HS. **The interpersonal Theory of Psychiatry**. New York : Norton : 1953.
- Erikson, E. (1968). **Identity. youth and crisis**. New York: Norton.
- Mcos, Rudolf. **Coping with Physical Illness**, Plenum Medical Book Co., N.Y. and London, 1977 : 3 – 21.
- Kaplan, HI, BJ Sadock. **Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry IV**, 4th edition, williams & Wilkin Co., Baltimore, 1985 : 623 – 6.
- Behnke, H.D. **Guidelines for Comprehensive Nursing Care in Cancer**. Report of a Series of Continuing Education Seminars in the Care of the Patient with Cancer, Springer New York, 1973 : 354 – 9.
- Holland, JC, R Mastrovito, **Psychologic Adaptation to Breast Cancer**. Cancer. August Supplement 1980, 46 : 1045 – 52.
- Johnson, B.S. (1997).**Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth**. (4th .ed).Philadelphia:J.B. Lippincott.
- Marvissakalian MR, Parel JM. **Imipramine treatment of panic disorder with**

- agoraphobia: dose ranging and plasma level-response relationships.**
Am j Psychiatry 1995; 152:673-82.
- Marks IM. Swinson RP. Basoglu M. et al. **Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto.** Br. J Psychiatry 1993;162-776-87.
- Marchall RD. Schneier FR. Fallon BA. Feerick J. Leibowitz MR. **Medication therapy for Social Phobia.** J clin Psychiatry 1994;55 suppl 6:33-7
- Solomon SD. Gerrity ET. Muff AM. **Efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder.** JAMA 1992;268:633-8.
- Gelder M. **Psychological treatment for anxiety disorder, adjustment disorders with anxious mood, generalized anxiety disorders, panic disorder, agoraphobia, and avoidant personality disorder.** In: Coryell W. Winokur G. editors. The clinical management of anxiety disorders. New York: Oxford University Press; 1991. p.10-27.
- Kabat-Zinn J. Massion AO. Kristeller J. Peterson LG. Fletcher KE. Pbert L. et al. **Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders.** Am J Psychiatry.1992: 149-936-43.
- Koszycki D. Benger M. Shlik J. Bradwejn J. **Randomized trial of meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder.** Behav Res Ther.2007;45: 2518-26.
- Piet J. Hougaard E. Hecksher MS. Rosenberg NK. **A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adult with social phobia.** Scand J. Psychol.2010; 51 : 403-10.
- Gabbard GO. **Treatment in dynamic psychiatry in clinical practice.** 4th ed, Washington. DC. American Psychiatric Press ; 2005 p.93-127.
- Sadock BJ. Sadock VA. Ruiz P. **Kaplan & Sadock's synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry.** 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2015.P.845-909.
- Thio, A. D. **Tolerate difference's** NY: McGraw-Hill. 1988.
- Frey J & Oppenheimer K. **Family dynamic and anxiety disorders : A clinical investigation.** Family Systems Medicine, 1990. 8 (1):28-37
- Miller IW. Kabacoff RL. Keitner GL, Epstein NB & Bishop DS. **Family functioning in the families of psychiatric patients.** Comprehensive Psychiatry, 1986. 27(4):

302-312.

- Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Secher SM & Pearson J. **Short-term outcome of major depression, II: life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1977;36(4):474-480.
- Keitner GI, Miller IW, Ryan CE, Epstein NB & Bishop DS. **The functioning of families of inpatients with major depression.** International Journal of Family Psychiatry. 1986. 7:11-15
- Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, & Fruezzetti AE. **Family functioning and the course of major depression.** Comprehensive Psychiatry. 1987. 28 (1):54-64.
- Goldberg, D.P.. **The detection of Psychiatric illness by questionnaire.** Maudsley Monographs London : Oxford University Press.
- Cohen, J.I. **Stress and mental health: A biobehavioral perspective.** Issue in Mental Health Nursing, 21, 2000, (p. 185-202.)
- Lazarus, R.S., & Folkman, S., **Stress, appraisal, and coping.** New York : Springer.
- Goldberg as cited in Mc. Dowell, I., & Newwell, C. **Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire,** England : Oxford University Press. 1987a.
- Jahoda, M. **Current concepts of positive mental health.** New York : Basic Books, 1958.
- Bowman HA. **The nature of mental health.** The Hogg Foundation of mental Health. Texas: The University of Texas, 1975.
- Townsend MC. **Essentials of psychiatric mental health nursing.** Philadelphia: F.A. Davis, 1999.
- Videbeck SL. **Psychiatric mental health nursing.** 4th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins; 2006.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.** 4th ed. Text revision. Washington DC. American Psychiatric Association; 2000.
- L., Fortney, M., Taylor. **"Meditation in medical practice: a review of the evidence and practice". Primary Care.** Vol. 37 No. 1 (March 2010) : pp. 81-90.
- World Health Organization. **"Statistic index of family health".** Technical Report Series, 987, Geneva: WHO, 1976

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมืองานวิจัย

เครื่องมืองานวิจัย

เครื่องมืองานวิจัยพุทธจิตสังคัมภ์สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอนในครั้งนี้ มี อยู่ ๔ อย่างดังต่อไปนี้คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

๑. แบบสอบถามลักษณะข้อมูลประชากรทั่วไป

๒. แบบสอบถาม เพื่อทดสอบภาวะสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต : General Health Questionnaires ฉบับภาษาไทย

Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็น แบบ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มาก กว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหา สุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด Thai GHQ มีทั้งหมด ๔ ฉบับ ดังนี้

1. Thai GHQ – 60	มีข้อคำถามทั้งหมด	๖๐	ข้อ
2. Thai GHQ – 30	มีข้อคำถามทั้งหมด	๓๐	ข้อ
3. Thai GHQ – 28	มีข้อคำถามทั้งหมด	๒๘	ข้อ
4 Thai GHQ – 12	มีข้อคำถามทั้งหมด	๑๒	ข้อ

คุณสมบัติของแบบสอบถาม

ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือ ได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในประชากรไทยได้

วิธีการใช้

เป็นแบบสอบถามที่ประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้เครื่องมือ Thai GHQ 28 ๔ ด้าน มีวัตถุประสงค์ เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน ที่สามารถคัดกรองปัญหาสำคัญ ๒ ประการ คือ

๑. การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น

๒. การมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่างๆ ข้อคำถามของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ ๔ ด้าน คือ (๑) ความรู้สึกไม่มีความสุข (unhappiness) (๒) ความวิตกกังวล (๓) ความบกพร่องเชิงสังคม: social impairment (๔) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค : hypochondriasis) โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ

สำหรับ Thai GHQ – 28 ซึ่งเป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม ๑ ข้อ ๑-๗ เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)

กลุ่ม ๒ ข้อ ๘-๑๔ เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)

กลุ่ม ๓ ข้อ ๑๕-๒๑ เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunctions)

กลุ่ม ๔ ข้อ ๒๒-๒๘ เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป Thai GHQ 28

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่าน ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาให้มากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ ที่ผ่านมา นี้ท่าน

๑). รู้สึกสบายดีและมีสุขภาพดี

ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. แย่กว่าปกติ ง. แย่กว่าปกติมาก

๒). รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๓). รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๔). รู้สึกไม่สบาย

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๕. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๖. รู้สึกตึงเครียดมีแรงกดดันที่ศีรษะ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๗. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๘. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๙. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๑๐. รู้สึกตึงเครียด อยู่ตลอดเวลา

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๑๑. รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๑๒. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๑๓. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๑๔. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๑๕. หออะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้

ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค.ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก

๑๖. ทำอะไรช้ากว่าปกติ

ก. เร็วกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ช้ากว่าปกติ ง. ช้ากว่าปกติมาก

๑๗. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี

ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ดีน้อยกว่าปกติ ง. ดีน้อยกว่าปกติมาก

๑๘. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป

ก. มากกว่าปกติ ข. พอๆ กับตามปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก

๑๙. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ

ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๒๐. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้

ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก

๒๑. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้

ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก

๒๒. คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๒๓. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๒๔. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๒๕. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง

ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ๆ

๒๖. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๒๗. พบว่าตนเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค.ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

๒๘. พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ

ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ๆ

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg ใช้วิธีการคิดคะแนนตามวิธี GHQ scoring (binary score) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตก ต่างจากการ คิดคะแนนแบบ Likert score 0-0-1-1 โดยพบว่า correlation ระหว่าง ๒ วิธีนี้อยู่ระหว่าง ๐.๙๒-๐.๙๔

ให้ผู้ตอบประเมินว่าข้อเลือกนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด ใช้การประมาณค่า โดยมีหลักเกณฑ์ การให้คะแนนดังนี้คือ

ดีกว่า/มากกว่าปกติ/ไม่เลย

ให้ ๐ คะแนน

เท่าเดิม/เหมือนปกติ/ไม่มากกว่าปกติ ให้ ๐ คะแนน

แย่กว่า/น้อยกว่าปกติ/ค่อนข้างมากกว่าปกติ ให้ ๑ คะแนน

การแปลผล Thai GHQ ทั้ง ๔ ฉบับ มีจุดตัดของคะแนน ดังนี้

Thai GHQ 28 โดยแบบสอบถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด ๒๘ คะแนน ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวม ตั้งแต่ ๕ คะแนนลงมา ถือว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ ๕ คะแนนลงมา ถือว่าไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ ๖ คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จึงใช้จุดตัดของคะแนน (cutting point) ที่ ๕/๖ โดยคะแนนตั้งแต่ ๖ ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

อย่างไรก็ตาม Thai GHQ เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบอกเพียงว่าน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแบบคัดกรองที่สามารถนำไปใช้ในการสำรวจชุมชนทั่วไป และสถานบริการสาธารณสุขหรือคลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อจำกัด

ส่วน Thai GHQ - 28 มีความเหมาะสมในกรณีที่ต้องการคะแนนของ Sub - Scale ต่าง ๆ เพื่อดูรายละเอียด ของอาการ

บุคคลที่สะดวกในการติดต่อประสานงานในแบบสอบถาม Thai GHQ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม ๖ กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์ ๑๒-๒๐๑-๑๔๗๘ โทรสาร ๑๒-๒๔๕-๙๖๔๗

ภาคผนวก ข

การประเมินครอบครัว : Chulalongkorn Family Interventory (CFI)

โดย ศาสตราจารย์ พ.ญ. อุมพร ตรังคมบัติ

การประเมินครอบครัว : Chulalongkorn Family Interventory (CFI) ๓๖ ข้อ เป็นแบบประเมินที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในด้านต่างๆ ตาม MMFF (McMaster model of family Functioning) ซึ่งจากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า CFI มีความเที่ยง (reliability) ในระดับสูง และมีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อครอบครัวมากขึ้น

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

Family No..... Code.....Name:

ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด

กรุณา X ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

อย่าใช้เวลาคิดนาน ให้ตอบอย่างรวดเร็ว โดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่อ่านข้อความจบ

คำถาม	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรงมาก ที่สุด
๑. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วน ใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
๒. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีแก้ปัญหานั้น ได้ผลหรือไม่				
๓. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ คุณมัก ไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือไม่				
๔. ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกัน มากพอแล้ว				
๕. คุณรู้สึกมีอิสระ และเป็นตัวของตัวเองพอแล้ว				
๖. คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับ โทษ				

๗. ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
๘. เมื่อมีปัญหา เรามักปรึกษากันว่าจะแก้ไขปัญห อย่างไร				
๙. บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือ รู้สึก				
๑๐. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
๑๑. แต่ละคนแสดงความรู้สึก ทั้งดีและไม่ดีต่อกัน อย่างเปิดเผย				
๑๒. คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้น เป็นเรื่อง สำคัญสำหรับเขา				
๑๓. ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
๑๔. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและ กัน				
๑๕. การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
๑๖. ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม				
๑๗. ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ				
๑๘. บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์ หรือ ความรู้สึก				
๑๙. ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
๒๐. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
๒๑. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งุ่นวายกับคนอื่นมาก เกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
๒๒. ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพออยู่แล้ว				

๒๓. คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา				
๒๔. ครอบครัวของคุณต่างคนต่างอยู่				
๒๕. ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาต่างๆร่วมกันได้ดี				
๒๖. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
๒๗. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบาย ไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใด ๆ				
๒๘. ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
๒๙. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
๓๐. ในครอบครัวของคุณ ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ				
๓๑. คุณกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่你不ชอบ				
๓๒. ในยามวิกฤติ คนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
๓๓. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป				
๓๔. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
๓๕. ครอบครัวของคุณให้ ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
๓๖. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

สรุป ผลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ตามแบบ MMFF (McMaster model of family Functioning) ๖ ข้อ พบว่า

๑. การแก้ปัญหา (Problem Solving) พบว่ามีปัญหาคือ
.....
(๑) ปัญหาทางวัตถุ (Instrumental)
.....
(๒) ปัญหาทางอารมณ์ (affective).....
๒. การสื่อสาร (Communication) พบว่า มีปัญหา ดังนี้
.....
๓. บทบาท (Role) ๑. บทบาทด้านวัตถุ ๒. บทบาทด้านอารมณ์ พบว่า
.....
๔. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) แสดงออกไม่เหมาะสม
.....
๕. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement)
 - ๕.๑ ปราศจากความผูกพัน (Lack of involvement)
.....
 - ๕.๒ ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings)
.....
 - ๕.๓ ผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement)
.....
 - ๕.๔ ผูกพันอย่างมีความเข้าใจออกเข้าใจกัน (Empathic involvement)
.....
 - ๕.๕ ผูกพันมากเกินไป (Over involvement
.....
 - ๕.๖ ผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (symbiotic involvement)
.....
๖. การควบคุมพฤติกรรม (behavior control)
.....
 - ๖.๑ การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (right behavior control)
.....
 - ๖.๒ การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible behavior control)
.....

๖.๓ การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laisser-faire behavior control)

.....

๖.๔ การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control)

.....

ภาคผนวก ค

แบบประเมินผลการปฏิบัติสติปัฏฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

แบบประเมินผลการปฏิบัติสติปัฏฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ประกอบการวิจัย เรื่อง

พุทธจิตสังคัมภ์สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษา ผู้ป่วยในชุมชน

โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ชื่อ..... นามสกุล.....,ผู้ป่วย/ครอบครัว.....

แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมิน ความรู้ และการฝึกปฏิบัติทางจิต และข้อคิดเห็นเสนอแนะเพื่อเป็นประโยชน์ที่จะช่วยเป็นเครื่องมือในการเยียวยา บำบัดปัญหาสุขภาพจิต ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ พุ้งซ่าน เศร้า เสียใจ ลังเลใจ วิตกกังวล และหลงไปในอารมณ์ต่างๆ ที่ทำให้ท่านป่วยทางใจ ทางอารมณ์ทางจิตที่ทำให้เกิดทุกข์ และเพื่อพัฒนาจิตด้วยการเจริญอานาปานสติ ด้วยการใช้ลมหายใจ เป็น ฐานในการฝึกปฏิบัติ และเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ขอให้ท่านตั้งใจปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้ต่อไปด้วย

คำชี้แจงขอความกรุณาตอบแบบประเมินที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติหรือการเจริญสติปัฏฐาน ของผู้ปฏิบัติตามความเป็นจริง โดยใส่ เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของการปฏิบัติของท่านให้มากที่สุด แล้วอธิบายผลการปฏิบัติของท่านตามที่รู้และเข้าใจตรงกับความเป็นจริง

แบบสอบถามนี้จะประกอบด้วยคำถาม ๓ ขั้นตอนใหญ่

ขั้นตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ขั้นตอนที่ ๒ สอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติสติปัฏฐาน

ขั้นตอนที่ ๓ แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ตอนที่ ๑แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

๑. ท่านนับถือศาสนา.....
๒. ท่านเคยฝึกปฏิบัติธรรมรูปแบบไหนมาบ้าง.....
๓. ท่านเคยฝึกปฏิบัติธรรม (กรรมฐาน) แบบไหนมาก่อน.....
๔. ท่านเคยฝึกปฏิบัติธรรมมานานเท่าไร.....
๕. ท่านเคยรับการฝึกปฏิบัติธรรมจากที่ใด..... ผลเป็นอย่างไรบ้าง.....
๖. ในการฝึกปฏิบัติธรรมครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร.....ท่านคาดหวังอย่างไรในการปฏิบัติธรรมในครั้งนี้
๗. เหตุผลใดที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้าอบรมปฏิบัติธรรมในครั้งนี้.....
๘. ครอบครัวของท่านสนับสนุนท่านหรือไม่.....
๙. อะไรคืออุปสรรคในการปฏิบัติธรรมในครั้งนี้.....
๑๐. อะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดในการปฏิบัติธรรมในครั้งนี้.....

ตอนที่ ๒ประเมินด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติสติปัฏฐาน

ที่	ความรู้ ความเข้าใจ และ ความสามารถในการปฏิบัติสติ ปัฏฐาน	ระดับการประเมิน				บันทึกเพิ่ม สำหรับ นักวิจัย
		ไม่ได้ เลย	ได้บ้าง	ได้เป็น ส่วนใหญ่	ได้ ตลอดเวลา	
	เรื่องการเดินจงกรม					
๑.	ขณะเดินจงกรม เช่น ขว้าง หนอ ซ้ายย่างหนอ ท่านสามารถ กำหนดได้ทันปัจจุบันหรือไม่					
๒.	ท่านสามารถยืนกำหนดด้วยสติ ได้หรือไม่					
๓.	ขณะที่เกิดความรู้สึก คัน เจ็บปวด หรือสบาย หรือเฉยๆ แทรกในขณะเดิน จงกรม ท่านสามารถกำหนดได้ ทันที					
๔.	ขณะที่ใจคิดถึง นึกรัก โกรธ หลง เศร้าใจเป็นต้น แทรกในขณะเดิน จงกรม ท่านสามารถกำหนดได้ ทันที					
๕.	ขณะที่ใจเกิดความยินดี พยาบาท ง่วง ท้อแท้ เกียจคร้าน ฟุ้งซ่าน เปื่อ รำคาญ ลังเลสงสัย หรือเกิดระลึกได้ พิจารณาธรรม เพียรพยายาม อิ่มใจ สงบ ตั้งมั่น ปล่อยวางอย่างมีปัญญา แทรก ในขณะที่ท่านเดินจงกรม ท่าน สามารถกำหนดได้ทันที และ สามารถกำหนดระงับได้					
๖.	เมื่อท่านรู้สึก ปิติ สุข ทุกข์ แรก ขึ้นมา ท่านสามารถกำหนดระงับ ได้					
๗.	ขณะที่ท่านหมุนตัวกลับ ท่าน สามารถกำหนด ระลึกรู้ มีสติ ตลอดเวลา					

ที่	ความรู้ ความเข้าใจ และ ความสามารถในการปฏิบัติ ปฏิธาน	ระดับการประเมิน				บันทึกเพิ่ม สำหรับ นักวิจัย
๘.	ท่านสามารถเดินจงกรมตาม กำหนดระยะเวลาที่พระวิปัสสนา จารย์ แนะนำให้เดิน เช่น ๑๐ ๑๕ ๒๐ ๒๕ ๓๐ นาทีได้					
		ประเมิน				
	เรื่องการนั่งสมาธิเจริญอานา ปานสติ	ไม่ได้ เลย	ได้บ้าง	ได้เป็น ส่วน ใหญ่	ได้ ตลอดเวลา	บันทึกเพิ่ม สำหรับ ผู้วิจัย
๙.	ขณะนั่งสมาธิท่านสามารถดูลม หายใจเข้ายาว-ออกยาวได้ ชัดเจนด้วยกันนับลมหายใจคู่ เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ เป็นต้น					
๑๐.	ขณะนั่งสมาธิ ท่านสามารถดูลม หายใจเข้าสั้น-ออกสั้น ได้ชัดเจน ด้วยกันนับลมหายใจคู่ เช่น ๑- ๑ ๒-๒ ๓-๓ เป็นต้น					
๑๑.	ขณะนั่งสมาธิ ท่านสามารถดูกอง (ต้น กลาง ปลาย) ของลมหายใจ ได้ชัดเจนด้วยกันนับลมหายใจคู่ เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ ๔-๔ ๕-๕ ๖- ๖ เป็นต้น					
๑๒.	ขณะนั่งสมาธิ ท่านสามารถรู้ได้ ถึงการระงับหรือดับหายไปของ ลมหายใจได้ชัดเจนด้วยกันนับ ลมหายใจคู่ เช่น ๑-๑ ๒-๒ ๓-๓ ๔-๔ ๕-๕ ๖-๖ ๗-๗ ๘-๘ ๑๐- ๑๐ เป็นต้น					
๑๓.	ท่านสามารถนั่งสมาธิได้นานตาม เวลาที่พระวิปัสสนาจารย์กำหนด คือ ๑๐ นาที ๑๕ นาที ๒๐ นาที ๒๕ นาทีและ ๓๐ นาที					
	การเจริญสติทางอายตนะทั้ง ๖	ไม่ได้	ได้บ้าง	ได้เป็น	ได้	บันทึกเพิ่ม

ที่	ความรู้ ความเข้าใจ และ ความสามารถในการปฏิบัติสติ พื้นฐาน	ระดับการประเมิน				บันทึกเพิ่ม สำหรับ นักวิจัย
		เลย		ส่วนใหญ่	ตลอดเวลา	(สำหรับ นักวิจัย)
๑๔	ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทาง ตาได้ทันที ในขณะที่ฝึกปฏิบัติอา นาปานสติ					
๑๕	ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทาง หูได้ทันที					
๑๖	ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทาง จมูกได้ทันที					
๑๗	ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ทาง รส (ลิ้น) ได้ทันที ในขณะที่ท่าน รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ					
๑๘	ท่านสามารถกำหนดสติรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง ตึง ไหว ได้ทันที					
.	การกำหนดสติในอิริยาบถย่อย	ไม่ได้ กำหนด เลย	กำหนด ได้บ้าง	ได้เป็น ส่วน กำหนด ใหญ่	กำหนดได้ ตลอดเวลา	บันทึกเพิ่ม (สำหรับ ผู้วิจัย)
๑๙	ตื่นนอน					
๒๐	ล้างหน้า-แปรงฟัน					
๒๑	อาบน้ำ					
๒๒	สวมใส่เสื้อผ้า					
๒๓	รับประทานอาหาร					
๒๔	ดื่มน้ำ					
๒๕	ล้างถ้วย-ล้างชาม					
๒๖	ก้มลง-เงยขึ้น					
๒๗	แลซ้าย-แลขวา					
๒๘	เปิด-ปิดประตู					
๒๙	เดิน					
๓๐	สวดมนต์ไหว้พระ					
๓๑	นอน					

ตอนที่ ๓. แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๓.๑ กรุณาแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติธรรมครั้งนี้.....
 เวลา.....
 วิปัสสนาจารย์.....
 อื่นๆ

๓.๒ ข้อเสนอแนะ.....

นางสาวจิรัฐติกา สิลปสุวรรณ
 นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพุทธศาสนา
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
 โทร ๐๖๓-๑๘๙๕๖๔๕

ภาคผนวก ง
กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต รายที่ ๑

ผู้ป่วยหญิง อายุ

จากกการประเมินทางคลินิกในจิตเวชศาสตร์

๑. จากการสัมภาษณ์ทางจิตเวช (Psychiatric interview)

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ จำนวน ครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) ดังนี้

๒. ประวัติทางจิตเวช (Psychiatric History)

- ๒.๑ การแสดงเอกลักษณ์พื้นฐาน
- ๒.๒ อาการสำคัญ
- ๒.๓ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
- ๒.๔ ประวัติทางจิตเวชในอดีต
- ๒.๕ ประวัติความเจ็บป่วยทางกาย
- ๒.๖ ประวัติครอบครัว
- ๒.๗ ประวัติส่วนตัว
- ๒.๘ การดำรงชีพในปัจจุบัน

๓. การตรวจร่างกาย (Physical examination)

๔. การตรวจสภาพจิต (Mental-status examination)

จากการสังเกต (observation) และการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) อย่างเป็นระบบพบว่าจากการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยแล้วพบว่า

- ๔.๑ สิ่งที่ปรากฏทั่วไปและพฤติกรรม (General appearance)
- ๔.๒ อารมณ์รู้สึกและอารมณ์แสดง (Mood and affect)
- ๔.๓ การพูดและภาษา (speech and language)
- ๔.๓ ความคิดและการคิด (Thought and thinking)
- ๔.๔ การกำหนดรู้ (perception)
- ๔.๕ การรับรู้และการรู้ (sensorium and cognition)
- ๔.๖ การตัดสินใจ (judgment)
- ๔.๗ ความหยั่งเห็น (insight)
- ๔.๘ ความเชื่อถือได้ (Reliability)

การศึกษาวิเคราะห์ กรณีศึกษา ผู้ป่วย ๑๐ คน และครอบครัว

๑.กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๑

ผู้ป่วยเพศหญิง น้หนัก ๕๐ กิโลกรัม สูง ๑๕๐ เซนติเมตร อายุ ๒๖ ปี ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง นับถือศาสนาคริสต์ อาชีพทอผ้า สถานภาพแต่งงานแล้ว มีบุตรชาย ๑ ขวบ อายุ ๔ ขวบ มา

พร้อมกับสามี สามีอาชีพทำไร่ข้าว ทำสวน ในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกัน ๗ คน คือ พ่อ แม่ ยาย ผู้ป่วย สามี ลูกชาย และน้องชาย

ผู้ป่วยมีพี่น้องในครอบครัว ๓ คน ผู้ป่วยเป็นลูกสาวคนกลาง มีพี่สาว ๑ คน แต่งงานแล้ว มีลูกชาย ๒ คน น้องคนสุดท้องเป็นผู้ชาย และกำลังจะเกณฑ์ทหาร ทุกคนรักใคร่กันดี

สามีผู้ป่วย บ่นว่าช่วงที่ภรรยาป่วย เขาต้องทำงานทุกอย่างตั้งแต่ตื่นมา ไปตักน้ำ ไปสวน ไปทำไร่ ต้องเลี้ยงวัว ๑๑ ตัว จากบ้านเดินไปสวนใช้เวลา ๒ ชั่วโมง กลับจากสวนต้องซักเสื้อผ้าให้เมีย ที่ลำนํ้าห้วย เพราะเมียแพ้อากาศเย็น ยังไม่จดทะเบียนกับเมีย รอให้มีบ้านเป็นของตัวเองก่อน ขอให้ผู้บำบัดช่วยรักษาเมียให้ด้วย

ประวัติการรักษาป่วยทางจิตมานาน ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๘๓ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ซึมเศร้า (Depressive)

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย (ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีความคิดเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ท้อแท้ ผิดหวัง หน้าตาเหม่อลอย ไม่สดชื่น ระหว่างพูดคุยมีน้ำตาคลอเบ้า มารับยา และมีความคิดฆ่าตัวตาย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมีความคิดเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ท้อแท้ ผิดหวัง หน้าตาเหม่อลอย ไม่สดชื่น หงุดหงิดง่าย ระหว่างพูดคุยมีน้ำตาคลอเบ้า ถ้าได้ยินข่าวที่สะเทือนใจ จะเจ็บแน่นหน้าอก เป็นลมสลบไปเลย มีอาการชักร่วมด้วย ทานอาหารไม่ค่อยได้ ปวดท้องมาก แพ้อากาศ เครียด คิดมาก และรู้สึกท้อชีวิตนี้ขาดอิสรภาพ ถูกทุกคนควบคุม

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก

ครอบครัว อยู่กับ พ่อ แม่ (มีญาติ อีก ๓ คน อาศัยอยู่ใกล้ๆ กัน) สามี (อยู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง) ลูกชาย และยาย อายุ ๙๓ (ที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ชอบเธอมาก แต่เธอต้องอยู่บ้านดูแล คุณยายคนนี้) ประวัติทางจิตเวชในอดีตเคยมีและ ข้อคจากการสูญเสียบุตร และ ประวัติการกินยาฆ่าตัวตาย (Poisoning by antiepileptic,Sedative-hypnotic and antiparkinsonism drugs-Benzodiazepins poisoning) และ ข้อคจากการสูญเสียบุตร

เมื่อผ่านการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้ป่วย และสามีได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา คือ ผู้ป่วย มีประวัติป่วยทางจิตเมื่อตอนอายุประมาณ ๑๕ ปี ตอนเรียนอยู่ มัธยมศึกษาปีที่ ๕ เนื่องจากอยากเรียนต่อ ด้วยความที่ครอบครัวอยู่บนภูเขาสูง ห่างไกลจากตัวอำเภอ เธอต้องอยู่โรงเรียนประจำ (ในฐานะคนยากจน) ซึ่งเธอบอกว่า สถานการณ์ทุกอย่างคับข้องใจมาก เพราะว่าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากความยากจน โดยเฉพาะเรื่องการศึกษา เธออยากเรียนต่อมาก แต่พ่อบอกว่า ไม่ต้องเรียน เธอก็เริ่มเจ็บป่วย ชัก และมีปัญหาด้านอารมณ์มาโดยตลอด และเกิดเหตุการณ์ซ้ำเติมอีกว่า ในขณะที่เธอป่วยมีเพื่อนผู้ชายที่มีภรรยาแล้ว แต่แอบชอบเธอ

เนื่องจากเขาอยู่อีกหมู่บ้าน จึงได้มาพักอยู่ที่บ้านด้วย ตามประเพณีนั้นคือการเสียผี ต้องแต่งงานกัน เมื่อแต่งงานกันแล้วปรากฏว่า เธอรู้ว่าเขามีภรรยาแล้ว และพฤติกรรมของฝ่ายชาย ทำให้เธอมีปัญหาซับซ้อนยุ่งเหยิงในชีวิตประจำวัน จึงได้รับความผิดหวังอย่างรุนแรงอีกครั้งหนึ่ง ทำให้เธอเศร้าใจมาก เมื่อเลิกกับฝ่ายชายได้แล้วปรากฏว่า เธอได้ตั้งครรภ์ ปรากฏว่าในขณะนั้นเธอได้เจ็บป่วยบ่อยมาก จึงคลอดก่อนกำหนด และลูกเธอต้องได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ที่จังหวัดเชียงใหม่ต่างจังหวัด ซึ่งไกลจากบ้านเธอมาก ทางโรงพยาบาลจึงให้เธอกลับบ้านก่อน และได้โทรมาแจ้งข่าวว่าลูกเธอเสียชีวิตแล้ว ขณะนั้นเธออาศัยอยู่บ้านคนเดียว จึงขอให้เพื่อนบ้านไปตามหาพ่อแม่เธอ ซึ่งเธอก็ได้ซื้อคสสไป จากนั้นมาผู้ป่วยก็มีภาวะซึมเศร้ามาโดยตลอด ประกอบกับคนในชุมชนจะแอบนินทาเธอด้วย เมื่อได้รับการบำบัดด้วยยา และการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง เธอจึงตัดสินใจ ออกมาทำงานในตัวอำเภอเมืองแม่สะเรียง

จนกระทั่งพบกับสามี (สามีจบ ประถม ๔ เป็นบุตร ในจำนวน ๗ คนพี่น้อง พี่ชายคนโตเป็นโรคทางจิต (รายใหม่ ที่ผู้ป่วยค้นพบและพามาพบผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้บำบัด และผู้วิจัย ได้นัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อทำการรักษาทางจิตเวชต่อไป) เมื่อรู้จักกัน ๒ เดือน ก็แต่งงานกัน และบอกทางโรงพยาบาลแม่สะเรียงว่า อยากมีบุตร ขอหยุดยาจิตเวช ผู้ชายเพิ่งรู้ความจริงเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เมื่อแต่งงานเสร็จแล้ว แต่ก็ยอมรับในผู้ป่วย และรักภรรยามาก แต่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยป่วยทางจิตเวช เพิ่งมาทราบว่าภรรยาป่วยทางจิต มามาพบกับผู้วิจัย (ก่อนหน้านี้ ภรรยาปกปิดการเป็นโรคซึมเศร้า)

หลังคลอด ๕ เดือน มีอาการทางจิตกำเริบ เนื่องจากขาดยา ผู้ป่วยเล่าว่า เครียดเรื่องลูกมาก กลัวไม่มีนมให้ลูกกิน มีอาการอยู่ก้นที่ไม่ได้ ต้องเดินตลอด นั่งแล้วจะเครียดทันที มีปวดหัวข้างเดียว มีก้อนที่หัว ปวดขา มีชาขา ปวดท้องน้อยด้านซ้าย ปวดบั้นเอว ต้องมาหาหมอที่โรงพยาบาลแม่สะเรียงตลอด

ปัจจุบันผู้ป่วยรักลูกชายมาก บางครั้งก็ใช้อารมณ์เลี้ยงลูกชาย จะตวาด แต่สามีใจดีมาก ลูกชาย กินน้อย เล็กกิน แต่เป็นเด็กฉลาด ชอบไปโรงเรียนมาก

ตลอดมาผู้ป่วยจะเครียดกับเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว มีอาการขาดสมาธิมือปลายเท้า เพราะเป็นคนเดียวที่ทอผ้าขายได้เงิน สามีและพ่อไปปลูกข้าว หาผักหาปลาмаกิน แม่มีโรคประจำตัว ต้องใช้เงินผู้ป่วยในการรักษาตัว ยายอายุ ๙๓ อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่า ยายไม่ชอบผู้ป่วย ชอบแก๊ง ชอบใช้ทำงาน ทุกอย่าง ทำให้ผู้ป่วยเบื่อและรำคาญมาก เพราะจำว่า ตอนเป็นเด็กทุกครั้งที่ผู้ป่วยอยากกินขนม ยายจะปฏิเสธ บอกว่า ผู้ป่วยมีพ่อซื้อให้แล้ว และจะเก็บอาหาร ขนมนั้นให้กับลูกๆ หลานๆ ทำให้ผู้ป่วย เจ็บช้ำน้ำใจมาจนทุกวันนี้

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด ๔๕ วัน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหสุขภาพจิต และมีชีวิตที่เป็นสุข อย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จคือ

สำหรับความคติน้อยใจในตัวสามีและครอบครัว เธอสามารถเข้าใจ ยอมรับว่า ทุกคนรักเธอ เป็นห่วงเธอ และทุกคนทำงานร่วมกัน ซึ่งสิ่งตอบแทนไม่ใช่เป็นตัวเงินอย่างเดียว ตามที่เธอเคยคติน้อยใจในครั้งแรก

สำหรับการยอมรับในตัวคุณยายที่เธอเคยเกลียดมาก เธอแก้ปัญหาด้วยการให้ลูกๆ และหลานๆ คนอื่น ได้เข้าเป็นส่วนหนึ่ง ในการช่วยเธอดูแล เช่น ซักผ้า ทำอาหาร หรือ การบริการด้านอื่นๆ และเลี้ยงที่จะสนทนา หรือโต้แย้งกับยาย โดยให้ลูกหลาน คนอื่นๆ เข้ามาทำหน้าที่ในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคุณยาย แทน ทำให้ผู้ป่วย ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts)

ในชีวิตประจำวัน เธอได้เจริญอานาปานสติด้วยนั่งสมาธิ และเดินจงกรม ทุกวัน เช้าและเย็น ครั้งละประมาณ ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง โดยสามี และ พ่อแม่ ได้ ปฏิบัติร่วมกับเธอด้วยเป็นบางครั้ง ทำให้เธอใจเย็น มีสติ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และเธอได้ช่วยเหลือผู้ป่วยรายใหม่จำนวน ๒ ราย ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย หูแว่ว ประสาทหลอน ในครอบครัว มาพบผู้วิจัย หลังการรักษา ทำให้ผู้ป่วยใหม่ สองรายนี้ ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ และเธอได้กลายเป็นที่รักของเพื่อนๆ ครอบครัว สังคม มีบุคลิกภาพที่ดีขึ้น แจ่มใส และรักตัวเอง มีความคิดในการขายผ้าทางออนไลน์ และตั้งใจในการดูแลบุตรชาย และเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการสุขภาพทางกาย และจิตใจของบุตรชายเพิ่มขึ้น สามีเล่าว่า หลังจากการเข้าโปรแกรม ภรรยาได้มีอารมณ์ที่เปลี่ยนไปมาก ไม่หงุดหงิด และบ่นน้อยลงมาก สามารถทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลบ้าน และดูแลสามีและทุกคนได้ดีมาก

เธอยังคงรับยาจิตเวชต่อไป แต่ยานอนหลับไม่ยอมรับประทานแล้ว ยารักษากระเพาะอาหารก็ไม่ยอมรับประทานแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข ร่าเริง สดชื่น แจ่มใส และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตเธอและครอบครัว สู่ทิศทางที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยรายนี้ สามารถเจริญอานาปานสติสมาธิได้ดีมาก มีความเพียร และเป็นคนที่ช่วยค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่งต่อให้ผู้บำบัด เพื่อทำการคัดกรองส่งต่อ โรงพยาบาลแม่สะเรียงอีกหลายราย

๒. กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๒

ผู้ป่วยเพศหญิง นหนัก ๕๖ กิโลกรัม สูง ๑๕๑ เซนติเมตร อายุ ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง นับถือศาสนาคริสต์ ไม่มีอาชีพ การศึกษา ระดับปริญญาตรี ด้านครุศาสตร์ เคยทำงานโรงพยาบาล ๒สถานภาพโสด มาพร้อมกับน้องสาวที่เป็นผู้ดูแล บางครั้งน้องสาวรู้สึก กลัวผู้ป่วย และรู้สึกตึงเครียดมาก และต้องการให้พี่สาวมีอาการดีขึ้น

ผู้ป่วย เริ่มป่วยตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี ประวัติการรักษาป่วย ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๖๒ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็นโรคจิต (F2090- Schizophrenia)

อาการสำคัญ

เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย(ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอนว่ามีเด็ก หนึ่งคน ผู้ใหญ่ ๑ คน ทะเลาะกันตลอดเวลา ผู้ป่วยรู้สึกตึงปวดต้นคอ ปวดแขน ร่างกายหนักมาก นอนไม่ค่อยหลับ ขาดยานอนหลับไม่ได้ ไม่พูด ซึม หน้าตาห่อเหี่ยว เศร้าหมอง นั่งเฉยๆ ไม่ค่อยช่วยเหลือครอบครัวทำงาน บางทีถ้าหากไม่ได้นอนหลับ หรือขาดยา จะหงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับแม่ถึงขั้นตีกัน

บ้านนี้อาศัยอยู่ด้วยกัน ๓ คน แม่มีอายุ ๘๒ ปี มีดวงตาบอดทั้ง ๒ ข้าง อดีตเป็นผู้หญิงที่ทำงานหนัก มีความสามารถ มีลูก ๓ คน ลูกคนโต ซึ่งเป็นผู้ป่วย ลูกคนกลาง เป็นผู้ชาย ที่แม่อาศัยอยู่ด้วยตลอด ลูกชายได้เสียชีวิตเมื่อ ๑๐ กว่าปีที่แล้ว ด้วยการฆ่าตัวตาย และลูกสาวคนเล็ก ทำงานอยู่กรุงเทพฯ สำหรับน้องสาวที่ดูแลเป็นลูกบุญธรรมที่ มารดาของผู้ป่วยได้ขอมาเลี้ยงไว้ตั้งแต่ตอนเกิดเนื่องจาก พ่อแม่ได้เสียชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก ผู้ป่วยกับน้องสาวคนเล็ก และมารดา มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีด้วยกันอย่างมาก ตามประเพณีชาวกระเหรี่ยงลูกคนโต จะเป็นที่พักพิงของครอบครัว เมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ครอบครัวจะ พุดจาส่อเสียด หรือแสดงกิริยา ที่ไม่อบอุ่นกับผู้ป่วยนัก

แม่ ขณะนี้ อายุ ๘๒ ปี แล้ว แต่ด้วยความที่ ดวงตาบอดทั้ง ๒ ข้าง ทำให้สูญเสียบทบาทไป

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมีอาการ ตัวแข็ง ปวดแขน ปวดต้นคอ เบื่ออาหาร ชอบตื่นตอนดึก และหลับยาก ทรมาณมาก เพราะหิวแหว่ ต้องพึ่งคน ๒ คนทะเลาะกันทั้งคืน มีอาการตัวแข็งทื่อ เดินเหมือนหุ่นยนต์ หนักหัวทั้งวัน ทำอะไรไม่ได้ บางครั้งนอนหลับทั้งวัน ญาติ กลัวจะเป็นอะไร จึงหยุดยาเอง และมีอาการทางจิตกำเริบขึ้น

เมื่อมีอาการหงุดหงิดมากๆ ถึงขั้นตี กับ แม่

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก

บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ เพราะคนป่วย ๓ คน มาอยู่รวมกัน ๒ คนช่วยเหลือตนเองลำบาก เป็นภาระให้กับคนดูแล ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง แต่ต้องทำงานเลี้ยงคนทั้งสองทั้งที่ในบทบาทแล้วเป็นลูกบุญธรรม และแม่ได้เป็นผู้มีส่วนทำร้ายลูกสาว จนจิตวิปลาส และก็ยังไม่ยอมรับผู้ป่วยจนกระทั่ง ทุกวันนี้

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

น้องสาวบุญธรรมที่เป็นผู้ดูแล เป็นผู้ให้ข้อมูลว่า เมื่อผู้ป่วยอายุ ๒๓ ปี หลังจากจบการศึกษาแล้ว และทำงานแล้ว ได้ชอบพอกับผู้ชายคนหนึ่ง ซึ่งผู้ชายได้ให้ความหวังด้านการแต่งงาน วันหนึ่งได้บอกให้ผู้ป่วยไปพบ อดีตผู้ชายคนนั้น จากนั้นผู้ชายได้เขียนจดหมายคำ ต่อว่าผู้หญิงอย่างรุนแรง โดยฝากมากับญาติด้วย ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย เสียใจ และเศร้าอย่างมาก เริ่มเก็บตัว ไม่พูด ไม่คุย จนมีอาการทางจิต คือไม่สามารถทำงานได้ หนีออกจากบ้าน มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ การพูด อารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ

เมื่อผู้ป่วย เข้ารับการบำบัดกับผู้วิจัย เนื่องจากเธอเป็นคริสต์ ดังนั้น จะมีการสวดมนต์แบบคริสต์ ผู้วิจัย เลยขอให้น้องสาว ทำพิธี เรียกขวัญ คื่นสติ ให้ และไปพบจิตแพทย์เพื่อปรับยา และทำจิตบำบัด ครอบครัว คือ ทุกคนที่บ้าน จำนวน ๘ ครั้ง และสอนให้ผู้ป่วย ทำการบริหารการหายใจ (Breathing exercise) และพาน้องสาวบุญธรรมผู้ป่วย ออกกำลังกาย (เนื่องจากเธอก็ป่วยเรื้อรัง) และเปลี่ยนทัศนคติ ให้ทุกคนเปลี่ยนการสนทนาเชิงบวกเท่านั้น กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัย สั่งงานที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย ยืดเหยียด การเดินจงกรมทั้งวัน การสวดมนต์ และฝึกการเจริญอานาปานสติ เมื่อตื่นขึ้นตอนดึก ก็สามารถฝึกหายใจ จนสามารถหลับได้สนิท

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด ๔๕ วัน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และมีชีวิตที่เป็นสุข อย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จคือ

ผู้ป่วย ปรับเวลาพักผ่อน และฝึกการเจริญอานาปานสติก่อนนอน สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น และสามารถตื่นมาตอนตีสี่ เพื่อหุงข้าว ต้มน้ำให้มารดา เอาปัสสาวะไปเททิ้งได้ เมื่อมารดาเรียกร้องไวยวาย เธอก็สามารถนั่งเงียบไม่โต้ตอบ ทำความสะอาดให้มารดา พามารดาเข้าห้องน้ำได้ สามารถเดินไปจ่ายตลาดใกล้บ้านตอนเช้าได้

ตอนกลางวันไม่นอนทั้งวัน เหมือนเคย เวล่าน้องสาวบุญธรรมไปทำงาน สามารถดูแลแม่ที่แก่แล้ว และตาบอด ๒ ข้างได้ดี มารดามีอารมณ์ดีขึ้น พูดเพราะกับผู้ป่วย และขอบคุณผู้วิจัย ที่ทำให้ครอบครัว กลับมามีความสุข ผู้วิจัย สอนให้มารดา สู้และอยู่กับตัวเองแบบผู้มีสุขภาพดี ออกกำลังกายบนที่นอน และร้องเพลง เหมือนที่เคยร้อง ที่บ้านมีปาร์ตี้แบบอธิษฐานจิต บ่อยขึ้น ผู้ป่วยสามารถเตรียมน้ำ อาหาร และดูแลแขกที่มาบ้านได้

ผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วย ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่ อย่างมีความสุข ผู้ป่วยเปลี่ยนไป ดูแลความสะอาด และแต่งตัวสดชื่นขึ้น ปกติจะขมวดตลอดเวลา แต่ตอนนี้มีรอยยิ้มบนใบหน้า

ในชีวิตประจำวัน เธอได้เจริญอานาปานสติด้วยนั่งสมาธิ และเดินจงกรม ทุกวัน เช้าและเย็น ครั้งละประมาณ ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง วันละ ๔ รอบ ซึ่งทำให้น้องสาวเธอประหลาดใจมาก ผลของการเจริญสติ ทำให้เธอใจเย็น มีสติ อาการหุแว่ว ว่ามีคนพูด เถียงกันตลอดเวลา หายไปในขณะที่กำลังฝึกกรรมฐาน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจอาการป่วยของตนเอง คิดถึงเรื่องราวในอดีตได้ หายไป (สัญญาดับ) ผู้ป่วยรู้สึกเบาร่างกายขึ้นมาจากเดิมที่คิดว่าน้ำหนักตัวประมาณ ๑๐๐ กิโลกรัม อาการปวดศีรษะหายไป

ผู้ป่วย ยังคงรับยาจิตเวชต่อไป แต่ยานอนหลับไม่ยกรับประทานแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีความสุขร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตเธอและครอบครัว สู่ทิศทางที่ดีขึ้น

๓.กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๓

ผู้ป่วยเพศหญิง น้ํก ๖๘ กิโลกรัม สูง ๑๖๐ เซนติเมตร อายุ ๓๗ ปี ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง น้ํบถือศาสนาพุทธ ไม่มีอาชีพ การศึกษา ระดับประถม แต่งงานแล้วกับผู้นำชุมชน มีบุตร ๒ คน ผู้หญิง ๑ คน แต่งงานแล้ว มีหลานสาว ๑ คน อายุ ๓ ขวบ ปัจจุบันบุตรสาวได้แยกกันอยู่กับสามี ทั้งหลานไว้กับแม่ที่เป็นผู้ป่วย ลูกสาวติดแฟนใหม่ที่เป็น ทอม อยู่ต่างจังหวัด ไม่ยอมกลับบ้าน แม่ที่บ้านจะอ่อนวอน หลานสาวมีอาการทางจิตใจและอารมณ์ คือ ไม่ยอมไปเรียนหนังสือ แต่เป็นเด็กฉลาด แต่ไม่เอ่ยถึงพ่อแม่ ซึ่งอน เรียกร้องเอาแต่ใจ ดิดดา ที่เป็นผู้นำชุมชน และมีบุตรชายคนเล็ก ๑ คน กำลังฝึกงาน มีนิสัยดื้อมสุรา

พบว่าครอบครัว ผู้ป่วย มีปัญหาความตึงเครียดสูงทุกคน และการทำหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ผู้นำชุมชน สามารถทำงานเลี้ยงครอบครัวได้คนเดียวป่วยมีสภาพซ้กั้ว วิตกกังวลสูงมาก มีอาการอยากตาย เครียด นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ทั้ง ๒ ข้าง มีปวดเมื่อยตามร่างกาย และถ่ายเหลวร่วมด้วย

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางจิต ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มาับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๔๗ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็นโรควิตกกังวล : F419 ;other anxiety disorders with Depressive C Fear

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย (ซึ่งเป็นผู้บ้ําบัด) มีอาการอยากตาย เครียด นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ทั้ง ๒ ข้าง มีปวดเมื่อยตามร่างกาย คิดมาก เข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลเป็นประจำ

บ้านนี้อาศัยอยู่ด้วยกัน ๔ คน คือ ผู้ป่วย สามี หลานสาว และลูกชาย ทุกคน มีความรักใคร่กันดีมาก สามีผู้ป่วยปกติจะตามใจหลานสาวมาก แต่ถ้าดื้อจะใช้อารมณ์ดุด่า และเข้ยนตี รุนแรง ผู้ป่วยหรือ ยาย ถ้าโกรธ จะช้หลาน หลานสาว รู้สึกเหมือนโดนทั้ง กั้วการถูกทั้ง ไม่กล้าไปโรงเรียน สามีผู้ป่วยอยากให้ลูกสาวกลับมา แต่ผู้ป่วยได้ตัดขาดลูกสาว ทำให้สถานการณ์ยิ่งแย่เข้าไปอีก

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมีสภาพซ้กั้ว วิตกกังวลสูงมาก มีอาการอยากตาย เครียด นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ทั้ง ๒ ข้าง มีปวดเมื่อยตามร่างกาย และถ่ายเหลวร่วมด้วย รู้สึกกังวลคิดมากไปหมด ห่วงหลาน ห่วงลูก

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหามายในครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก ประวัติทางจิตเวชในอดีต

ผู้ป่วย บอกว่า ครั้งหนึ่งมีงานศพ เห็นคนฆ่าตัวตาย และรู้สึกตกใจกลัวมาก ในอดีต การเลี้ยงดูไม่ค่อยดี ตอนนั้กังวลเรื่องลูกสาว เกลียด โกรธลูกสาวมากที่ทำกับครอบครัวและลูกอย่าง

นี้ รู้สึกรับไม่ได้ จากนั้นก็มีความเครียดสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีภาวะวิตกกังวล ใจสั่นถ้ากลัวมากๆ มีอาการแน่นหน้าอก เหมือนจะตาย กลัว นอนไม่หลับ

ส่วนสามีผู้ป่วย มีประวัติคนในครอบครัว (พี่ชาย) ฆ่าตัวตาย ด้วยการแขวนคอตาย ทำให้สามีเป็นคนเครียดง่าย ป่วยง่าย เหมือนกัน

ด้านการทำจิตบำบัด ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม ผู้วิจัย อย่างเคร่งครัด เนื่องจากนับถือศาสนาพุทธ ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำหลักพุทธธรรม การสวดมนต์ ไหว้ พระ มาสอน ร่วมกับการทำจิตบำบัดร่วมด้วย ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัย สั่งงานที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ไหว้พระ (ปัญหาคือ ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก จะสามารถสวดมนต์ได้น้อยมาก และฝึกการนั่ง เจริญอานาปานสติ เมื่อตื่นขึ้นตอนดึก ก็สามารถฝึกหายใจ จนสามารถหลับได้สนิท

ผู้ป่วยเปิดใจ กับปัญหาที่อยู่ในใจมานาน จนรู้สึกว่า ความทุกข์นั้นได้ระบาย จางคลายลง และเห็นว่า การเจริญสติอยู่กับปัจจุบัน เป็นความสุขที่ไม่เคยได้สัมผัสมาก่อน

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด ๔๕ วัน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญห สุขภาพจิต และมีชีวิตที่เป็นสุข อย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จคือ

ผู้ป่วย ปรับเวลาพักผ่อน และฝึกการเจริญอานาปานสติก่อนนอน สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น และสามารถออกไปทำงานรับจ้างรายวันได้ (๓๐๐ บาท/วัน) และอาการกลัวหายไปเยอะมาก สามารถนอนหลับสนิทกลางคืนได้

ผู้ป่วยและสามี มีการแก้ไขปัญหารื่องลูกสาว ลูกชาย และหลานสาวคนเล็กได้พร้อมมอภัยให้ลูกสาวได้กลับมาอยู่ที่บ้าน สามีซึ่งเป็นตา เข้าใจเรื่องสภาพจิตใจของหลานสาว ใช้อารมณ์ ในการดูดำ ดูขาว เด็กน้อยลง ทุกคนปรับตัว ปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วย ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่ อย่างมีความสุข

ในชีวิตประจำวัน เธอได้เจริญอานาปานสติด้วยนั่งสมาธิ และเดินจงกรม ทุกวัน เช้าและเย็น ครั้งละประมาณ ๓๐ นาที ผลของการเจริญสติ ทำให้เธอ มีสติมากขึ้น ไม่ใจลอย ไม่เครียด ไม่กังวลในอดีต หรือ อนาคต รู้สึกว่าความกลัวน้อยลงมาก อาการปวดตามร่างกาย หายไปเป็นปกติ ทั้ง รู้สึกร่างกายสดชื่น เบาสบาย อาการปวดศีรษะหายไป

ผู้ป่วย ขอหยุดยาจิตเวช หยุดยานอนหลับไม่ยอมรับประทานแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตเธอและครอบครัว สู่ทิศทางที่ดีขึ้น

๔.กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๔

ผู้ป่วยเพศหญิง หน้า ๕๙ กิโลกรัม สูง ๑๖๖ เซนติเมตร อายุ ๒๗ ปี ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง บ้านแม่เหาะ หมู่ที่ ๙ นับถือศาสนาคริสต์ อาชีพทำไร่ ทำสวน การศึกษา ระดับประถม

แต่งงานแล้ว อาศัยอยู่ในครอบครัวสามี จำนวน ๖ คน ประกอบด้วย พ่อ แม่ สามี บุตรสาว ๑ คน อายุ ๑๘ ปี แต่งงานแล้ว สามีอายุ ๒๖ ปี มีบุตรแล้ว

สามีดูแลภรรยาดี สามีไม่ได้เรียนหนังสือ สามีเป็นคนมารับยาให้ภรรยา บางครั้งก็ลืม ผู้ป่วยขาดยาบ่อย

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นน้องสาวของ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๕ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่ทำให้ตกใจช็อคเช่นกันในตอนเด็กคือ มีคนมายิงพ่อเสียชีวิต ในขณะที่รับประทานอาหารเช้าร่วมกัน สองคนพี่น้องจะคุยกัน และมีอาการเศร้า ทางจิต อยู่จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระตุ้น มีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลสูง

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางจิต ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๘๖ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็นโรควิตกกังวล : F 412 ;other anxiety disorders -Mixed anxiety and Depressive Disorder

อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาลคือ มีอาการนอนไม่หลับ ใจสั่น มี Panic attack / allucination

มีอาการปวดแสบร้อนใต้ลิ้นปี ปวดตามข้อมือข้อเท้า ปวดแสบปวดร้าวลงขาขวา ปวดแสบปวดร้อนกลางอกร้าวลงไปที่หลัง เจ็บหน้าอก เจ็บหลัง ห่วงหลาน กลัวหลานได้รับอันตราย เครียด คิดมาก รับประทานยาทุกวัน บางวันนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจสั่น ถ้าเครียดมากๆ จะมีอาการชักเกร็ง มือจีบ

เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย(ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยจะซึม เงิบ ไม่พูด หน้าตาไม่สดชื่น ดวงตาเหม่อลอย ร้องไห้ มีความคิดอยากตาย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมีสภาพซึ่กแล้ว วิตกกังวลสูงมาก มีอาการอยากตาย เครียด ปวดท้องน้อย มีปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเวียนศีรษะ หนักเนื้อตัว รู้สึกกังวลคิดมากไปหมด ห่วงหลาน เคยได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี โรงพยาบาลมหาราช เชียงใหม่ กลัวการผ่าตัดมาก และตอนนี้รู้สึกว่ามีแผลมีน้ำซึมตลอดเวลา หลังจากการผ่าตัด รู้สึกปวดแสบข้างเดียวมาตลอด

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก สามีจะเป็นคนจัดการให้ แม้กระทั่งการนำมาเข้าโปรแกรม สามีจะเป็นคนตัดสินใจ พามา

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

แม่ผู้ป่วยเสียชีวิต ตั้งแต่เด็ก อยู่กับพ่อ และพี่สาวตอนเด็ก วันหนึ่ง เห็นคนยิงพ่อเสียชีวิต รู้สึกฝังใจ กลัวมาก พ่อมีคนเสียชีวิตรู้สึกกลัว

ด้านการทำจิตบำบัด ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จิตบำบัด และ เทคนิค การฝึกการผ่อนคลาย และฝึกหายใจ (breathing exercise) จนสามารถหลับได้สนิท

ผู้ป่วยเปิดใจ กับปัญหาที่อยู่ในใจมานาน จนรู้สึกว่าการทุกข์นั้นได้ระบาย จางคลายลง และเห็นว่า การเจริญสติอยู่กับปัจจุบัน เป็นความสุขที่ไม่เคยได้สัมผัสมาก่อน

ผู้ป่วยสดชื่น หัวเราะ และพูดคุยกับผู้บำบัด หัวเราะ ดีใจ ที่หายจากการปวดเมื่อย ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย และเข้าร่วมการฝึกปฏิบัติ แต่สามีบอกว่า ภรรยาเปลี่ยนไป กลัวภรรยาบ้า เพราะผู้นำในชุมชน ได้พูดว่า ให้ระวังนะ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ ได้ออกจากการทดลองในช่วงสัปดาห์สุดท้าย

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด ๓๐ วัน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถมีความสุข มีความรู้เรื่องการรับประทานยา การปรับสภาพจิตใจให้อยู่กับปัจจุบัน ไม่กลับไปในอดีต ที่ทำให้หวาดกลัวอีก และเมื่อประเมินหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติ ทำงานได้ อาการซึมเศร้าลดลง อย่างเห็นได้ชัดเจน

ผู้ป่วยและสามี มีการแก้ไขปัญหาเรื่องลูกสาว ลูกชาย และหลานสาว ได้ เลิกห่วง โดยพาผู้ป่วยไปพบลูกสาว หลานสาวที่อยู่ในเมือง ทุกคนปรับตัว ปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วย ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่ อย่างมีความสุข

ในชีวิตประจำวัน เธอได้เจริญอานาปานสติสมาธิ เข้าและเย็น ครั้งละประมาณ ๓๐ นาที ผลของการเจริญสติ ทำให้เธอ มีสติมากขึ้น ไม่ใจลอย ไม่เครียด ไม่กังวลในอดีต หรือ อนาคต รู้สึกว่าความกลัวน้อยลงมาก อาการปวดตามร่างกาย หายไปเป็นปกติทั้ง รู้สึกร่างกายสดชื่น เบาสบาย อาการปวดศีรษะหายไป

ผู้ป่วย รับประทานจิตเวชต่อ หยุดยานอนหลับไม่ยอมรับประทานแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตเธอและครอบครัว สู่ทิศทางที่ดีขึ้น

๕.กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๕

ผู้ป่วยเพศหญิง น้หนั ๖๐ กิโลกรัม สูง ๑๕๗ เซนติเมตร อายุ ๔๓ ปี ๒ เดือน ๕ วัน ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง บ้านแม่เหาะ หมู่ที่ ๙ ตำบลสาครบุรี อำเภอแม่บ้าน ทำสวน การศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ยอมพูดภาษาไทย แต่งงานแล้ว มีบุตร ๓ คน คนโตเป็นผู้หญิง มีครอบครัว มีบุตรสาว ๑ คน คนที่ ๒ เป็นผู้ชาย เป็นทหารพรานแต่งงานแล้ว มีลูก ๓ คน และเคยไปทำงานที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทุกคนทำงานหมดแล้ว คนสุดท้ายเป็นผู้หญิง อายุ ๑๓ ปี

สามีเล่าว่า ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของภรรยาว่า เมื่อ ๒๐ ปีที่แล้ว ตอนที่อยู่ที่หมู่บ้านเดิม เมื่อเริ่มแต่งงานใหม่ๆ วันหนึ่งตอนเย็น มีคนมาบุกยิงพ่อผู้ป่วยถึงบ้าน ขณะที่กำลังกินข้าวอยู่ ผู้ป่วยรู้สึก ช็อก กลัว ตั้งแต่นั้นเป็นต้น เมื่อเกิดลูกมีภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด ไม่รู้ว่า ป่วย ไม่ได้รับการรักษา

วันหนึ่ง สามีไปทำงานในไร่ กลับบ้านช้ามาก คนเดียว ผู้ป่วยรู้สึกเป็นห่วงมาก ตั้งแต่นั้นมา มีอาการไม่พูด ซึม นิ่งร้องไห้ ทั้งวัน จึงพามาพบแพทย์ ปัจจุบัน เครียดเรื่องลูกชาย กลัวลูกชายกินเหล้า และมีเรื่องกับใคร หรือ ประสบอุบัติเหตุ ตาย

สามีผู้ป่วย ก็มีประวัติพ่อแม่ติดฝิ่น ทั้งลูก ๗ คน อดๆ อยากๆ ตอนนี้อยู่คนเดียวเสียชีวิตหมดแล้ว

พบว่าครอบครัว ผู้ป่วย มีปัญหาความตึงเครียดสูงทุกคน และการทำหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับกลาง สามี สามารถทำงานเลี้ยงครอบครัวได้คนเดียว ผู้ป่วยมีสภาพ วิตกกังวลสูงมาก มีอาการอยากตาย เครียด นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ทั้ง ๒ ข้าง ใจสั่น ซึมบ่น เจ็บแสบ มีปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดขา ปวดเข่า ปวดบวมแขนขา นอนไม่ค่อยหลับ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึมมอเตอร์ไซด์ไม่เป็น สามีมารับยาแทนตลอด ผู้ป่วยไม่ค่อยกล้าเข้าสังคม

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางจิต ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๖๔ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็น F411 Other anxiety disorders ,Generalized anxiety disorder

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจย (ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีท่าทางซึมเหม่อ ไม่พูด ใจสั่น บ่นปวดแผลที่ผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อ ๖ ปีที่แล้วถ่ายของหนัก เครียดเรื่องลูกชายมาก นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท ไม่อยากทำงาน ใจสั่น ลูกๆ ที่โตแล้ว แยกบ้าน ไม่ได้อยู่ร่วมกัน

อาการทางร่างกาย จะเจ็บส้นเท้าขวา ปวดมากเวลาเดิน ปวดแขนร้าวมาที่ขา เวียนศีรษะ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัด ไม่มีไข้ มีอาการ panic attack

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

สูญเสียแม่ตั้งแต่วัยเด็ก และมาสูญเสียพ่อ ในสภาพที่น่าตกใจ คือ คนมาชิงชนะรับประทานอาหารร่วมกัน และบ้านหลังนั้น ก็ได้ถูกเผาทั้ง ตามประเพณี กระเหรี่ยง และย้ายบ้านออกมา ผู้ป่วยเป็นลักษณะ ขาดความรู้ และการช่วยเหลือตัวเองต่ำ เริ่มป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาล ไม่ชอบกินยากลัวอ้วน และ ขาดยาบ่อย มีอาการประจำคือ เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย แ่นหน้าออกเป็นบางวัน

ด้านการทำจิตบำบัดครอบครัว ผู้ป่วย มีความรู้สึก คลายทุกข์ลง สามี ลูกสาว และลูกชาย เข้าใจ แต่การตอบสนองในการรักษาต่ำ

สามีผู้ป่วย ที่เป็นคนมารับมาส่ง และรับยาแทนผู้ป่วย เป็นคนตัดสินใจแทนผู้ป่วยทั้งหมด และเป็นคนที่มิประวัติยากจน พ่อติดยาฝิ่น แม่เสียชีวิตตั้งแต่ยังเด็ก มีพี่น้อง ๗ คน เป็นคนกลาง ตอนเด็กไม่มีข้ากิน พ่อไม่ดูแล เพราะติดยาเสพติด ต้องไปอาศัยอยู่กับหลวงพ่อบุญพระอาจารย์รัตน์ ซึ่งเป็นพระอาจารย์กรรมฐาน พระอาจารย์รัตน์ ที่สอนเกี่ยวกับสมาธิมนุ รักษาโรคเอดส์ แต่สามีไม่

ศรัทธา ในการปฏิบัติกรรมฐาน ประกอบกับเปลี่ยนศาสนา เป็นศาสนาคริสต์ ทำให้ไม่ส่งเสริมภรรยา ในการปฏิบัติกรรมฐานได้ครบ ในช่วง ๗ วัน โดยอ้างว่า หายดีแล้ว กลัวเมียจะบ้า เนื่องจาก ตลอดเวลาที่ผ่านมา ภรรยาไม่เคยหัวเราะ อารมณ์ดีหรือพูดกับใครเลย เมื่อได้เข้ามาบำบัดทางจิต สังคมกับ ผู้วิจัย (ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป คือ สามารถทำงานบ้านได้ หัวเราะ พูดคุยกับน้องสาวถึงการบำบัด อาการที่ปวดเมื่อยในท้องตรงแผลผ่าตัดได้หายไป ปวด กล้ามเนื้อหายไ้ รู้สึกสบายใจขึ้น แต่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยเทคนิคคลายเครียดด้วย ลมหายใจ บำบัด (breathing exercise)

ผู้ป่วยรายนี้ ผูกพันกับผู้ป่วยรายที่ ๖ เนื่องจากเป็นพี่น้องกัน ผู้วิจัย เลยให้น้องสาว และ พี่สาวเป็นผู้ร่วมบำบัด ปรากฏว่า ได้ผลดีขึ้น จากนั้นก็นัดเข้าโปรแกรม

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด การทำจิตบำบัด และเข้าโปรแกรมแค่ ๒ ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึก ว่า หายป่วยแล้ว สามิไม่มาส่ง เพราะติดงาน จึงทำให้ขั้นตอนการพัฒนาจิตของ ผู้ป่วยหยุดชะงักลง

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของ ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสุภาพจิต และมีชีวิตที่เป็นสุข อย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จ ได้เพียงระดับหนึ่ง

การ ปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและน้องสาวที่ป่วยทางจิตเหมือนกัน มี โอกาส ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นใน วันที่เหลืออยู่ อย่างมีความสุข

ในชีวิตประจำวัน เธอได้เจริญอานาปานสติ ด้วยวิธี บังคับลมหายใจ เข้า-ออก ยาวๆ (Breathing exercise) ผลของการเจริญสติ อาการปวดตามร่างกาย หายไปเป็นปลิดทิ้ง รู้สึก ร่างกายสดชื่น เบาสบาย อาการปวดศีรษะหายไป

ผู้ป่วย รับประทานจิตเวชต่อ ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตเธอและ ครอบครัวผู้ป่วยสามารถทำงานได้ และมาเยี่ยมบุตรชายที่ในเมืองบ่อขี้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้ ฝึกอานาปานสติ ได้แค่ จตุกะ ที่ ๑ คือ รู้ลมหายใจเข้า ออก ยาว สั้น รู้ตลอดกายทั้งปวง และ ระวังกายสังขารทั้งปวง เท่านั้น

๖-๗. กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๖ และ ๗

ครอบครัวนี้มีประวัติการมีปัญหาสุภาพจิต

๑. ผู้ป่วยเพศชาย น้หนัก ๖๘ กิโลกรัม สูง ๑๖๐ เซนติเมตร อายุ ๔๔ ขาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง บ้านแม่เหาะ หมู่ที่ ๔ นับถือศาสนาคริสต์ อาชีพรับจ้าง พูดภาษาไทยได้ดี การศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่งงานแล้ว มีบุตร ๓ คน

-คนโตเป็นผู้หญิง มีครอบครัวแล้ว โดยหนีพ่อแม่ ไปแต่งงานกับผู้ชายไทย หย่าร้างเพราะผู้ชายไม่ทำงาน ดิทยาเสพติด ติดการพนัน มีภาวะเครียดสูง

-คนที่ ๒ เป็นผู้ชาย มีลูกชาย ๑ คน และเคยไปทำงานที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตอนนี้อกลับมาอยู่กับครอบครัวแล้ว

-คนที่ ๓ เป็นผู้ชาย ซึ่งสนิทกับพ่อแม่มาก ได้ฆ่าตัวตาย ด้วยการยิงกรอกปาก ในสวน จากสาเหตุที่ทะเลาะกับคนในหมู่บ้าน

๒.ภรรยาผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคเดียวกัน คือ วิตกกังวล และซึมเศร้า ไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาล แต่กินยาร่วมกับผู้ป่วย

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางจิต ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๓๗ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็น

F411 Other anxiety disorders , Generalized anxiety disorder

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย(ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีท่าทางกระวนกระวายใจ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว มีความคิดฆ่าตัวตาย กังวล กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ ถ้าหลับจะไม่สนิท สะดุ้งตกใจง่าย คิดกังวลไม่ทราบสาเหตุ เป็นคนอารมณ์ ร้อน เมื่อโกรธจะด่าทอคนในบ้าน ด้วยอารมณ์ เวลาคนมาพูดไม่ดีด้วย จะหงุดหงิดง่าย

ภรรยา เลี้ยงหลานชายที่บ้าน จะร้องไห้เมื่อพูดถึงเรื่องลูกชาย จะทะเลาะกับลูกสาวคนโตเป็นประจำ รูปร่างอ้วนใหญ่ ทำอาหารอร่อย มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาอยู่

ลูกสาวคนโต ทำงานในหมู่บ้าน ตำแหน่งผู้จัดการ ด้านธุรกิจส่งออก ตอนเล็กสมัยใหม่ๆ มีภาวะซึมเศร้ามาก พ่อไปตามให้กลับบ้าน ทุกคนในบ้านตึงเครียดมาก พูดด้วยการ ตะโกนใส่หน้า รู้สึกว่าที่บ้าน มันวุ่นวาย แต่เมื่อมีหลานชายทุกคน จะพุ่งความรักไปที่หลานชาย และทุกคนเชื่อว่าเป็นน้องชายที่เสียชีวิตแล้ว มาเกิดเป็นหลานชายคนนี้

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า ผู้ป่วย ทั้ง ๓ คน มีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล ไม่ค่อยมีความสุข แต่ภาวะทางสังคม ยังไม่บกพร่อง รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว สามารถเป็นไปได้ และสามารถทำจิตบำบัดครอบครัวนี้ประสบความสำเร็จ

ผู้ป่วย ที่เป็นสามี พยายามลดอารมณ์โกรธ และพยายามตั้งใจ ในการพูดสื่อสารกับคนในครอบครัว ส่วนภรรยา สามารถตัดสินใจ ในอดีต และ อยู่กับปัจจุบัน และทำให้ดีขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ ที่ทำให้ครอบครัวต้องเสียใจอีก ไม่กังวลในอนาคต จากการทดสอบซ้ำ ปรากฏว่า คะแนนสุขภาพจิตปกติ ภาวะอารมณ์ปกติ ไม่มีการร้องไห้ เมื่อต้องสนทนา เรื่องในอดีต ยอมรับได้ และต้องการสร้างครอบครัวใหม่ที่มีความสุข

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

ผู้ป่วย สูญเสียพ่อ ตั้งแต่วัยเด็ก และรู้สึกว่ามีแม่รักพี่ชาย พี่สาว มากกว่าตนเอง จะสนิทกับครอบครัวฝ่ายภรรยา ที่มีครบทุกคน

ภรรยา มีปัญหาเดียวคือการสูญเสียลูกชาย และผิดหวังในลูกสาวคนโต ที่หนีไปกับผู้ชาย เมื่อเข้าใจในปัญหา และยอมรับปัญหาทุกอย่างแล้ว ก็พร้อมในการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิ กรณฐานต่อไป ผลของการทำจิตบำบัดครอบครัว ผู้ป่วย ทั้ง ๓ คน ในครอบครัวเดียวกันนี้ มีความรู้สึก คลายทุกข์ลง ทุกคนกล้าเปิดใจ และยอมรับในตัวเอง และพร้อมที่แก้ไขปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไป

ต้นทุนที่เป็นจุดแข็งในการทำพุทธจิตสังคมบำบัด ในครอบครัวนี้คือ ผู้ชาย เป็นคนเคร่งศาสนา และตั้งใจฝึกอานาปานสติสมาธิดีมาก จนจิตสามารถเจริญถึงอัปปนาสมาธิ และตัดนิวรณ์ ได้ชั่วขณะ ที่ฝึกปฏิบัติ และมองเห็น ความทุกข์ ความไม่เที่ยง อนิจจัง และอนัตตา การบังคับบัญชาไม่ได้ และผู้ป่วยผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเป็นคนอารมณ์ร้อน ก็มีอารมณ์เย็นขึ้น มีการสำรวม กาย วาจา ใจ มีเมตตา ช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ป่วยที่สูงอายุในกลุ่มได้ดี นอนหลับสบายทุกคืน มีจิตอภัยต่างๆ ที่ผ่านมา ตั้งใจทำงาน และมีความสุขในการทำประโยชน์แก่สังคม มีความสุข

ผลการรักษา

ผู้ป่วยทั้ง ๓ รายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด การทำจิตบำบัด และลูกสาว ได้มีโอกาสเข้าโปรแกรมแค่ ๒ ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าจะ สามารถปรับตัวได้แล้ว แต่ภาพรวม แล้ว ทุกคนสามารถปรับตัวต่อปัญหา และมีการแก้ไขปัญหาก่เกิดขึ้น จนเห็นผลชัดเจน

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ แลผู้ป่วย อีก ๒ คนในครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะจิต และมีชีวิตที่เป็นสุขอย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จได้อย่างน่าประทับใจ ทุกคน มีการ ปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข ในชีวิตประจำวัน ทุกคน นั่งปฏิบัติธรรม เจริญอานาปานสติ ทุกเช้า และทุกเย็น ผู้ป่วยผู้ชาย เจริญอานาปานสติ สมาธิ ทุกครั้งที่คิดได้

ผู้ป่วย รับประทานอาหาร ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่ ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๘.กรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ ๘

ผู้ป่วยเพศหญิง น้หนัก ๕๐ กิโลกรัม สูง ๑๕๗ เซนติเมตร อายุ ๒๖ ปี ชาวเขาเผ่าอาข่า นับถือศาสนา ไม่นับถือ อาชีพแม่บ้าน ทำสวน การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๖ ด้านเกษตร แต่งงานแล้ว มีบุตร ๒ คน ผู้ชาย ๑ คน ผู้หญิง ๑ คน

ผู้ป่วยรายนี้ มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ที่มาจากอาการทางจิต มีชีวิตที่ทุกข์ทรมานมาก ครอบครัวปิด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย จึงเล่าให้ผู้บำบัดฟังว่า

ครอบครัวเดิมของผู้ป่วยอยู่อีกจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือ ผู้ป่วย มีพี่น้อง ๒ คน เป็นผู้ชาย ซึ่งมักป่วยเป็นโรคเดียวกับเธอ พ่อ ดิทยาเสพติด เลี้ยงดูเธอ เหมือนไม่ใช่ลูก ผู้ป่วยบอกว่า มีพ่อแค่ให้เรียก เท่านั้น สามี เป็นคนที่เข้มแข็ง อดทน มาก ตอนเด็ก ผู้ป่วยเห็นภาพความรุนแรงในครอบครัว เมื่อเรียนหนังสือ ในระดับ ปวส. เธอก็พบรัก กับเพื่อนที่เรียนด้วยกัน และย้ายกลับมาอยู่บ้านครอบครัวผู้ชาย ทุกอย่างผ่านไปด้วยดี ผู้ป่วยเล่าว่า เธอเป็นคนขยันมาก จนสร้างตัวขึ้นมาได้ มี

รถ มีบ้าน มีลูกที่ดี แต่ผู้ป่วยไม่ชอบครอบครัวของผู้ชาย พ่อแม่ผู้ชาย มีลูกชายคนเดียว ผู้ป่วยสังเกตว่าสามีจะสนิทกับ พ่อมาก แต่ก็ไม่ใช่ใจ ส่วนแม่สามี จะชอบทะเลาะกับพ่อ ดื้มเหล้า โวยวาย และมีอาการทางจิต บางทีก็ออกจากบ้านไปนานๆ

วันหนึ่งประมาณ ๔ ปีที่ผ่านมา สามีถูกจับ จากปัญหายาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยเสียใจมาก แต่ก็มีส่วนดี ทำงานและเลี้ยงดูบุตรได้เป็น อย่างดี แต่เมื่อสามีพ้นโทษออกมา ผู้ป่วยรู้สึก ป่วย มีอาการปวดท้อง เครียด คิดมาก นอนไม่หลับ ทำงานไม่ได้ ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้

อาการที่พบ ผู้บำบัด ผู้ป่วย ไปโรงพยาบาลทุกวัน เพื่อตรวจสุขภาพ อาการปวดท้องเรื้อรัง มีก้อนโผล่ที่ก้น มีอาการแน่นหน้าอก เหมือนจะตาย (Panic Attack)

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางกาย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๑๘ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) แพทย์ได้วินิจฉัยโรคทางกาย ตามอาการดังนี้ ปี ๒๕๕๘ โรค Abdominal pain, K 293 Gastritis and Duodenitis , Chronic superficial gastritis

ได้ส่งกล้องตรวจพิสูจน์ โดยได้รับการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายเมื่อ ปี ๒๕๖๑ ว่าป่วยเป็นโรค R 102 Abdominal and pelvic pain-Pelvic and perineal pain

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย(ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีท่าทางวุ่นวายใจ พุ่งซ่าน บ่น ใจสั่น บ่นปวดท้องมาก รักษาไม่นาน ไม่หาย ยาจิตเวช ยานอนหลับก็ให้มา ไม่กล้ากิน ไม่เชื่อว่า ป่วยทางจิต จนกระทั่ง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยสัมพันธภาพบำบัด เทคนิคต่างๆ จึงยินยอมเข้ารับการรักษา

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก คะแนนความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหายาในครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

ผู้ป่วย ฝังใจกับการใช้ยาเสพติด ไม่ชอบเป็นอย่างมาก และหนีสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ที่บ้าน เพื่อสร้างครอบครัวใหม่ เมื่อมาพบกับการใช้ยาเสพติด ในครอบครัวใหม่อีกครั้ง ผู้ป่วยจึงรู้สึกคับข้องใจ ปรับตัวไม่ได้

ด้านการทำจิตบำบัดครอบครัว ผู้ป่วย ได้นำลูกชาย เข้ามาร่วมด้วย ลูกชายผู้ป่วยเป็นเด็กฉลาด เล่าให้ฟังว่า แม่อยู่บ้าน ซึ่บ่นมาก ไม่ทำงาน ออกจากบ้านเที่ยวทั้งวัน พ่อรักแม่มาก

เนื่องจากครอบครัวนี้ ปิดเกี่ยวกับยาเสพติด ผู้บำบัดจึงให้ลูกชาย เป็นคนช่วยเยียวยาให้กำลังใจแม่ ที่จะเปลี่ยนมุมมองใหม่ ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึก คลายทุกข์ลง และตั้งใจฝึกพัฒนาจิต ในช่วง ๗ วัน

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการ รักษา ตลอด การทำจิตบำบัด ผลปรากฏว่า การตอบสนองต่อการรักษาดีมาก ในวันที่ ๒ ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกาย คือ หายจากอาการเจ็บ

ห้องที่ป่วยมานาน ก้อนในท้อง ที่กิน หายไป ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ที่ได้จัดเตรียมมารับประทานด้วยกัน สามารถดื่มกาแฟได้ในรอบ ๔ ปี สุขภาพแข็งแรง เหมือนไม่เคยป่วยมาก่อน

ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติ และเห็นผลของการปฏิบัติ แต่สามารถทำได้ เฉพาะตอนเช้าโปรแกรมเท่านั้น ไม่สามารถฝึกต่อได้ที่บ้าน เนื่องจาก รู้สึกว่า บ้านไม่สงบ เหมือนสถานที่บำบัดแห่งนี้ ซึ่งผู้บำบัด ได้แก้ไข ให้พิจารณา ที่ลมหายใจ เข้า และออก ไม่ยึดติด สถานที่ บุคคล ซึ่งเป็นการเตรียมเพื่อยุติการบำบัด

เมื่อวันวาเลนไทน์ที่ผ่านมา ทุกคนในครอบครัวผู้ป่วย ชมว่า “ผู้ป่วยสวยขึ้น เปลี่ยนแปลงไป กินยาผิดของ หรือเปล่า” ผู้ป่วย กลับไปทำอาหารให้สามีและลูก และเปลี่ยนแปลงตัวเอง มีหน้าตาสดชื่นแจ่มใส พูดคุย ร่าเริง และตั้งเป้าหมายในการทำงาน และสร้างครอบครัวใหม่ ในทิศทางที่ดี

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญห สุขภาพ กาย ที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต และมีชีวิตที่เป็นสุข อย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จ

การ ปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วย กับสามี ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจ ได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่ อย่างมีความสุข

ผู้ป่วย รับผิดชอบจิตใจเวชต่อ ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิต และครอบครัวผู้ป่วยสามารถทำงานได้ และปรับตัวได้ในสังคมต่อไป มีสมาธิ สติ ปัญญา ที่รู้ทัน และสามารถควบคุมความคิด อารมณ์และพฤติกรรม การแสดงออกในสังคมได้เป็นปกติขึ้น

๙. กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๙

ผู้ป่วยเพศชาย นั้ก ๔๕ กิโลกรัม สูง ๑๔๒ เซนติเมตร อายุ ๕๖ ปี ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง นับถือศาสนาคริสต์ อาชีพทำสวน ปัจจุบัน ทำงานไม่ได้ ต้องอยู่ที่บ้าน การศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ พูดภาษาไทยได้ชัดเจน แต่งงานแล้ว มีบุตร ๓ คน คนโตเป็นผู้หญิง มีครอบครัว มีบุตรสาว ๑ คน คนที่ ๒ เป็นผู้ชาย ช่างตัดผม เมื่อหลายปีก่อน คนสุดท้ายเป็นผู้ชาย เพิ่งกลับมาจากเชียงใหม่ ทำงานเป็นลูกจ้างที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง โสด ไม่แต่งงาน

ประวัติในครอบครัว

ผู้ป่วยมาจากครอบครัว ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความขัดแย้งมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อตอนแข็งแรงดี ได้ทำไร่ ไปนอนที่ไร่ และป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ขึ้นสมอง จากนั้น ก็จะป่วยมาตลอด ลูกชายไปทำงานที่อื่น ไม่ทราบว่ามีปัญหาอะไร ได้ฆ่าตัวตาย ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ผู้ป่วยรู้สึกเครียด เศร้า เสียใจ ผิดหวัง จากนั้นก็เริ่มป่วยทางจิตใจ นอนไม่ค่อยหลับ ใจไม่ดี คิดอยากฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง มีอาการปวดแสบแน่นท้องเรื้อรังมาตลอดไม่หาย มีแผลที่ลิ้น คอแห้ง ปวดหลัง ร้าวมาที่เอว มีอาการแน่นหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ รับประทานยาที่โรงพยาบาล อาการไม่ดีขึ้น

อาการแรกพบ

ภรรยาผู้ป่วยเป็นคนพาผู้ป่วยมาพบผู้บำบัด ผู้ป่วย ค่อนข้างเจ็บบ แต่ต้องการใครสักคนมารักษา จึงแจ้งให้ผู้ป่วยว่า ขอรับการรักษากับผู้บำบัด เพราะรู้สึกไม่ไหวแล้ว เพราะว่าฝันร้ายทุกคืน กลัวสิ่งที่เห็นในฝันมาก มีเสียงดังในหูด้านขวา ทรมาณมาก คางแข็ง ปวดคาง มีอาการมือสั่น ตัวสั่น เวลาเครียดๆ

ปัญหาในครอบครัว ขณะนี้ภรรยาเป็นคนหาเลี้ยง รู้สึกต้องอดทน เกลียดภรรยาเพราะภรรยาทั้งคำ ทั้งบ่น ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อ ไม่อยากช่วยเหลืออะไร อาหารที่รับประทานไม่ดี ภรรยาไม่ดูแล หนีไปคู่วิว คนเดียว เวลามารับยาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง ไม่มีเงิน ทำให้ขาดยาบ่อย นอนไม่หลับ เป็นเดือน

ภรรยาเล่าว่า ผู้ป่วยไม่ทำงานอะไรช่วยเหลือ คู่วิวทั้งวัน นอนหลับแต่เช้า อยู่บ้านด้วยกันสองคน ภรรยาต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ แต่ก็ต้องทำ ลูกไม่ได้ช่วยเหลืออะไร ตอนนี้อยู่บ้านวันเสาร์ วันอาทิตย์ ตั้งแต่ย้ายมาอยู่ร่วมกัน

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางจิต ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๖๔ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์

Diagnosis : F412 Other anxiety disorders -Mixed anxiety and depressive disorder

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจัย(ซึ่งเป็นผู้บำบัด) จากการสังเกตอาการและภรรยาเป็นผู้บอกเล่า หลังจากสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแล้ว ผู้ป่วยเล่าว่า มีอาการฝันร้ายทุกคืน ฝันว่าจะมีคนมาฆ่า มีเรื่องเครียดในใจ ปวดข้อมือมาก ทำงานไม่ได้ ปวดไหล่ด้านซ้าย ปวดขา ลูกเดินลำบาก บางครั้งมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รู้สึกว่าป่วยกินยามานาน อาการไม่ดีขึ้นเลย จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 และแบบประเมินครอบครัวพบว่า

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ค่ะแน่นความทุกข์ วิตกกังวล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า มีคะแนนสูงมาก บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหายภายในครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

สูญเสียพ่อ แม่ตั้งแต่วัยเด็ก แต่ภรรยา ยังมีพ่อ แม่ พี่น้อง ครอบครัวครบ ตั้งแต่ป่วยเป็นไข้มาเลเรีย เพราะนอนในไร่ทุกวัน เมื่อ ๑๐ กว่าปีก่อน และมาสูญเสียลูกชาย ที่ฆ่าตัวตาย และภรรยาก็บ่นว่า ไม่ช่วยทำงานบ้าน รู้สึก เครียด วิตกกังวล และเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ เป็นภาวะต้องพึ่งพิงภรรยา

ด้านการทำจิตบำบัดครอบครัว ผู้ป่วย ภรรยา และลูกชาย ได้เข้ามามีบทบาท เข้าใจในปัญหาผู้ป่วย การสื่อสาร ดีขึ้น จากกระบวนการร่วมทำจิตบำบัดครอบครัว ภรรยา และผู้ป่วย ลูกชาย ได้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไขปรับตามกระบวนการรักษา

ผู้ป่วย สามารถตื่นเช้า มาทำหน้าที่ แม่บ้านแทนภรรยา ดูแลให้อาหาร ไก่ หมู และทำความสะอาดบ้านก่อนมาเข้ารับการบำบัด ทุกวัน เมื่อกลับบ้านไป ได้ทำอาหารเย็นให้ครอบครัว มีการอาบน้ำ ตัดผม และ ช่วยเหลืองานบ้านเพิ่มขึ้น ผู้วิจัย ประสานทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ให้ลูกชายซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง เป็นผู้รับยาแทนพ่อ ซึ่งเป็นผู้ป่วย

ผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด ผลการเจริญอานาปานสติสมาธิ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามติมาก และปฏิบัติตลอด ที่รู้สึกตัว ทุกลมหายใจเข้า และออก

ผู้ป่วยบอกว่า อาการปวดทั้งหลายในร่างกาย หายไป แข็งแรงเพิ่มขึ้น เดินได้ดี จากบ้านมายังวนอุทยานทุกวัน โดยเจริญสติมาด้วย

ในการทำกลุ่ม ในวันที่ ๓ ผู้ป่วยสามารถยกเสื่อได้เอง ซึ่งหนักพอประมาณ และปูเสื่อประมาณ ๔ ผืน ทุกวัน พร้อมทั้งเก็บด้วย และวันอาทิตย์ สามารถ เดินไปโบสถ์ได้เอง ร้องเพลง สวดมนต์ ได้เพราะมาก ในการทำกลุ่มบำบัด ประจำวัน

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และมีชีวิตที่เป็นสุข อย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จได้เพียงระดับหนึ่ง

การปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วย กับภรรยา ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) โดย ในวันวาเลนไทน์ ได้นำดอกไม้ป่า มาให้ภรรยา และบอกรัก ภรรยา ก็อายมาก แต่ก็ดีใจ ที่มีวันนี้อีกครั้ง และต่างอยู่ด้วยกัน อย่างมีความหมาย เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่ อย่างมีความสุข

ในชีวิตประจำวัน เธอได้เจริญอานาปานสติ สมาธิ ตลอดเวลา เพราะรู้สึกมีความสุข นอนหลับสบายดี ไม่ฝันร้าย แข็งแรง สดชื่น ไม่ปวดเนื้อปวดตัว ไม่ต้องลงทุนอะไรมาก รู้สึกรักตัวเอง และมีประโยชน์ต่อสังคม เข้าโบสถ์ และสามารถแสดงออกในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ผลของการเจริญสติ อาการปวดตามร่างกาย หายไปเป็นปกติทั้ง รู้สึกร่างกายสดชื่น เบาสบาย อาการปวดศีรษะหายไป ทำงานบ้านได้ และทำได้เพิ่มขึ้นทุกวัน รู้สึกมั่นใจตัวเอง และช่วยเหลือตนเองได้ เมียไม่ด่าแล้ว

ผู้ป่วย ยังคงรับยาจิตเวชต่อ ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้กลับมาปกติอีกครั้ง

๑๐.กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๑๐

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๖๕ ปี ผอมมาก หนัก ๔๕ กิโลกรัม สูง ๑๖๒ เซนติเมตร อายุ ๖๕ ปี (แต่ดูเหมือนชายแก่อายุ ๘๐ ปี) ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง นับถือศาสนาคริสต์ เมื่อก่อนช่วยเหลือหลานได้ แต่ปัจจุบัน ไม่สามารถทำงานได้ ตอนกลางวัน นอนอยู่หนึ่งๆ เฉยๆ ตอนกลางคืนพูดคนเดียว เดินเรือเปื่อย ออกไปนอกบ้าน การศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ พูดภาษาไทย ได้ดี หูไม่ค่อยดี แต่งงานแล้ว มีบุตร ๔ ทุกคนแต่งงานหมดแล้ว ลูกคนโต เป็นผู้หญิง มีครอบครัว มี

บุตรสาว ๒ อยู่กับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วย มีสวน มีร้านทอผ้าเป็นของตนเอง คนที่ ๒ เป็นผู้ขาย แต่งงานแล้ว มีลูก ๓ คน ลูกสาวคนที่ ๓ แต่งงานแล้ว มีลูก ๒ คน ลูกคนสุดท้าย แต่งงาน และโดนสามีหลอกตลอดเวลา

ผู้ป่วยเล่าว่า พ่อแม่เสียชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก แล้ว ชีวิตวัยเด็กลำบากมาก ตอนนี้เหลือน้องสาวอีกคน แต่อยู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง

ภรรยาผู้ป่วย เป็นคนขี้บ่น ขี้ด่า จะนิินทว่าร้ายผู้ป่วย รักลูกชาย และลูกสาวคนสุดท้ายมาก คนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียใจมาก คิดมาก คือ ลูกทั้งสองคน ที่ไม่ค่อยเชื่อฟัง จะมีปัญหากับลูกเขย บังคับให้เลิกกัน แต่ว่าลูกสาว ก็มีภาวะเครียด ซึมเศร้า ที่บ้านเสียงดัง ปวดหัว วุ่นวาย

ผู้ป่วยถูกรุมบ่น ด่า จากคนในครอบครัวทุกเรื่อง และเคยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุงที่เชียงใหม่เป็นเวลาหลายเดือน ภรรยาเป็นผู้หญิงที่เข้มแข็ง ต้องเลี้ยงสามี และหลานๆ ทุกคน

ลูกสาวคนโต เป็นเพียงคนเดียวที่ดูแลพ่อ แต่ว่าพ่อ ไม่รัก ไม่ส่งให้เรียนหนังสือ รักลูกชาย และลูกสาว แต่ สองคนนี้ไม่ค่อยมาหาพ่อ สร้างแต่ปัญหาให้พ่อเสียใจ เรื่องครอบครัวของเขา

ลูกสาว และภรรยาให้ข้อมูลว่า ตอนนี้ มีปัญหา ตื่นกลางคืน ซึม เหม่อลอย สับสน เดินเองไม่ได้ ต้องใช้ไม้ค้ำ ปวดเนื้อปวดตัว ยกแขนไม่ได้ เจ็บลิ้น เจ็บหน้าอก นอนไม่ค่อยหลับ ทานอาหารได้น้อย ไม่อาบน้ำ ชอบนอนกับพื้นบ้าน อยู่นิ่งๆ ไม่พูดกับใคร ทำงานไม่ได้

ประวัติการรักษาอาการป่วยทางจิต ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง รวม ๕๒ ครั้ง (ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แพทย์ได้วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็น Diagnosis : F 329 Depressive episode-Depression

โรงพยาบาลสวนปรุงวินิจฉัยเป็น Dx: F2000 Schizophrenia –Paranoid Schizophrenia

อาการสำคัญ เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย พบกับ ผู้วิจย(ซึ่งเป็นผู้บำบัด) ผู้ป่วยมีท่าทางซึมมาก นั่งก้มหน้า ไม่พูด การเคลื่อนไหวช้า การตอบสนองอารมณ์ช้า ร่างกายมีสั่นเทา

จากการประเมินสุขภาพจิตด้วย GHQ 28 การบกพร่องทางสังคมสูงมาก มีอาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวในบ้าน ไม่ปกติ มีความตึงเครียดสูง การแก้ไขปัญหายภายในครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก ผิดปกติทั้ง ๖ ด้าน

ประวัติทางจิตเวชในอดีต

สูญเสียแม่ และพ่อ (ฆ่าตัวตาย) ตั้งแต่วัยเด็ก รู้สึกขาด ความอบอุ่น เมื่อมีลูก จึงทุ่มเทความรักไปที่ลูก ๒ คน ซึ่งส่งผลให้ได้รับการศึกษาสูง มีฐานะดี แต่ว่า ไม่ค่อยเชื่อฟังพ่อ ผู้ป่วยมาเล่าทุกอย่างให้ผู้ป่วยฟังเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว มีประวัติเป็นไข้ ป่วยในวัยเด็ก และเคยใช้ยาเสพติด ตอนเป็นวัยรุ่น อารมณ์ร้อน

ด้านการทำจิตบำบัดครอบครัว ผู้ป่วย มีความรู้สึก คลายทุกข์ลง การปรับโครงสร้างกัน ทำหน้าที่ ได้ดีขึ้น ภรรยา ลูกสาว และลูกชาย เข้าใจ ผู้ป่วย ซึ่งมีกิจกรรม ที่เป็นวันวาเลนไทน์ ภรรยาได้บอกรักผู้ป่วย และกอดผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ยิ้มออกมา และมีน้ำตาออกมาด้วยความปิติ ยินดีใจ

ลูกสาวคนโต ได้พาน้องสาวที่อยู่ห่างไกลมา พบ ในเย็นวันนั้น ที่บ้านจัดงาน วันแห่งความรักให้ผู้ป่วย ลูกๆ หลาน ๆ ทุกคนมาเต็มบ้าน

ผลการรักษา

การรักษาผู้ป่วยรายนี้ มีความพิเศษ อย่างมาก เป็นไปด้วยความยากลำบาก แต่เป็นพลังใจให้ผู้บำบัดมีความอดทน และเข้าใจชีวิตมนุษย์ และสามารถทำงานวิจัย จนจบกระบวนการนี้ได้

เนื่องด้วย เมื่อพิจารณา อาการผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก แต่ เมื่อญาติ ยืนยันที่จะให้รักษา เพราะว่าหมดหนทางแล้ว ทุกคนรู้สึกเครียด และเหนื่อยกับผู้ป่วยมาก ที่เป็นภาระหนักของคนในครอบครัว ผู้บำบัด จึงถามความสมัครใจผู้ป่วย ตลอดการสนทนาเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยนั่งนิ่งตลอด แต่ ประโยค สุดท้ายของการสนทนา ผู้ป่วยบอกว่า อยากรักษา กับผู้บำบัดต่อไป

ผู้บำบัด จึงได้วางแผนการรักษากับ ลูกสาวคนโต และได้อธิบายเรื่องโรค และปัญหาความขัดแย้งทางจิตใจที่ผู้ป่วยมีอยู่ และการเยี่ยมบ้าน เพื่อทำจิตบำบัดครอบครัวด้วย

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในระดับหนึ่ง คือสามารถเดินได้บ้าง ไม่นอนกลางวัน ยอมอาบน้ำ และยอมบริหารการหายใจ เพื่อคลายเครียด มีการใช้ยา ปีนวดให้ผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการครอบครัวลดการตำหนิผู้ป่วย และ ผู้ป่วยยินดีเข้าโปรแกรมบำบัด ๗ วัน

ในช่วงนี้ ผู้วิจัย ที่เป็นผู้บำบัด สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าของการรักษาเร็วมาก เช่น ผู้ป่วยจะมารอที่บำบัด ทุกๆ เช้า โดยวันแรก จะมากับลูกสาว เมื่อรู้จัก ผู้ป่วยชายอีกคนหนึ่ง ผู้ป่วยได้ตัดสินใจมากับผู้ป่วยท่านนี้ โดยนั่งรถมอเตอร์ไซด์มา

การแยก ผู้ป่วยออกมาจากครอบครัว กระบวนการพูดคุย สนทนาเป็นไปเพื่อการบำบัด เป็นความรัก เมตตา ความปรารถนาดี กำลังใจ การรับประทานอาหารร่วมกัน การช่วยเหลือกันทำงาน ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้บำบัด ต้องทำอาหาร ไม่งั้น ผู้ป่วยจะไม่กล้านั่งรับประทานอาหารด้วยเหล่านี จัดเป็นนิเวศน์ วิทยา เนกซั่มมะ บำบัด คือ ผู้ป่วย สามารถตัดความกังวลในครอบครัวได้

ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติการเจริญอานาปานสติสมาธิ ได้ แบบพยายามอย่างสุดความสามารถ สามารถยกแขนได้ วันที่ ๓ สามารถทิ้งไม้เท้า สามารถเดินเองได้ รับประทานอาหารได้มาก วันแรกๆ ยังรับประทานอาหารแบบ หกเลอะเทอะ แต่เมื่อไม่มีใครตำหนิ ผู้ป่วยสามารถพัฒนารับประทานได้เรียบร้อยขึ้น และช่วยเหลือ เก็บกวาด ทั้งหมดจนสะอาด

ผู้วิจัย ได้อนุญาต ให้ ผู้ป่วยที่เป็นคริสต์ ไปโบสถ์ ได้ครั้งวัน ในวันอาทิตย์ สิ่งนี้ทำให้ชุมชน ได้ชื่นชมการรักษา คือ ผู้ป่วยเดินไปโบสถ์เองได้ ไม่ใช่ไม้เท้า ได้อาบน้ำ แต่งตัว ด้วยเสื้อผ้าใหม่ที่ลูกสาวคนโตเตรียมให้ (ผู้วิจัย ได้ซื้อ สบู่ แป้ง เป็นรางวัล ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตัวเอง) และ พูดคุย ทักทาย กับ ชาวบ้านที่ไปโบสถ์ด้วยกันได้

ซึ่งในกลุ่ม ก็มีชาวคริสต์ ๔ คน ได้นำประเด็นนี้มาพูดตอนทำกลุ่มบำบัด ประจำวัน ทำให้ผู้ป่วย สดชื่น มีอาการดีขึ้นมาก

สิ่งที่ผู้วิจัย พบว่า อาการผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจริญ อานาปานสติสมาธิ เดินจงกรม และการเคลื่อนไหว เดิน และทำกิจกรรมต่างๆ แบบมีสติ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้

ผู้ป่วยรายนี้ เข้ารับการรักษา ตลอด เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยรายนี้ และครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะจิต และมีชีวิตที่เป็นสุขอย่างมีคุณภาพชีวิต ได้สำเร็จได้เพียงระดับหนึ่ง

การ ปรับปรุงด้านสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วย และภรรยา และลูกสาว ลูกชาย ได้แก้ไขภาวะขัดแย้งของจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts) เพื่อเริ่มต้นในวันที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข ในชีวิตประจำวัน

ผลของการเจริญสติ อาการปวดตามร่างกาย หายไปเป็นปกติทั้ง รู้สึกร่างกายสดชื่น เบาสบาย อาการปวดศีรษะหายไป ตอนกลางคืนสามารถนอนหลับได้ดี อาการสั่นทึ่มหายไป พูดคุยสื่อสารได้ดี

ผู้ป่วย ยังคงรับยาจิตเวชต่อ ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นมาก และมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และพอใจในการรักษาที่ได้รับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตเธอและครอบครัวผู้ป่วยสามารถทำงานบ้านได้ เลี้ยงหลานได้ ไม่เบื่อไม่บ่น เสียงดังอีกต่อไป ไม่มีความคิดรำคาญ วุ่นวายใจ

และสามารถรักลูกทุกคน เข้าใจลูกคนโต ที่เป็นผู้เลี้ยงดู สามารถกอด หอมแก้มลูกสาวคนโตได้ ลูกสาวคนโตก็มีกำลังใจดูแลพ่อ บางครั้งหากพ่อมีอาการผิดปกติ ลูกสาวจะโทรมาปรึกษาผู้วิจัย เช่น ปัญหาลักษณะทั่วไป อย่างนี้เป็นต้น

๔.๒ สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อมูล

ผู้วิจัย ขอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อ ตอบคำถามงานวิจัย ๒ ข้อคือ

(๑) ปัญหาลักษณะจิต ผู้ป่วยและปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม และความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบพุทธจิตสังคมบำบัด เป็นอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยให้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

(๒) ผลของการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติสมาธิธรรมฐาน ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัดคู่กับธรรมะ และการให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำจิตครอบครัวและให้การปรึกษา ตลอดโปรแกรมบำบัด ๔๕ วัน (Change) จะรักษาบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาลักษณะจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับมามีความสุขจิตปกติ และมีความสุขได้หรือไม่ อย่างไร

๑.ปัญหาลักษณะจิต ผู้ป่วยและปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม และความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบพุทธจิตสังคมบำบัด และปัจจัยให้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง โดยรวม พบว่า

ปัญหาลักษณะจิตผู้ป่วย มาจากความขัดแย้งทางจิตใจในวัยเด็ก จากการเลี้ยงดู ที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว เช่นการใช้อารมณ์ ดุด่า ว่ากล่าว ตักเตือน แทนที่จะใช้ถ้อยคำที่มีเหตุผล อาจเนื่องจาก การศึกษา และช่องว่างของผู้ป่วยและครอบครัว ที่เป็นคนในพื้นที่ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง พบว่าในช่วงอดีต ที่ ปู่ย่า ตา ยาย ยังนับถือ ความเชื่อ ประเพณีอย่างเหนียวแน่น กฎหมู่ในหมู่บ้าน ยังคงศักดิ์สิทธิ์ ขณะที่คนรุ่นใหม่ ได้เรียนหนังสือ ดังนั้นจึงส่งผล ในการปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ในครอบครัว บกพร่อง เกิดการขัดแย้งด้านการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งเป็นเหตุผลที่สำคัญ เมื่อถูก

เก็บกตมากๆ ก็เลยสะสมเป็นความเครียด และเป็นโรควิตกกังวล และเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการรักษาเยียวยาที่ถูกต้อง ก็ป่วยทางจิตเวช หรือ ทำร้ายตัวเอง ตามกรณีศึกษาของผู้ป่วย จำนวน ๑๐ รายนี้

เป็นสิ่งที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ป่วย เป็นคนไทย ที่เป็นคนพื้นที่สูงชาวกระเหรี่ยง ดังนั้น ภาษา สังคม ความเชื่อ วัฒนธรรม บางอย่าง ที่ไม่สอดคล้องกับ คนในพื้นที่ราบ หรือคนเมือง นั้นเป็นสาเหตุ แห่งการปรับตัว เช่น การแต่งงาน จะพบว่ามีภรรยาสูง และเป็นความผิดหวังอย่างรุนแรง ที่ทำให้ฝ่ายผู้หญิง ถึงขั้นป่วยทางจิตใจ และจากการลงศึกษาในพื้นที่ ปัญหา ความรักเป็นปัญหาใหญ่ หากผิดหวังแล้วจะโดนซ้ำเติมจากคนในหมู่บ้านทันที ปัญหาครอบครัว เป็นปัญหาใหญ่ของ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มนี้ เนื่องจากการทำหน้าที่ในครอบครัว ไม่ได้สอดคล้อง กับวิถีชีวิตที่ควรจะเป็น กลุ่มคนในครอบครัว นี้ จึงสับสน และมีความซับซ้อนของปัญหาเพิ่มมากขึ้น การแก้ไขปัญหา จึงเป็นการใช้ยาเสพติดบ้าง การทะเลาะ ในครอบครัว เพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ การทำร้ายตัวเองเพื่อประชดความรัก น้อยใจ เป็นสาเหตุหลัก ที่กลุ่มคนเหล่านี้ ไม่สามารถผ่านวิกฤติครอบครัว เหล่านี้ไปได้ การขาดสติ สมาธิ และ ปัญญา หรือ การมีอวิชชา เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตจึงเป็นปัญหาใหญ่ที่กลุ่มคนเหล่านี้ ต้องการในการเติมเต็มให้เป็นคนอย่างสมบูรณ์

๒.ผลของการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน ร่วมกับการทำจิตสังคม บำบัดคู่กับธรรมะ และการให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำจิตครอบครัวและให้การปรึกษา ตลอดโปรแกรมบำบัด ๔๕ วัน (Change) จะรักษาบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ และมีความสุขได้ ดังนี้คือ

ด้วยเหตุข้อที่ ๑ ผู้ป่วย และครอบครัว ทุกคน เปรียบเทียบความเป็นอยู่ หลังการทดลองว่า เป็นเหมือนหนึ่ง น้ำที่หยดรด บนพื้นหญ้าที่แห้ง..มานานแล้ว เหมือนแสงสว่าง ที่เข้ามาในยามชีวิตที่มีมืดบอด หากความสว่างไสว ในชีวิตไม่พบ เหมือน ใครมากระชากความเจ็บป่วยออกไป ความสุขที่หายออกไปจากชีวิต กลับคืนมา ความหมายของชีวิต คุณค่าของชีวิต เติบโตให้อยากมีชีวิตอยู่ อีกต่อไป เห็นว่า ชีวิตนี้ยังมีอะไรที่งดงาม ละต้องทำอีกมากมาย....ขอบคุณคะ ขอบคุณคะ คุณหมอ..... พร้อมกับการสลัดความเจ็บป่วยที่นอนอยู่กับที่ตลอดเวลา ลูกออกมาจากเตียง ออกมาอยู่กับผู้บำบัดทุกวันตั้งแต่ตอนเช้า ท่ามกลาง แสงแดดอ่อนๆ และอากาศที่หนาวเย็นจัด ด้วยสีหน้าที่สดชื่น แจ่มใส สามารถปฏิบัติการกิจกรรมบำบัดล้างทุกข์ ด้วยตนเอง อย่างมีความสุขตลอดต่อเนื่อง ๗ วัน (อาจจะมี เพียง ๒ ราย ที่ ปฏิบัติไม่ครบ ก็นับว่าเป็นวาสนา บารมี กรรม ของคน)

เป็นเครื่องพิสูจน์ ว่าโปรแกรม พุทธจิตสังคมบำบัด ร่วมกับการบูรณาการ สามารถรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต เรื้อรัง นานหลาย ๑๐ ปี ให้กลับมาใช้ชีวิตดี และมีความสุข ภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) การแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน จึงมีส่วนช่วยให้ ผู้ป่วยทุกคนมีการปรับตัวได้ ไม่รู้สึกขัดแย้งในจิตใจอีกต่อไป เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (Maslow อ้างใน สุขุมลัด้อยแก้ว, ๒๕๔๐) ตามผลการทดลอง นี้พบว่า

สรุป วิเคราะห์ ก่อนการทดลอง พบว่า

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๑๐ คน ก่อนการทดลอง มีปัญหาสุขภาพจิตมาก ร้อยละ ๘๐ ไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุข คือ อยู่กับบ้าน

ทำงานไม่ได้ ช่วยเหลือครอบครัวไม่ได้ กลางคืนนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว กลางวันหลับมาก ด้วยฤทธิ์ของยาทางจิตเวช สื่อสารไม่รู้เรื่อง เจ็บ ร้อยละ ๑๐๐ เคยมีปัญหาความคิดฆ่าตัวตาย มีผู้ป่วย ผู้หญิง ๑ คน ที่เป็นโรคซึมเศร้า เคยพยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จ มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ร้อยละ ๑๐๐ ความวิตกกังวล ร้อยละ ๙๐ ความบกพร่องเชิงสังคม ร้อยละ ๗๐ และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค ร้อยละ ๗๐ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ

ผลการประเมินครอบครัวพบว่า การทำหน้าที่ในครอบครัว มีลักษณะการขัดแย้งสูง ซึ่งมีปัญหา ๖ ด้านใหญ่ๆ ที่พบมากในทุกครอบครัว เรียงจากมากไปหาน้อยคือ การสื่อสาร บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การแก้ไขปัญหในครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม

ผลการแบบสอบถามการปฏิบัติกรรมฐานเพื่อการเจริญสติและปัญญา พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน ๑ คน นับถือศาสนาพุทธ และอีก ๙ คน นับถือศาสนาคริสต์ ก่อนการปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยเพียง ๕ รายที่เคยนั่งสมาธิ ด้วยการนั่งหลับตา ตามผู้สอนสั่ง และพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกคน ไม่มีสมาธิ ไม่มีสติ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลของพุทธจิตสังคัมบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การรักษาครั้งนี้ เป็นการรักษา แบบบูรณาการ การรักษาแบบองค์รวม คือ

๑.การรักษาโดยยา รับประทานยาที่โรงพยาบาลตามแผนการรักษา พบแพทย์ตามนัด

๒.เข้าโปรแกรมบำบัด รับการรักษา

๒.๑ ด้วยจิตสังคัมบำบัด โดยการทำจิตบำบัดและการปรึกษาแบบบุคคล ครอบครัว กลุ่มบำบัด สัมพันธภาพบำบัด และนิเวศบำบัด และ

๒.๒ การฝึกปฏิบัติกรรมฐาน ทางจิตแบบอานาปานสติสมาธิกรรมฐาน (เจริญทั้งสมถ และวิปัสสนากรรมฐาน) ๑๖ ขั้นตอนได้เน้นเรื่องการเจริญ”สติ” ตลอดเวลาทุกลมหายใจเข้าออก แบบ คณนายน (นับลม) อนุพันธนายน (ติดตามลม) ผุสนายน (ที่ลมกระทบ) รูปนายน (จิตตั้งมั่น หมายถึงเอาอุปมา) จากนั้นเมื่อกลุ่มเป้าหมาย ได้ขนิกสมาธิ แล้ว ผู้วิจัย ยกจิตของกลุ่มเป้าหมาย สู่ สลลัक्षणนัย (กำหนดได้ กาย เวทนา จิต และธรรม เห็นรูปนาม ชันธ ๕ เห็นพระไตรลักษณ์ คือ ทุกขัง อนิจจัง อนัตตา) ให้มี ความสุข ความเบา สุขภาพกาย เบา สุขภาพจิตดี มีความสุข ก็หยุดเนื่องจากว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๐ นับถือศาสนาคริสต์ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการพุทธศาสนา ที่ผู้วิจัย พิจารณาเห็นว่า สำคัญการปฏิบัติกรรมฐาน ในขั้นสูงสุดต่อไป

การวิจัย ตามการทดลองโปรแกรมพัฒนารักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตนี้ ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้บำบัด จึงเน้นความสำคัญของความเข้มแข็งของ “จิตใจ” มากที่สุด หลักธรรมที่นำมาสอนคือ อริยสัจ ๔ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรคมีองค์ ๘) ยกตัวอย่างด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประกอบด้วย และปฏิบัติเป็นแบบอย่าง

ผลของการปฏิบัติกรรมฐาน

พบว่า ผู้ป่วยจำนวน ๘ คน สามารถปฏิบัติ ได้ครบ ๗ วัน และสามารถกลับไปปฏิบัติ ต่อที่บ้านได้ ด้วยการนั่งสมาธิ และเจริญสติ ดูลมหายใจ ตลอดเวลาที่นึกได้ และฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ ด้วยออกกำลังกาย พร้อม ดูลมหายใจไปด้วย เข้า ๑ ชั่วโมง และก่อนนอน อีก ๑ ชั่วโมง มีผู้ป่วย อีก ๒ คน ที่เป็นโรควิตกกังวล สามารถเข้ารับปฏิบัติ อานาปานสติได้ ๒ วัน เนื่องจาก รู้สึกว่า หายดีแล้ว และได้ยินชาวบ้าน และผู้นำชุมชนบอกว่า ฝึกการเจริญอานาปานสติ แล้วจะเป็นบ้า

ผู้ที่เข้าโปรแกรมการพัฒนาจิต ทุกคน (ผู้ป่วยและญาติ) สามารถปฏิบัติการเจริญสมาธิ ได้ถึงขั้น ขณิกสมาธิ ซึ่งเป็นสมาธิชั่วขณะ เป็นสมาธิที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และ เมื่อปฏิบัติได้ในวันที่ ๔ ทุกคนที่เข้าปฏิบัติบอกว่า ในช่วงที่เจริญอานาปานสติสมาธิ อยู่ นั้น จิตจะสงบ เบา สบาย รู้สึกว่า ความคิดฟุ้งซ่าน ความวุ่นวายใจ ความกลุ้มใจ ความระแวง (อุททัจจุภาวะ) หายไป ความคิดอยาก ได้อย่างโน้น อย่างนี้หายไป (กามฉันท) รู้สึกพอใจกับความสงบที่ได้รับ เพราะเวลานั้นแล้ว จิตใจไม่ เคยสงบ แม้แต่ขณะเดียว มันทุกข์ใจตลอดเวลา และ ความเกลียดชัง ความโกรธ ความหงุดหงิด ความไม่พอใจ ที่เคยมีอยู่ประจำ หายไป (ความพยาบาท) และความง่วงนอนไม่มี แปลกประหลาด ใจมาก เพราะอยู่บ้านจะนอนทั้งวัน ความหดหู่ เชื่องซึมไม่มี (ถีนมิทธะ) ความสงสัย ในคุณงาม ความดี ไม่มีละ เพราะเชื่อคุณหมอ (หมายถึงผู้บำบัด ได้สอน มรรค มืองค์ ๘ ก่อนการปฏิบัติธรรม ทุกครั้ง) วิจิกิจฉา

สรุปคือ ผู้เข้าร่วมปฏิบัติทุกคน สามารถปฏิบัติจนจิตได้เข้าถึงขั้นขณิกสมาธิ และ อุปจารสมาธิ ตอนสอบอารมณ์ มีหลายคน บอกว่า เห็นพระเจ้า ลอยมา เห็นแสงสว่าง ตัวเบามาก ผู้ บำบัด ได้ให้กำลังใจ และให้ผู้ปฏิบัติทุกคน กลับเข้ามาสู่การดูลมหายใจ ซึ่งเป็นโรคแห่งความจริง ที่ เป็นปัจจุบัน ซึ่งทำให้จิตผู้ปฏิบัติ บริสุทธิ์ ชั่วขณะ ตลอดการปฏิบัติ ซึ่ง หมายความว่า ผู้เข้าอบรม ทุกคน ได้ระดับการเกิดสมาธิ ตามอารมณ์สมาธิที่แบ่งตามระดับขั้นขององค์ฌานทั้ง ๕ คือ ได้ ปฐมฌาน มีอาการของจิต ๕ อย่างคือ วิตก วิจารณ์ ปิติ สุข เอกัคคตาสมาธิ

ข้อสังเกต ที่ผู้ป่วยฯ บอกคือ คือ ลมหายใจเบาลง เยือกเย็นสบาย ไม่มีความรำคาญใน เสียงรอบนอก ซึ่งก็ตรงกับจุดมุ่งหมาย ของการให้ผู้ป่วยฝึกหัดสมาธิคือ มีความสุขในปัจจุบันทันที ที่ได้ฝึก เพราะจิตที่เป็นสมาธิ เป็นจิตที่สงบเยือกเย็น ก่อให้เกิดความสุข อย่างประณีตได้ สมาธิ บำบัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ สามารถตัดนิรณ ๕ ได้ ซึ่งนิรณ ๕ เป็นตัวรบกวนจิตใจ ผู้ป่วยให้มีอาการป่วยเรื้อรัง เพิ่มขึ้น ซึ่งตรงนี้ ยารักษาทางจิตเวช ไม่สามารถบำบัดได้ ผู้ป่วยต้อง บำบัดตัวเองเท่านั้น

และประโยชน์ข้อที่ ๒ คือ เป็นบาทฐานของการเจริญ วิปัสสนากรรมฐาน หรือ การเจริญ ในสติปัฏฐาน ๔ เพราะเมื่อผู้เข้าอบรม มีจิตเป็นสมาธิแล้ว ก็จะเกิดสติ และสัมปชัญญะ ความรู้ตัว ตามมา คือรู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิดต่างๆ สามารถตัดความคิดที่ไม่ดีออกไปได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่จำเป็น และสำคัญมาก สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่มีความคิด อารมณ์ ที่ผิดปกติ มากระทบอยู่ ตลอดเวลา และที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่มีวิธีการที่จะจัดการกับความคิดที่เป็นอกุศล จิตเหล่านี้ เพราะจิต นั้นจะคอยคิดปรุงแต่งตลอดเวลาไปในอดีต และกังวล ไปในอนาคต จนไม่สามารถควบคุมเหล่านั้น ได้ จนสติวิปลาส ดังนั้น การที่ผู้อบรม สามารถเจริญสติปัฏฐาน ๔ ในกาย เวทนา จิต และธรรม รู้ทัน ลมหายใจ ที่เป็นกายานุปัสสนากรรมฐาน รู้ความคิดสุข ทุกข์ หรือ อารมณ์เฉยๆ (เวทนานุปัสสนากรรมฐาน) รู้ ความคิด อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งดี และไม่ดี (จิตตานุปัสสนากรรมฐาน) และ

รู้ว่า การปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ไม่เพียง เป็นอนิจจัง โยการเห็นลมหายใจ ที่เข้าออกนั้น เป็น ธรรมปัญญานั้นเอง (อัมมมานุปัสสนากรรมฐาน)

โดยสรุป แล้ว ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติ อานาปานสติสมาธิ ๑๖ ขั้น ที่เป็นทั้งการเจริญทั้งสมถกรรมฐาน และวิปัสสนากรรมฐาน ได้ ทั้งตลอด เป็นพุทธบำบัด ที่ผู้วิจัยขออธิบายสรุปดังนี้

พุทธบำบัด เป็นการการบรรเทาทุกข์ หรือการดับทุกข์ (Cessation of Suffering) นั้น เป็นภารกิจหลัก ภารกิจแรก ภารกิจสำคัญ ในการเปลื้องทุกข์ให้กับคนทั้งโลก ในทางโลก ความทุกข์ของมนุษยชาติเกิดจากปัญหาทางจิตศาสตร์และจิตสังคม (Psychological/Psychosocial Factors) ที่เป็นหนทาง และวิธีการบรรเทาทุกข์ ของสมเด็จพระบรมศาสดา สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ที่เกี่ยวเนื่องกับปัจจัยทางจิตศาสตร์ และจิตสังคมศาสตร์ คล้ายคลึงกับการรักษาโรคที่เกี่ยวกับจิตในสมัยใหม่นี้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะจิตตก จิตเศร้าหมอง (Mental depression) เรื้อรัง หรือ จิตที่พิการ (Insanity) หรือโรคจิตวิปลาส (Psychosomatic Disorders) หรือปัญหาทางสุขภาพจิต/จิตวิญญาณ (Mental Problems 2Mental spiritual weakness) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ จิต บำบัด หรือ สติบำบัด สมาธิบำบัด ที่องค์สมเด็จพระบรมศาสดาได้ทรงตรัสอธิบาย เกี่ยวกับการพัฒนาจิต/จิตวิญญาณ ให้เจริญขึ้นจนสามารถดับทุกข์ได้หมดในที่สุดนั้น ด้วยหลักของสติ (The doctrine of Four foundation of Mindfulness) ที่เรียกว่า สติปัฏฐาน ๔ ที่เป็นทางสายเอก และสายเดียวเท่านั้น

ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ ตามหลักพระพุทธบำบัด ที่กล่าวมาแล้วนี้ เป็นเครื่องมือแพทย์ ที่มีประโยชน์ต่อนักสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด เพราะว่าเป็นองค์ความรู้ที่นำมาผสมผสานกันได้ (integration) ตามผลการวิจัยในครั้งนี้ หากสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้ จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีปัญหา รวมทั้ง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ จะมีความสุข สงบ อีกมากทีเดียว และยังสมารถนำไปประยุกต์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต และการฟื้นฟูจิตที่มีประโยชน์มากมายทีเดียว

ผลของกระบวนการจิตสังคมบำบัด

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อูมาพร ตรังคสมบัติ (จิตแพทย์ดีเด่น) ท่านได้กล่าวถึงการทำจิตบำบัด และการให้การปรึกษาครอบครัวว่า “ การบำบัดครอบครัว เป็นงานที่ยาก ต้องอาศัยพลังกาย และพลังใจ เป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้บำบัด จะทำงานไม่ได้ดี หากปราศจากความรักในงานที่ทำ...” “ผู้บำบัดต้องมีความรักและนับถือในครอบครัวที่มาหา.... ความเชื่อมั่นนี้ จะจุดประกายไฟขึ้นมาในจิตใจและชีวิตที่หมดหวังของครอบครัวได้”

กระบวนการรักษาทางสุขภาพจิตสังคมบำบัดครอบครัว ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกเป็นไปด้วยความราบรื่น ความร่วมมือ และสัมพันธภาพการรักษาที่เป็นไปด้วยดี ก่อนเข้าสู่ระยะที่ ๒ ในระยะนี้ ผู้วิจัยพบอุปสรรคในการทำงานว่าเป็นไปด้วยความเป็นไปด้วยความยากลำบาก ด้วยเรื่องศาสนาที่แตกต่างกัน ภาษาที่ใช้ การเดินทางเข้าพื้นที่เป็นบนดอยสูง อากาศหนาวเย็นมาก การประสานงาน และความเชื่อของคนในชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ไม่เคยเห็นการบำบัดวิธีนี้มาก่อน เข้าใจผิดว่า การปฏิบัติสมาธิจะทำให้เป็นผู้ป่วยเป็นบ้ามากขึ้น หลังจากการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ในขั้นตอนที่ ๒ ผู้ป่วยจำนวน ๑๐ คนที่เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติการฐานกับครอบครัว จำนวน ๒๖ คน สามารถปฏิบัติครบ ๗ วัน ๘ คน และครอบครัว ๑๖ คน มีผู้ป่วย จำนวน ๒ คนและครอบครัวอีก ๑๐ คน ที่ปฏิบัติการฐานได้ ๔ วัน และครอบครัวอีก ๑๐ คน เนื่องจากว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ไกลออกไป เดินทางมาบำบัดลำบากมาก และรู้สึกหายดีแล้ว

ในระยะที่ ๓ ยุติผล จากการประเมินร่วมกับ ทีมการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง สรุปได้ว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ผู้ป่วยและครอบครัว หลังการทดลอง เข้าโปรแกรม พุทธสังคัมบำบัดมีการเปลี่ยนแปลง อย่างเห็นได้ชัด จากการวัดผลหลังการทดลองด้วยเครื่องมือ ๔ ชุด ผู้ป่วย ร้อยละ ๑๐๐ สามารถเข้าใจและแก้ไขภาวะขัดแย้งในจิตใจได้ในแต่ละขั้นตอน มี บุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพจิตดี และ มีความสุข สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตมากขึ้น ประเมินผลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมแพทย์ พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช นักจิตวิทยา ผู้ใหญ่บ้าน ครอบครัว ชุมชน มี ความพึงพอใจในการเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัด ตลอด ๔๕ วัน

ภาคผนวก จ

ชุดเทคโนโลยี การสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยกรมสุขภาพจิต

ชุดเทคโนโลยี การสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยกรมสุขภาพจิต

ประกอบด้วยจำนวน ๑๒ บทที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ที่ผู้วิจัย ได้เพิ่มเข้ามา ประกอบรวมกับการฝึกพัฒนาจิตใจด้วยการเจริญอานาปานสติกรรมฐาน จำนวน ๗ วัน

ผู้วิจัย คือ ผู้สอน อบรม บำบัดรักษา

ผู้เรียน คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และญาติ สมาชิกในครอบครัว ที่มีทั้งลูก ภรรยาสามี และญาติบางคนก็มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย

บทที่ ๑ รู้สึกดีกับตัวเองเนื้อหา

หน้าที่ ๑. รู้สึกดีกับตัวเองเนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดูดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๒ : เราสามารถรู้สึกดีกับตัวเองได้หลายโอกาส : สิ่งใดบ้าง ที่ทำให้เรารู้สึกดี

พื้นฐานความสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตคนเรา คือ การที่เรามีความรู้สึกดีกับตัวเอง หากลองสังเกตให้ดี เราสามารถรู้สึกดีกับตัวเองได้ในหลายโอกาส สุ่มถามและแลกเปลี่ยนกับผู้เรียน

ยกตัวอย่างปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายในช่วงเวลาที่ผ่านมา และทบทวนว่าในช่วงที่ผ่านการทำจิตบำบัดครอบครัว ตลอด ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา จนกระทั่งมาเข้าอบรมการพัฒนาอบรมจิตใจ แต่ละคนรู้สึกดีกับตัวเองเรื่องอะไรบ้าง

รวบรวมคำตอบของสมาชิก

หลักพุทธธรรม :

ผู้บำบัด/วิทยากร สรุปประเด็นจากคำตอบของผู้เรียน

หน้าที่ ๓ :สร้างความรู้สึที่ดี โดยการทำความดี

เนื้อหา

เราสามารถสร้างความรู้สึที่ดีให้กับตัวเองได้ โดยการทำความดี เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนกันในวันนี้

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๔ :มีความรักและความผูกพัน

เนื้อหา

เราสร้างความรู้สึที่ดีให้กับตัวเองได้ โดยมีความรักความผูกพัน เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนกันในวันนี้

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๕ :ค้นหาความถนัด บ่มเพาะพัฒนาจนเกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

เนื้อหา

เราสร้างความรู้สึที่ดีให้กับตัวเองได้ โดยการค้นหาความถนัดของตน และบ่มเพาะพัฒนาจนเกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนกันในวันนี้

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๖ :ไม่คิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีโอกาสดีกว่า หรือเหนือกว่า รู้จักพึงตนเอง ดูแลตนเองให้มี

ความสุข

เนื้อหา

เราสร้างความรู้สึที่ดีให้กับตัวเองได้ โดยการไม่คิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีโอกาสดีกว่า หรือเหนือกว่า รู้จักพึงตนเอง ดูแลตนเองให้มีความสุข เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนกันในวันนี้

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๗ : สร้างความรู้สึที่ดีให้ตัวเอง ด้วยวิธีง่ายๆ เป็นประจำ

เนื้อหา

เราสร้างความรู้สึที่ดีให้กับตัวเองได้ ด้วยวิธีง่ายๆ เป็นประจำ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนกันในวันนี้

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๘ : สร้างความรู้สึที่ดีให้ตัวเอง ; ทำความดี , ค้นพบความถนัด ,ความรัก ความผูกพัน ไม่เปรียบเทียบ, สร้างความสุขด้วยวิธีง่ายในชีวิตประจำวัน

เนื้อหา

สรุปสาระที่ได้จากแต่ละประเด็น เน้นในสิ่งที่ผู้เรียนแลกเปลี่ยนกัน พยายามกระตุ้นให้แต่ละคนเกิดแนวคิดและแรงจูงใจในการลงมือทำ ด้วยกันสรุปกันว่าแต่ละคน จะเพิ่มวิธีการสร้างความรู้สึกดีต่อตัวเองได้อย่างไร

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๙ : สร้างความรู้สึกดีอย่างง่าย ๆ ด้วยการหายใจอย่างถูกวิธี

หายใจเข้า และ หายใจออก

ผู้วิจัย สอน ประโยชน์ของการหายใจที่ถูกต้อง และสอนการเจริญอานาปานสติ

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๑๐ : ความรู้สึกดีกับตัวเอง เปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจ สร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเองเป็นประจำ

เนื้อหา

เราเลือกได้ที่จะทำสิ่งดีๆ ให้กับชีวิตของเราเริ่มต้นด้วยการสร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเอง หลากหลายวิธี สร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเองเป็นประจำ

หลักพุทธธรรม :

นักวิจัย : เสริมเรื่องการดูแลสุขภาพจิต สุขภาพกาย และค้นพบความสุขตัวเองก่อน ในช่วงที่ฝึกอบรมจิตใน ๗ วันนี้ ด้วยการเจริญอานาปานสติ ให้ได้ตลอด ค่อยๆ ทำไปเรื่อยๆ

บทที่ ๒ มองโลกในแง่ดี

หน้าที่ ๑ : มองโลกในแง่ดี

เนื้อหา

บททวน บทที่ ๑ คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ” “พอใจ” และ “ไม่พอใจ” “เฉยๆ” หรือ อารมณ์ต่างๆ ที่เราพบ เช่น เสียใจ เครียด ปวดท้อง รำคาญ หงุดหงิด เบื่อ คิดมาก คิดถึงอดีต วิตกกังวล

วันนี้ อยากให้ทุกคน มองโลกในแง่มุมใหม่ เปลี่ยนความคิดชีวิตก็เปลี่ยน...และชีวิตเริ่มต้นใหม่ได้ทุกวัน อยากให้ทุกคนบททวน และสร้างสิ่งที่เป็นประโยชน์ ความสุข ความพอใจให้ตนเองมากที่สุดในตอนนี้เป็น การฝึกมองโลกในแง่ดี

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๒ : มองโลกในแง่ดี

เนื้อหา

สอบถามผู้เรียน ในประเด็นต่อไปนี้คือ

๑. มีใครรู้จักคนที่มองโลกในแง่ดีบ้างหรือไม่ ?
๒. คนมองโลกในแง่ดี มีลักษณะอย่างไร ? ๓. เรามองโลกแบบไหน ?

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๓ : ประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี

เนื้อหา

ประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี คือ

๑. เจ็บป่วยน้อยกว่า
๒. ภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีกว่า
๓. มีอายุยืนยาวกว่า
๔. มีเพื่อน และมีมิตรภาพที่ดี
๕. ประสบความสำเร็จและมีความสุขมากกว่า
๖. มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า เช่น การออกกำลังกาย การรู้จักรับประทานอาหาร งดสิ่ง

เสพติด

๗. มีความเข้าใจตัวเอง ยอมรับตัวเอง ปรับตัวเองได้ง่าย และเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น
๘. ทำให้เป็นคนมีจิตใจดี สดชื่น พุดไพเราะ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น

มากขึ้น

๙. ไม่มักโกรธ สุขภาพจิตดี มีความสุข

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๔ : เหตุการณ์หนึ่ง เราอาจมองได้หลายแบบ

เนื้อหา

ผู้วิจัย ให้ผู้เรียนหาประโยชน์ และข้อดี ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ลูกดื้อ มีหนี้สิน สามิตติยาเสพติด ภรรยาปากร้าย สามิตติผู้หญิงอื่น ออกหัก ตกงาน คนรัก/ญาติในบ้านเจ็บป่วย เป็นต้น

จากนั้น ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่คนส่วนใหญ่มักมองว่าเป็นเรื่องดี ให้ผู้เรียนช่วยกันมองหาแง่ร้ายในสถานการณ์ดังกล่าว เช่น ลูกห่วย ๓๐ ล้าน ได้รับมรดก ลูกสอบได้คะแนนดี

นักวิจัยสรุปว่า เรื่องทุกเรื่องในชีวิตสามารถมองให้ดีก็ได้ มองให้ร้ายก็ได้ ถ้ามองให้ดีก็จะรู้สึกดีมีกำลังใจ แต่ถ้ามองให้ร้ายก็จะรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้ ขึ้นอยู่กับว่า เราจะเลือกมองอย่างไร

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๕ : มองโลกในแง่ดี เมื่อพบกับเหตุการณ์ร้าย: เวลา, ตัวตน, ผลกระทบต่อชีวิต

เนื้อหา

ผู้วิจัย บรรยายเรื่องการมองโลกในแง่ดีทำอย่างไร

เน้นประเด็นที่เป็นลักษณะเด่นของคนมองโลกในแง่ดีที่กระทบกับ ๓ มิติ ของชีวิต เมื่อพบกับเหตุการณ์ร้าย คนที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าเรื่องนี้เป็นอยู่ไม่นาน เดียวก็ผ่านไป (มิติเวลา) ไม่กระทบกับชีวิตในด้านอื่นๆ (มิติผลกระทบต่อชีวิต) ไม่ได้เกิดจากข้อบกพร่องที่แก้ไขไม่ได้ ไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวของตน (มิติด้านตัวตน) และเมื่อพบกับเหตุการณ์ดี

คนมองโลกในแง่ดีจะมองว่าเรื่องดีๆ สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยๆ (มิติเวลา) ช่วยให้ชีวิตด้านอื่นๆ ดีขึ้นด้วย (มิติผลกระทบต่อชีวิต) เป็นผลมาจากความสามารถ ถือเป็นความสำเร็จ (มิติด้านตัวตน)

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๖ : ฝึกมองโลกในแง่ดี “ให้เวลาค้นหา พัฒนาการ”

เนื้อหา

ให้ผู้เรียนฝึกมองโลกแง่ดีอีกรอบ โดยใช้ตัวอย่างของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้เรียน ให้ครอบคลุมทั้งสามมิติของการมองโลกในแง่ดี อาจแบ่งกลุ่มให้ช่วยกันคิด การมองโลกแง่ดี เมื่อพบปัญหาหลักคือ

๑. ในด้านเวลา มองว่าปัญหาจะเป็นอยู่ไม่นาน ดีขึ้นได้ เปลี่ยนแปลงได้ (อนิจจัง ไม่เที่ยง บังคับบัญชาไม่ได้เป็นอนัตตา)

๒. ในด้านผลกระทบต่อชีวิต จะไม่ปล่อยให้กระทบชีวิตด้านอื่น ถือเป็นโอกาสในการเรียนรู้ เป็นประสบการณ์ เป็นจังหวะในการทำสิ่งใหม่ๆ ที่ดีกว่า มีเวลาทำสิ่งดีๆ ในด้านอื่นของชีวิต

๓. ในด้านตัวตน ไม่ใช่ความบกพร่องที่แก้ไขไม่ได้ของตัวเองอาจมีข้อผิดพลาดบ้าง แต่ก็ทำให้ดีขึ้นได้ เป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น เก่งขึ้น เข้าใจตัวเอง และเข้าใจชีวิตมากขึ้น อาจสรุปเป็นคำว่า ให้เวลา ค้นหา (ซึ่งเป็นการค้นหาด้านดี หรือสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ในชีวิต ไม่มองแต่ด้านที่เป็นปัญหาอย่างเดียว) พัฒนาการ (ซึ่งเป็นการแปลงปัญหาให้เป็นเป้าหมายในการพัฒนาตนเอง)

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๗ : มองโลกในแง่ดี “ให้เวลาค้นหา พัฒนาการ”

เนื้อหา

ให้ผู้เรียนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

หลักพุทธธรรม :

หน้าที่ ๘ : เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

บทที่ ๓

เข้าใจปัญหาสุขภาพจิต อารมณ์และความเครียด

หน้าที่ ๑ เข้าใจปัญหาสุขภาพจิต อารมณ์และความเครียด

เนื้อหา

ผู้วิจัย ให้ผู้เรียนนั่งสมาธิ ด้วยการเจริญอานาปานสติ จำนวน ๑๕ นาที และให้บอกอารมณ์ที่ได้รับหลังการนั่งสมาธิ ไปแล้ว (ทำทุกวัน วันละ ๘ ครั้ง)

และทำการฝึกการเจริญอานาปานสติตลอด..วันทุกอิริยาบถ และการกระทบเข้ามาทางตา หู จมูก ลิ้น ใจ กาย

หลังจากนั้นให้ทบทวนชีวิตประจำวันที่ผ่านมาว่า “มีประโยชน์” มากกว่า “ไม่มีประโยชน์” เพียงใด และ “มีความพอใจ” มากกว่า “ความไม่พอใจเพียงใด” และมี “อารมณ์ที่ชอบ” กับ “อารมณ์ ที่ไม่ชอบ” เพียงใด

ทุกวัน ให้ลองเปลี่ยนกำกับชีวิตของตนเองใหม่ ตามที่ตนเองต้องการนั่นคือการมีสุขภาพจิตดี มีความสุข โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

ความสามารถอย่างหนึ่งในการเพิ่มความสุขและลดความทุกข์ในชีวิต คือ การเข้าใจตนเอง และมีวิธีจัดการความเครียดที่ดี

หน้าที่ ๒ : ทบทวนตัวเองเพื่อเข้าใจความเครียด

๑. เหตุการณ์ที่ทำให้เครียด

๒. อาการของความเครียด

๓. สิ่งที่ทำให้เครียด

เนื้อหา

ให้ผู้เรียนทบทวนเรื่องที่จะทำให้เครียดมาหนึ่งเรื่อง แล้วทบทวนดูว่า

๑. ขณะที่เครียด มีอาการอะไรบ้าง

๒. ขณะที่เครียด ได้ทำอะไรไปบ้าง

แล้วส่งผลต่อชีวิตผู้เรียนอย่างไร

หน้าที่ ๓ : อาการของความเครียด ส่งผลต่อชีวิตผู้เรียนอย่างไร

ร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด สังคม

เนื้อหา

ผู้วิจัย/วิทยากร ได้สรุปอาการเครียด จากคำตอบของผู้เรียน และอาการป่วยทางสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้อง กับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจริงอยู่แล้ว และบรรยายเพิ่มเติมเรื่องสุขภาพจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดการเรียนรู้ที่ทำให้ป่วย เพื่อให้กระบวนการรักษาได้ครบถ้วน

สุขภาพจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดของมนุษย์ทุกคนต้องรับผิดชอบตัวเองที่จะทำให้การดำเนินชีวิตของเรานั้นมีความสุข มีพลัง และการส่งเสริมสุขภาพจิตใจ ช่วยให้นมนุษย์ทุกคนมีความสามารถปรับตัวในชีวิต มีชีวิตที่เป็นประโยชน์ และมีความสุข ความพอใจ ทั้งเรื่อง การทำงาน ครอบครัว การเรียน สังคม ความคิดและอารมณ์ เป็นปกติ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช และการคิดฆ่าตัวตายได้

ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตที่ดีว่า เป็น “สภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้อย่างราบรื่น สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ได้ภายใต้ภาวะสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม และลักษณะความเป็นอยู่ในการดำรงชีพวางตัวได้อย่างเหมาะสม ปราศจากอาการป่วยทางจิตใจและร่างกาย”

องค์ประกอบของสุขภาพจิต

๑. ปัจจัยทางร่างกาย ร่างกายที่แข็งแรง ทำให้สมองสดชื่นแจ่มใส กล้ามเนื้อตื่นตัวพร้อมใช้งาน ปราศจากโรค ทำให้การแก้ปัญหาได้ดี ไม่ค่อยเครียด หรือ สามารถสู้กับความเครียดได้มากกว่าร่างกายที่อ่อนแอ การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการประสานกันดี มีความยืดหยุ่นสูง

๒. ปัจจัยทางจิตใจ ประกอบด้วย

- ความคิด คือคิดดี คิดเป็น คิดสร้างสรรค์
- อารมณ์หรือความรู้สึกสดชื่น ร่าเริง สนุกสนาน ปีติ มีความสุข สงบ
- จิตวิญญาน พอใจตนเอง เมตตาผู้อื่น สำนึกในสิ่งแวดล้อม

๓. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพที่ดีและยั่งยืนกับผู้อื่น วางตัวเหมาะสม มีอาชีพและการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

๑. ปัจจัยทางร่างกาย ร่างกายที่อ่อนแอ มีโรคประจำตัว โรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังปรับตัวได้น้อย ทำให้เกิดความเครียดสูง มีปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย หรือการใช้ยา สารเสพติด อาจเกิดอาการเครียดกังวลสูง เมื่อมีอาการขาดยา

๒. ปัจจัยทางจิตใจ ประกอบด้วย

- **ความคิด** คือ คนที่เครียดง่ายมักเป็นคนที่ไม่คิดไม่เป็น คิดอกุศล คิดไม่สร้างสรรค์ไม่เป็นประโยชน์ เช่น ชอบคิดไปล่วงหน้า คิดในทางร้าย มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีวิธีหยุดคิด คาดหวังชัยชนะมากเกินไป คาดหวังความสำเร็จเพื่อคนอื่นตลอดเวลา ไม่มีความรู้สึกภูมิใจ ยินดีกับความประสบความสำเร็จของผู้อื่น บางคนคิดว่าถ้าหากตนเองแพ้จะถูกผู้อื่นดูถูกเหยียดหยัน ไม่มีใครที่อยากสนใจผู้แพ้ และบางคนคิดว่า การพ่ายแพ้เป็นเรื่องที่น่าอับอาย คิดว่าตัวเองไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีคุณภาพ เป็นเหตุให้ครอบครัวต้องเสียชื่อเสียง บางคนคิดว่า พ่อแม่ เพื่อนฝูงรู้สึกอับอายไปด้วย คาดหวังกับผลตอบแทน เช่น เงิน รายได้ ตำแหน่ง หรือคำชื่นชม จากเพื่อนฝูง

ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น การคิดว่าตัวเองต้องทำให้ทุกคนพอใจ ฉันต้องเป็นที่รักของผู้อื่น คนที่ไม่ทักทายฉันเป็นคนที่ไม่เกลียดฉัน

นอกจากการคิดไม่ดีไม่สมเหตุสมผลแล้ว คนที่สุขภาพจิตไม่ดีมักขาดการคิดแก้ปัญหา คิดไม่เป็นระบบ ขาดการคิดสร้างสรรค์

- **อารมณ์** : แต่ละคนมีพื้นฐานอารมณ์ที่ตอบสนองต่างกัน เพราะมาจากการเลี้ยงดูภายในครอบครัว ในแต่ละช่วงวัย บางคนก็มาจากระบบความคิดของตน

- **จิตวิญญาณ** พอใจตนเอง เมตตาผู้อื่น สำนึกในสิ่งแหวดล้อม

๓. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลมากที่สุดคือ ครอบครัว เพราะครอบครัว เป็นทุกสิ่งทุกอย่างที่หล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคล รองลงมาคือ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ชุมชน และประเทศชาติ เป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้จิตใจมีความเครียด วิตกกังวลแตกต่างกัน

๔. ความสามารถในการปรับตัว

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถในการปรับตัว เพราะการปรับตัวแต่ละคนขึ้นอยู่กับพื้นฐานบุคลิกภาพ ดังนั้นถ้าหากบุคคลไม่มีการฝึกเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้อง การแก้ไขปัญหาแบบเดิมๆ ซึ่งไม่ถูกต้อง จะทำให้เผชิญความเครียดมากขึ้นไปอีก เป็นปัญหาเพิ่มปัญหา เพิ่มปัญหา จนหนักอึ้งไปหมด

ผู้วิจัย ให้ผู้เรียนไปเอาก้อนหินมาหลายๆ และให้ถือแบกไว้ และค่อยๆ วางทีละก้อน จนรู้สึกได้ถึงความผ่อนคลายจากการวางเปรียบเทียบกับภาวะหนักอึ้งที่แบกไว้อยู่ตลอดเวลา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและสุขภาพจิต

ชีวิตมนุษย์ทุกคนเกิดมาจะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในแต่ละช่วงวัย ความเครียด (stress) คือ ผลรวมของปฏิกิริยาตามธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น หรือเมื่อเผชิญกับปัญหา การเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์ต่างๆ คือ ความพอใจ หรือความสุข และความไม่พอใจ คือ ความทุกข์ เป็นสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดที่เหมาะสม (eustress) จะกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้ เกิดการพัฒนา และสร้างสรรค์ สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

หากบุคคลใดไม่มีศักยภาพหรือความสามารถในการแก้ปัญหา หรือปรับตัวไม่ได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง ก็จะก่อให้เกิดเป็นความเครียดสะสม

หรือความเครียดเรื้อรัง ส่งผลเสียต่อ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทันทิ เกิดความไม่สบายใจ (distress) และทำให้เจ็บป่วยมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ ใจเต้นแรง ทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธ เศร้า วิดกกังวล ทางพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานมาก ทางความคิดเช่น ปลีกตัว หนีเที่ยว หนีปัญหา เป็นต้น

ความเครียดสามารถเกิดได้ทุกแห่งทุกเวลาอาจจะเกิดจากสาเหตุภายนอกเช่น การย้ายบ้าน การเปลี่ยนงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง ภาวะว่างงานความสัมพันธ์กับเพื่อน ครอบครัว หรืออาจจะเกิดจากภายในผู้ป่วยเอง เช่นความต้องการเรียนดี ความต้องการเป็นหนึ่งหรือความเจ็บป่วย

ความเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ทุกคนที่จะต้องเผชิญ และฝึกฝนเอาชนะ แก้ไขปัญหาไม่เกิดอาการเครียด มีศักยภาพทางปัญญาที่จะแก้ไขปัญหา และปรับตัว มีมุมมองในการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และจัดการความเครียดได้ดี

ชนิดของความเครียด

Acute stress คือความเครียดที่เกิดขึ้นทันที และร่างกายก็ตอบสนองต่อความเครียดนั้นทันทีเหมือนกัน โดยมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เมื่อความเครียดหายไป ร่างกายก็จะกลับสู่ปกติเหมือนเดิมฮอร์โมนก็จะกลับสู่ปกติ ตัวอย่างความเครียด

เสียง

อากาศเย็นหรือร้อน

ชุมชนที่คนมากๆ

ความกลัว

ตกใจ

หิวข้าว

อันตราย

Chronic stress หรือความเครียดเรื้อรังเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวัน และร่างกายไม่สามารถตอบสนองหรือแสดงออกต่อความเครียดนั้น ซึ่งเมื่อนานวันเข้าความเครียดนั้นก็จะสะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง ตัวอย่างความเครียดเรื้อรัง

ความเครียดที่ทำงาน

ความเครียดที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ความเครียดของแม่บ้าน

ความเหงา

ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

เมื่อมีภาวะกดดันหรือความเครียดร่างกายจะฮอร์โมนที่เรียกว่า cortisol และ adrenaline ฮอร์โมนดังกล่าวจะทำให้ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วเพื่อเตรียมพร้อมให้ร่างกายแข็งแรง และมีพลังงานพร้อมที่จะกระทำเช่นการวิ่งหนีอันตราย การยกของหนีไฟถ้าหากได้กระทำ ฮอร์โมนนั้นจะถูกใช้ไป ความกดดัน หรือความเครียดจะหายไป แต่ความเครียดหรือความกดดันมักจะเกิดขณะที่นั่งทำงาน ขับรถ กลุ่มใจไม่มีเงินค่าเทอมลูก ความเครียดหรือความกดดันไม่สามารถกระทำออกมาได้เกิดโดยที่เรารู้ตัว ทำให้ฮอร์โมนเหล่านั้นสะสมในร่างกายจนกระทั่งเกิดอาการทางกายและทางใจ

อาการของคนสุขภาพจิตไม่ดี

สรุปได้ว่า คนสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อเผชิญปัญหาในชีวิต จะเกิดอาการต่างๆ ทางจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ แสดงพฤติกรรมบางอย่าง หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายซึ่งแสดงภาวะไม่สมดุล บางคนอาจมีการแสดงออกมาเล็กน้อย เรียกว่าปัญหาสุขภาพจิต คือเป็นตั้งแต่ โรคเครียด วิถี กังวล จนกระทั่งซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย หากปล่อยไว้เป็นเรื้อรัง ขาดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้เกิดอาการที่มีมากจนเป็นกลุ่มอาการที่เรียกว่าโรคทางจิตเวช

อาการของปัญหาสุขภาพจิต มีดังนี้คือ

๑.อาการทางกาย

เมื่อจิตใจของบุคคลเกิดภาวะเครียด ประสาทอัตโนมัติ และฮอร์โมนภายในร่างกายถูกเร้าให้ทำงานเพิ่มขึ้น อวัยวะภายในซึ่งถูกกำกับโดยประสาทอัตโนมัติก็จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น เช่น

- ภาวะที่เครียดเกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ลำไส้มีการบีบตัว ทำให้ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน

- ความดันโลหิตสูง
- หัวใจทำงานหนักมากเกินไป เกิดอาการใจเต้น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ
- หลอดเลือดถูกกระตุ้น เกิดการหดตัว ทำให้ความดันโลหิตสูง
- คนที่เครียดเรื้อรังจะมีปัญหาการรับประทานอาหารได้ 3 รูปแบบกล่าวคือ

๑. น้ำหนักเกิน เนื่องจาก เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยจะรับประทานอาหารรส เค็ม มัน หวาน เพื่อไปต่อสู้กับความเครียด จึงทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นเกิดลักษณะอ้วนลงพุง

๒. น้ำหนักลดลง เนื่องจาก เบื่ออาหาร ทานอาหารไม่ค่อยได้

๓. มีอาการรับประทานอาหารผิดปกติ เช่น Bulimia nervosa ผู้ป่วยจะอยากทานอาหารมากกว่าปกติ ควบคุมตนเองไม่ได้ เมื่อทานจนอิ่มแล้วจะรู้สึกผิด ไม่สบายใจ และจะพยายามเอาอาหารที่ทานเข้าไปแล้วออกมา เช่น ล้วงคอทำให้อาเจียนออกมา ใช้น้ำยาถ่าย หรือออกกำลังกายหนักต่อเนื่องนาน

- กระเพาะอาหาร มีการหลั่งกรดออกมาจำนวนมาก ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้

- ลำไส้มีการบีบตัว ทำให้ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน
- กระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัว ทำให้ปัสสาวะบ่อย
- กล้ามเนื้อจะถูกกระตุ้นมากจนเกิดการสั่น เกร็ง กระตุก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดคอ หลัง เหว

- ต่อมเหงื่อทำงานมาก ทำให้เหงื่อออกมากเกินปกติ

เมื่อท่านตกอยู่ใน ความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายเราที่มีหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายใน ขณะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนความเครียดดังกล่าวเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดอาการทางกาย หลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละคน ตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากท่านนั้นต้องเผชิญกับ ความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจส่งผลให้ท่านนั้นเสียชีวิตได้ เนื่องจากระบบการทำงานที่ล้มเหลวของ ร่างกาย เช่น คนที่มีโรคเบาหวานเป็นโรค

ประจำตัวอยู่แล้ว หากเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ฮอร์โมนความเครียด จะไปกระตุ้นระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้นหรือลดต่ำลงอย่างผิดปกติ และทำให้เกิดอาการชักได้ หรือในบางท่านที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้เกิดเป็นอาการของโรค หอบหืด โรคภูมิแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง อาจมีอาการผื่นและมึนตึ๋นเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ง่าย กว่าเมื่อเทียบกับคนปกติ

๒. อาการด้านจิตใจ

ความคิดมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอารมณ์ คิดไม่ดี คิดร้าย ความคิดกังวลล่วงหน้า ย้ำคิดย้ำทำ ไม่สามารถหยุดความคิดตนเองได้ ความคิดควบคุมไม่ได้ คิดมาก มองตนเองไม่ดี มองคนอื่นไม่ดี มองโลกในแง่ร้าย ความเครียดถ้ามีมากและต่อเนื่อง จะทำให้สมองมีนงง เบลอ ขาดสมาธิ ความคิด ความอ่านและความจำลดลง การตัดสินใจช้า ไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง ดังนั้นจิตใจของบุคคลที่เต็มไปด้วยความเครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไปเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจซุ่มซ่าม โมหะโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ซึมเศร้า คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางท่านที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานฮอร์โมนความเครียดที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อและลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ความจำ และสติปัญญา ความเครียดจึงทำให้ความจำ และสติเชาวน์ปัญญาลดลง

๓. อาการทางอารมณ์

ความเครียด มีผลต่อการ ทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมโดยเฉพาะ สารสื่อประสาท จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลกว่าเวลาปกติไม่เครียดส่งผลทำให้จิตใจเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว ตื่นเต้น ไม่สบายใจ บางคนมีอาการ ซึมเศร้า ท้อแท้ร่วมด้วย เบื่อ หงุดหงิด ไม่สนุกสนาน สดชื่น ร่าเริงเหมือนเดิม อารมณ์ซึมเศร้า มักเกิดร่วมกับการสูญเสียหรือพลาดหวังอย่างรุนแรง อารมณ์ไม่สบายใจเหล่านี้ อาจทำให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมาได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เพลีย เหนื่อยง่าย เหนื่อยหน่าย

๔. ด้านพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ ดังที่กล่าวในข้างต้นไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมที่ผิดปกติไปเท่านั้น ยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น หลบเลี่ยง หวาดกลัว ขาดความรับผิดชอบ ไม่กล้าแสดงออก ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่ เครียดมากๆ บางรายจะมีการเบื่ออาหารหรือบางรายอาจจะรู้สึกตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลาและส่งผลให้ มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยาก นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท หลากคืน ติดต่อกัน ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เริ่มปลีกตัวจากสังคม และเผชิญกับความเครียดอย่างโดดเดี่ยว บ่อยครั้งบางรายจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มยาเสพติด เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้ท่านที่เครียดนั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มต่ำลง พร้อมที่จะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีการอาละวาดขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบชั่ววูบ นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด เป็นเรื่องสำคัญ มากที่คนเราต้องควบคุมความเครียดให้ได้ เพราะ

ความเครียดนั้นส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายได้ทั้งหมด รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำลงไป สำหรับใครที่รู้สึกตัวเองเครียดมากเกินไป เรามีทางเลือกง่ายๆ เพื่อให้ คุณได้ดูแลร่างกายและจิตใจ ให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ในการร่วมอบรมในครั้งนี้ เราได้จัดกิจกรรมให้คลายเครียดดังนี้ ซึ่งสามารถปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ตลอดไป

๑. การเจริญสติปัฏฐาน ๔ ด้วย การเจริญอานาปานสติ เข้า ๑ ชั่วโมง ด้วยการนั่ง ๒๐ นาที เดินจงกรม ๒๐ นาที อิริยาบถย่อย อีก ๒๐ นาที ละสามารถเจริญสติด้วยอานาปานสติได้ตลอดวันจนเข้านอน

๒. ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ด้วยการเจริญอานาปานสติ (คล้ายโยคะ ๑๒ ท่า) ร่วมด้วยทุกท่า เริ่มต้นแบบง่ายๆ ไปก่อน ไม่ต้องหักโหมมาก ทั้งนี้ การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานได้ดี ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย ไม่ หมกมุ่นกับเรื่องที่ท้อถอยอยู่ เพราะ หลังออกกำลังกายไปสัก ระยะเวลาหนึ่ง ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน เอนโดฟิน (Endorphine) เราเรียกว่า “ฮอร์โมนความสุข”

๓.

หน้าที่ ๔ : สิ่งที่เราทำขณะเครียด แบ่งออกเป็น

๑. แก้อาการ : ลงมือแก้ปัญหาคือทำให้เครียด (ร่างกาย ความคิด ครอบครวั และ เปลี่ยนวิธีแก้ปัญหการปรับตัวต่อปัญหาแบบเดิมๆ)

๒. แก้อารมณ์ : คลายอารมณ์ทำให้ใจสงบ ด้วยการเจริญสติปัฏฐาน ๔ ด้วยการเจริญอานาปานสติ ๑๖ ขั้นตอน

เนื้อหา

ผู้วิจัย สรุปสิ่งที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ และกระทำลงไปเมื่อรู้สึกเครียด

สิ่งที่ทำลงไปขณะเครียด อาจแบ่งได้เป็น

๑. สิ่งที่ทำไปเพื่อแก้ไขปัญหาคือเป็นสาเหตุของความเครียด

๒. สิ่งที่ทำไปเพื่อคลายหรือระบายอารมณ์

เรียกอย่างย่อๆ ว่า “แก้อาการ” กับ “แก้อารมณ์”

ถามผู้เรียนว่า สิ่งที่ได้ปฏิบัติไปทุกวันนี้ เป็นการแก้อาการ หรือ แก้อารมณ์ ให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น

หน้าที่ ๕ : แก้อาการ หรือ อารมณ์

เจริญสติ ด้วยลมหายใจเข้า-ออก เข้าวัด เข้าโบสถ์ ฟังธรรมะ ออกกำลังกาย นอนหลับ ระบายความรู้สึกกับคนที่ไว้ใจ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ เล่นการพนัน เดินเล่นคนเดียว นั่งคิดทบทวนเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ และรีบแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล ไม่ตัดสินใจ ตอนโกรธ

เนื้อหา

ผู้วิจัย สอบถามผู้เรียนว่า สิ่งต่อไปนี้แต่ละการกระทำ เป็นการแก้อาการหรือแก้อารมณ์

หน้าที่ ๗ : ผีกลายอารมณ์ อย่างง่ายๆ ด้วยการหายใจเข้า ออก อย่างถูกวิธี

เนื้อหา

ผู้วิจัย ทบทวนเรื่องการหายใจ เข้า – ออก

หน้าที่ ๘ : เข้าใจอารมณ์ และความเครียด รู้ทันอาการ คลายอารมณ์ เป็น แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ
เนื้อหา

ผู้วิจัย สรุปประเด็น

เข้าใจอารมณ์และความเครียด โดยรู้ทันอาการ คลายอารมณ์เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ รู้
ข้อดี ข้อเสียของการแก้อารมณ์ แต่ละวิธี

หน้าที่ ๙ เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูก
กำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมี
ทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วน
ไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

บทที่ ๔

เข้าใจอารมณ์และความเครียด

หน้าที่ ๑. เข้าใจอารมณ์ และความเครียด

เนื้อหา : การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

วิธีการและแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

การจัดการกับอารมณ์และความเครียด เป็นอีกวิธีที่ช่วยสร้างศักยภาพให้เกิดขึ้นกับตนเอง เนื่องจากการรู้จักจัดการกับอารมณ์และความเครียด จะช่วยให้เรารู้จักระงับหรือหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์และภาวะการเกิดเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือการจัดการกับอารมณ์และความเครียดมีวิธีในการปฏิบัติหลายวิธีด้วยกัน เช่น

๑. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น กระปรี้กระเปร่าแล้ว ยังช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล ไม่ทำให้คิดฟุ้งซ่าน อีกทั้งยังสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๒. การพักผ่อน การพักผ่อนในที่นี้ไม่ได้หมายถึงแต่การนอนหลับให้เพียงพอเท่านั้น แต่จะรวมถึงการไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ

๓. การดำรงชีวิตด้วยความยืดหยุ่น เป็นการรู้จักผ่อนปรน ไม่ยึดติดกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รู้จักปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งถ้าทุกคนสามารถทำได้จะช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

๔. การฝึกผ่อนคลายความเครียด เป็นการช่วยให้จิตใจที่มีความสับสน วุ่นวาย เกิดความสงบและคลายความตึงเครียดลง ในการฝึกผ่อนคลายความเครียดนั้นในระยะแรกๆของการฝึกจิตใจอาจจะเกิดความพะงออยู่ แต่ถ้าได้ฝึกจนชำนาญแล้ว ก็ช่วยคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี

๕. การปรับเปลี่ยนความคิด เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดทางลบให้เป็นทางบวก เช่น การคิดว่าการทำงานที่หนักและยากเป็นการเพิ่มประสบการณ์ให้กับตนเอง หรือการคิดว่าการที่ผู้อื่นตำหนิเราเป็นการช่วยให้เราเห็นข้อบกพร่องของตนเองและนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้น นอกจากนี้การรู้จักความพอดี ไม่โลภ ไม่อิจฉาริษยาผู้อื่น ย่อมทำให้เรามีจิตใจที่สงบ ไม่มีความวิตกกังวลและคลายความเครียดได้

หน้าที่ ๒. ทบทวนตัวเอง เพื่อให้เข้าใจความเครียด

๑. เหตุการณ์ที่ทำให้เครียด

๒. ความรู้สึกที่เกิดขึ้น

๓. ความคิดในขณะนั้น

เนื้อหา

นักวิจัย สอบถามผู้เรียน โดยให้เลือกเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดขึ้นมาหนึ่งเรื่อง สอบถาม เหตุการณ์ที่แต่ละคนเลือกคร่าวๆ โดยให้ทบทวนดูว่า ในขณะที่เครียดอยู่นั้น มีความรู้สึกอะไรบ้าง ให้เรียบเรียงความรู้สึกที่มีทั้งหมดของแต่ละเหตุการณ์ออกมา ให้แต่ละคนทบทวนดูว่าแต่ละความรู้สึกที่เกิดขึ้น มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นกับแต่ละความรู้สึก

หน้าที่ ๓ : เวลาที่เครียด เรามักมีอาการลบ หลายอารมณ์ แต่ละอารมณ์ มีความคิดที่วิ่งคู่กัน

๑. ทำอะไรไม่เคยสำเร็จเลยเรา
๒. ถูกตำหนิอีกแล้ว ว่าอยู่ ได้ ไม่เบื่อหรือไง
๓. ชีวิตจะไปรอดไหมนี่

เนื้อหา

นักวิจัย ใช้ตัวอย่างที่ผู้เรียนได้ตอบกลับมา โดยสรุปประเด็นดังต่อไปนี้

๑. เวลาที่คนเรากล่าวว่าเครียด มักหมายถึงว่า กำลังมีอาการในแง่ลบหลายอารมณ์ เกิดขึ้นพร้อมกันภายในใจ

ดังนั้นคำว่าเครียดของแต่ละคนจึงไม่เหมือนกัน

บางคนหมายถึงความหงุดหงิด ไม่พอใจ

บางคนหมายถึงความกดดัน และวิตกกังวล

บางคนหมายถึง ความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ และขุ่นเคืองใจ

๒. แต่ละอารมณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าสังเกตดีๆ จะมีความคิดเกิดควบคู่มาด้วยเสมอ ขึ้นอยู่กับว่าเรารู้เท่าทันหรือไม่

๓. คนส่วนใหญ่เข้าใจว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือสาเหตุของความเครียด แต่ในความเป็นจริง ความคิดในใจของเราต่างหากที่เป็นตัวกำหนดความรู้สึก

หน้าที่ ๔ : เหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดความเครียดความคิดทำให้เครียด +++++



เนื้อหา

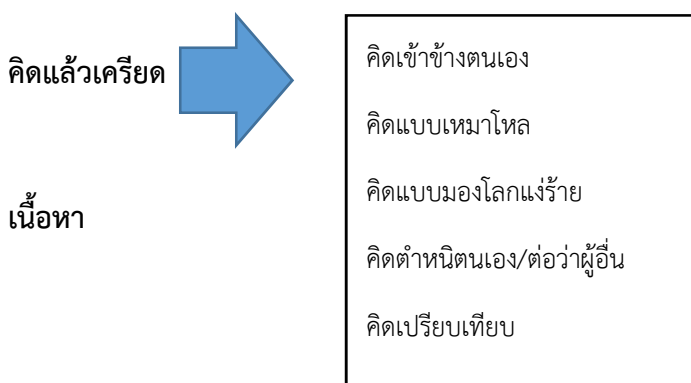
นักวิจัย บรรยาย ให้ผู้เรียนฟังว่า วิธีจัดการความเครียดที่ได้ผลมากที่สุดวิธีหนึ่ง คือ การหันกลับมาดูความคิดของตัวเองว่าความคิดในใจของเราเป็นเหตุให้เราเครียด แต่ควรหาวิธีปรับความคิด

ภายในใจเสียใหม่ เพื่อช่วยให้เรารู้สึกดีขึ้น หรือมองเห็นทางออกได้ชัดเจนขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง และทำความเข้าใจในประเด็นที่ได้นำเสนอไป

ผู้วิจัยสอบถามผู้เรียน แลกเปลี่ยนและอธิบายเพิ่มเติม ในประเด็นต่อไปนี้

๑. ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะเครียด มีลักษณะอย่างไร
๒. เมื่อรู้สึกดีขึ้น หายเครียด ความคิดในใจเป็นอย่างไร แตกต่างจากขณะเครียดอย่างไร
๓. สุ่มถามและสนับสนุนให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นความคิดที่ทำให้เครียด และที่ช่วยให้คลายจากความเครียด ความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกดีขึ้นแล้ว มักเป็นความคิดที่ช่วยให้เรายอมรับความจริงได้มากขึ้น (ช่วยแก้อารมณ์) นอกจากนี้แล้ว ยังมีคำพูดที่ทำให้กำลังใจตนเอง คำพูดปลอบใจ หรือคำพูดเตือนสติ ที่ช่วยให้เรารู้สึกผ่อนคลายความเครียดลงได้

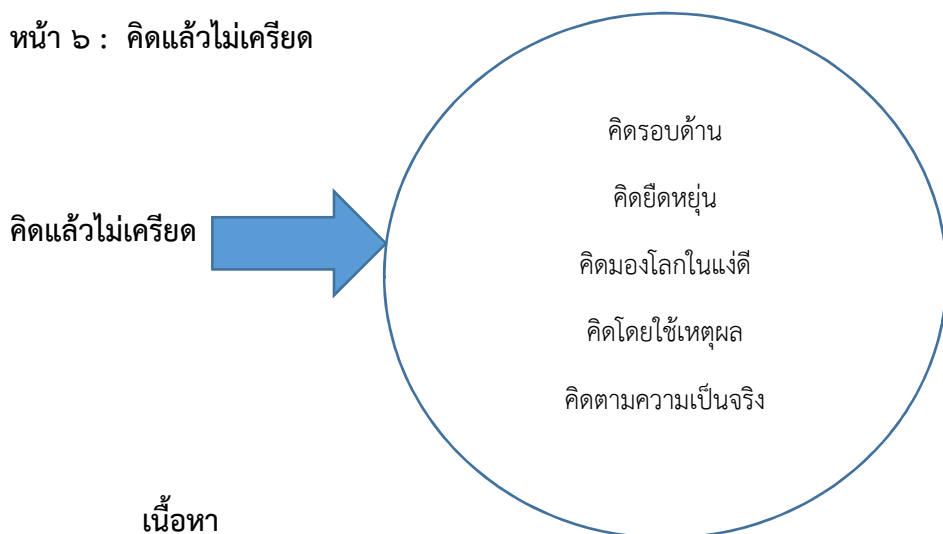
หน้า ๕ : คิดแล้วเครียด



ความคิดที่ทำให้เราเครียด มีลักษณะอย่างไรดังต่อไปนี้

๑. คิดเข้าข้างตนเอง มองจากมุมของตัวเอง เน้นแต่ความต้องการของตน
๒. คิดแบบเหม่าโหล มองอะไรสุดขั้ว
๓. คิดแบบมองโลกในแง่ร้าย มองเห็นแต่ด้านลบ มองข้ามด้านบวก
๔. คิดตำหนิตนเอง หรือต่อว่าผู้อื่น มองหาคนผิดแทนที่จะหาทางออก
๕. คิดเปรียบเทียบ ทำให้ตัวเองรู้สึกด้อย

หน้า ๖ : คิดแล้วไม่เครียด



เนื้อหา

ความคิดที่ช่วยป้องกันและช่วยให้หายเครียด มีลักษณะดังนี้

๑. คิดรอบด้าน เป็นการมองจากมุมอื่นให้รอบด้าน แทนที่จะมองจากมุมของตัวเอง
๒. คิดยืดหยุ่น คิดแบบมีทางเลือก แทนที่จะมองอะไรทางเดียว
๓. คิดมองโลกแง่ดี คิดหาด้านดี ของสิ่งที่ปัญหา แทนที่จะจมอยู่กับด้านลบของ

ปัญหา

๔. คิดโดยใช้เหตุผล วิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นให้ชัดเจน แทนที่จะกังวลใจต่อสิ่งที่ยังไม่รู้

๕. คิดตามความเป็นจริง คิดเป็นขั้นตอน เพื่อตรวจสอบความคิดของตนเองกับความเป็นจริง แทนที่จะคิดเอาเอง ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ยกตัวอย่างจากผู้เรียนประกอบเพื่อให้เข้าใจ

หน้า ๗ : เปลี่ยนความคิด ปรับมุมมอง ด้วยการตั้งคำถามที่ดี

คิดรอบด้าน “หากมองจากมุมของคนที่เป็นกลางจะมองอย่างไร”

คิดยืดหยุ่น “เรื่องนี้ มีทางเลือกอะไรบ้าง”

คิดมองโลกในแง่ดี..... “ปัญหานี้ มีแง่ดีอะไรบ้าง”

เนื้อหา

ฝึกฝนตัวเองให้คิดเป็น มองอะไรรอบด้าน ใช้คำถามนำความคิด จัดการอารมณ์และความเครียด

คิดรอบด้าน มองจากมุมอื่นให้รอบด้าน แทนที่จะมองจากมุมตัวเอง คำถามนำความคิด “หากมองจากมุมของคนที่เป็นกลางจะมองอย่างไร”

คิดยืดหยุ่นเรื่องนี้ ฝึกคิดแบบมีทางเลือก แทนที่จะมองอะไรทางเดียว คำถามนำความคิด “เรื่องนี้ มีทางเลือกอะไรบ้าง”

คิดมองโลกในแง่ดี ฝึกคิดหาด้านดี ของสิ่งที่ปัญหา แทนที่จะจมอยู่กับด้านลบของปัญหา คำถามนำความคิด “ปัญหานี้ มีแง่ดีอะไรบ้าง”

หน้าที่ ๘ : คิดโดยใช้เหตุผล

เนื้อหา

ถ้าเราต้องการคิดโดยใช้เหตุผลเราอาจใช้คำถามต่อไปนี้ ช่วยมองผลตามมาให้เห็นชัดเจนขึ้น

“สิ่งเลวร้ายที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ คืออะไร”

“มีโอกาสเกิดขึ้น มาก น้อยแค่ไหน”

“ ถ้าเกิดขึ้น จะจัดการอย่างไร”

“ถ้ามองไปในอนาคต ๑ ปี ๓ ปี หรือ ๕ ปี ปัญหานี้จะมีผลอย่างไรกับชีวิต”

หน้าที่ ๙ : คิดตามความเป็นจริง

เนื้อหา

ถ้าเราต้องการคิดตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้เราประเมินความคิดของเราให้ชัดเจนขึ้นว่าสิ่งที่เราคิดนั้น เราไม่ได้คิดไปเอง แต่คิดแบบมีหลักฐานสนับสนุนดีพอ เราถามตัวเองว่า

“มีหลักฐานอะไรบ้าง ที่สนับสนุนความคิดของเรา” “หลักฐานที่มี อธิบายในทางอื่นได้หรือไม่”

“ถ้าเป็นอย่างที่เราคิดจริงๆ เรื่องนี้จะเป็นปัญหาอย่างไร”

ผู้วิจัย สรุปการใช้คำถามเพื่อปรับความคิด ยกตัวอย่างปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย ถ้าหากขาดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้มีโอกาสเป็นโรคทางจิตเภทขึ้นมาได้ หรือ ครอบครัวเองหากไม่เข้าใจผู้ป่วยอาจส่งผลให้การป่วยของผู้ป่วยเลวร้ายลงไปอีกมากได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยคุณภาพมากได้

หน้าที่ ๑๐. : เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

บทที่ ๕

คุยกันอย่างเข้าใจ (๑)

หน้าที่ ๑ : คุยกันอย่างเข้าใจ

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หน้าที่ ๒ : ครอบครัวใหม่คาดหวังความรักความเข้าใจ

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข และความสุขที่สำคัญในชีวิตคนเรา คือการมีสัมพันธภาพ ความเข้าใจอันดีกับคนในครอบครัว เราอยากให้ครอบครัวของเราเป็นแบบใด

หน้าที่ ๓

เนื้อหา

มีครอบครัวไหนที่รู้สึกว่เมื่อเวลาผ่านไป ความเข้าใจลดน้อยลง การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน ทำได้ยากขึ้นเรื่อยๆ บ่อยครั้งก็ทะเลาะกัน

หน้าที่ ๔ : สะสมความรู้สึกดีเป็นต้นทุนความสัมพันธ์

เนื้อหา

การจะพูดคุยกันให้เข้าใจ จะต้องให้ความใส่ใจกัน ต้องสะสมความรู้สึกดีๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นต้นทุนในความสัมพันธ์ระหว่างกัน จัดเวลาทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกดีร่วมกัน มีอะไรที่มอบให้กันได้ก็ควรทำไม่คิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่ต้องทำก็ได้ และที่สำคัญต้องรู้จักการสื่อสารระหว่างกัน

หน้าที่ ๕ : สื่อสารกันมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น

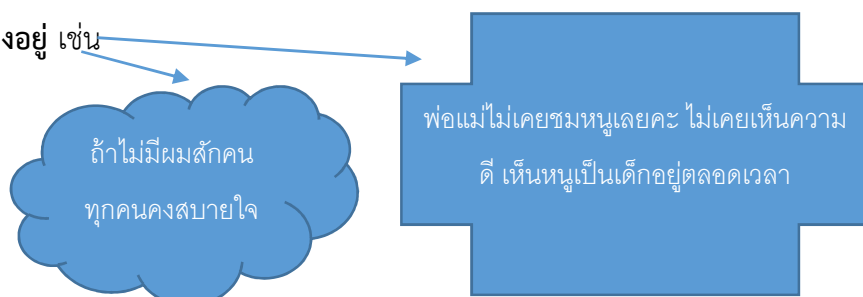
พูดคุยอย่างเปิดเผย

ไม่ปิดกัน

เนื้อหา

การสื่อสารมีทั้งส่วนที่เป็นคำพูด และส่วนที่เป็นน้ำเสียงและท่าทาง การสื่อสารที่ดีต้องเปิดเผย สามารถสื่อแสดงความคิด ความรู้สึก และรับฟังความคิดเห็นต่อกัน เป็นการสื่อสารสองทาง รู้จักพูดในทางบวก สื่อความรู้สึกดีๆ ที่เป็นความสุข ขณะที่การสื่อสารที่ไม่ดี จะมีการปิดกั้น ไม่รับฟัง ต้องการแต่จะพูดจากความคิดเห็นของฝ่ายตน เป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้ไม่เกิดความเข้าใจกัน โดยเฉพาะหากต่างฝ่ายต่างก็ต้องการพูด โดยไม่มีใครฟัง ดังนั้น ในวันนี้ เราจะมาเรียนรู้เทคนิคการสื่อสารกันอย่างง่าย ๆ ๒ เรื่อง คือการฟังและการถาม

หน้าที่ ๖ : เข้าใจความหมายที่แฝงอยู่ เช่น



เนื้อหา

ผู้วิจัย ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่คำพูดมีความหมายและความรู้สึกแฝงอยู่ ผู้ป่วยที่เข้ามาเรียนรู้เป็นกลุ่มที่มีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าสูง อยู่แล้ว ดังนั้น คำถามเหล่านี้จะมีความหมายกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คิด ฆ่าตัวตาย หรือกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง

ผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า ป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถทำงานได้ ปวดเมื่อยเนื้อตัว ครอบครัวที่มีภรรยา ลูก สามคน และหลานๆ อีก ๖ คน ดำเนิน ตะคอก ไม่พูดด้วย และผู้ป่วยเหลือน้องสาวอีกหนึ่งคน อยู่ไกล เสียชีวิตตั้งแต่เด็ก แม่เสียชีวิตแล้ว

“ถ้าไม่มีผมสักคนทุกคนคงสบายใจ” คำพูดนี้ แฝงความรู้สึกหรือความหมายอะไรได้บ้าง ?

ผู้ป่วยหญิง อายุ ๒๕ ปี เป็นซึมเศร้า ๙ ปีที่ผ่านมา ชีวิตประสบความสำเร็จแล้วซ้ำอีก จากคนในครอบครัว เธอพูดว่า

“พ่อแม่ไม่เคยชมหนูเลยคะ ไม่เคยเห็นความดี เห็นหนูเป็นเด็กอยู่ตลอดเวลา” ” คำพูดนี้ แฝงความรู้สึกหรือความหมายอะไรได้บ้าง ?

ช่วยกันวิเคราะห์และหาคำตอบ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าท่านหนึ่ง รักษาที่โรงพยาบาลมาตลอด ๙ ปี มีประวัติลูกชายฆ่าตัวตายด้วยกัญชงปืนกรอกปาก เป็นเด็กผู้ชายคนเดียวในบ้านที่พ่อแม่รักมาก จากการสื่อสารในบ้านที่ไม่ดี มานาน ทำให้ไม่รู้ว่าลูกเครียดจากอะไร ได้สะท้อนว่า การสื่อสาร ทั้งการฟังและการถาม เป็นสิ่งสำคัญมาก หากวันนั้น บ้านเขาได้เรียนรู้วิธีสื่อสารแบบนี้ ลูกก็คงไม่ตาย แต่เขาจะปรับปรุงมาใช้กับคนที่อยู่ต่อ เหมือนที่ผู้วิจัยแนะนำต่อไป

ผู้ป่วยทุกคนในที่นี้ เห็นว่า การสื่อสารในครอบครัว สำคัญที่สุดที่ต้องเปลี่ยนแปลง

ผู้วิจัยได้สรุปหลักการฟังที่ดี และอ่านความหมายที่แฝงอยู่

หน้าที่ ๗ : ตั้งคำถามให้เป็น

ใช่-ไม่ใช่

เนื้อหา

นักวิจัย ได้เล่าเรื่องจากการสนทนา ที่เป็นประโยชน์ ระหว่างผู้วิจัย กับผู้เรียน

จากนั้นให้ผู้เรียนได้ถามคำถามที่อยากรู้เพิ่มเติมจากเรื่องที่เล่า และให้ทุกคนฝึกตั้งคำถาม โดยการยกตัวอย่างจากเหตุการณ์จริงของแต่ละคน ถามผู้วิจัย โดยคำถามนั้นครอบคลุมทั้งคำถามปิด และคำถามเปิด และให้ฝึกสนทนากัน จนผู้เรียนเข้าใจประโยชน์และมีทักษะที่ดีในการสนทนา กันในกลุ่ม ในครอบครัว สังคม เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน

หน้า ๘ : ตั้งคำถามเมื่อไม่เข้าใจ

คำถามปิด : ได้ข้อมูลตรงประเด็น แต่อาจปิดกั้นการบอกเล่า

คำถามเปิด : แสดงความคิด ความรู้สึกได้เต็มที่ บอกเรื่องราว แต่อาจออกนอกประเด็น

ผู้วิจัย ได้สรุปความแตกต่างระหว่างคำถามปิดและเปิด

คำถามปิด หมายถึง คำถามที่ตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ / ก หรือ ข.

มีข้อดีคือได้ข้อมูลตรงประเด็นคำถาม แต่อาจปิดกั้นการบอกเล่าของคู่สนทนา

คำถามเปิด หมายถึง คำถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตการตอบ เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิด ความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ทำให้ทราบเรื่องราวในรายละเอียด แต่อาจนอกประเด็น

หน้าที่ ๙ : เป็นคู่สนทนาที่ดี ฟังเมื่ออีกฝ่ายพูด ถามให้ชัดเจน เมื่อเวลาผ่านไป เข้าใจกันมากขึ้น

เนื้อหา

ความต้องการพื้นฐานของคนเราคือ ต้องการความเข้าใจที่ดีต่อกัน และทักษะสำคัญคือความสามารถในการฟังให้เข้าใจสิ่งที่คู่สนทนาไม่ได้พูดออกมาตรงๆ อ่านความหมายความรู้สึกที่แฝงมาในคำพูด และคำถามใช้คำถามปิด และคำถามเปิดให้เป็น เพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจความคิด ความรู้สึกของอีกฝ่าย หากเราทำได้ดังนี้ ก็จะมี ความเข้าใจกันด้วยดี

มอบการบ้านให้ผู้เรียน ไป สนทนากับครอบครัว และสังเกตการณ์ใช้คำถามของตัวเอง และคนรอบข้าง และจากในละคร ว่ามีวิธีใช้คำถามเปิด และคำถามปิด อย่างไร ในสถานการณ์แบบไหน แต่ละประเภทมีประโยชน์ และมีข้อจำกัดอย่างไร

แต่ทุกครั้งต้องมีสติกำกับ กับการเจริญอานาปานสติตลอด จะเห็นความคิดของเราชัดเจนขึ้นว่า เราต้องการสนทนาเพื่ออะไร และคุณธรรม ของเราที่ตั้งคำถาม และผลจากคำตอบ เรามี อารมณ์ ความรู้สึก นึกคิดอย่างไร พอใจ หรือไม่พอใจ

หน้าที่ ๑๐. เป็นผู้กำกับบทบาทของชีวิตเราเอง

เนื้อหา

ผู้วิจัย ได้สอบถามอารมณ์ ของผู้เรียนว่า จากการตั้งใจ และเจริญอานาปานสติตลอดเวลา นี้ มีประโยชน์ในการสนทนาพูดคุย และเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจิตใจของตนอย่างไรบ้าง ให้ผู้เรียน ประเมินตนเองออกมา

ผู้เรียน สามารถตอบได้ว่า ชีวิตตอนนี้รู้สึกมีความสุข สงบ และคิดแบบมีสติมากขึ้น เข้าใจตัวเอง และคนรอบข้างมากขึ้น การพูดคุยกับคนอื่น ใช้สติ และเห็นว่าความขัดแย้งจากการพูดคุยน้อยลงมาก เกือบจะไม่มีเลย ในช่วงที่มาฝึกปฏิบัติพัฒนาจิตใจ ด้วยการเจริญอานาปานสติที่นี้

บทที่ ๖ คุยกันอย่างเข้าใจ ๒

หน้าที่ ๑. คุยกันอย่างเข้าใจ ๒

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หน้า ๒: ครอบครัวยุคใหม่คาดหวังความรักความเข้าใจ

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข และความสุขที่สำคัญในชีวิตเรา คือการที่มีความเข้าใจอันดีกับคนในครอบครัว

ผู้วิจัย เน้นสู่การแก้ไขปัญหาการขัดแย้งในครอบครัวหรือภาวะวิกฤติของจิตสังคม (Psychosocial crisis) โดยเน้นการสื่อสารในครอบครัว

หน้าที่ ๓. การสื่อสารที่ดี ทำให้เข้าใจกันมากขึ้น ต้องเปิดเผย ไม่ปิดกั้น

เนื้อหา

การสื่อสารที่ดี ต้องสามารถแสดงความคิด ความรู้สึก และรับฟังความคิดเห็นต่อกันอย่างเปิดเผย ขณะที่การสื่อสารที่ไม่ดีจะมีการปิดกั้น ไม่รับฟังกัน ต้องการแต่จะพูดความคิดเห็นของตน ไม่เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน แต่คนส่วนใหญ่ ไม่ถนัดในการพูดบอกความรู้สึก ถ้าเป็นความรู้สึกดีก็มักจะอายในการออกปากชม ถ้าเป็นความรู้สึกที่ไม่ดีก็ไม่กล้าพูดออกมาเกรงว่าอาจทำให้อีกฝ่ายรู้สึกไม่ดี หรือมีวิธีพูดเชิงต่อว่าทำให้อีกฝ่ายรู้สึกไม่ดี ช่องว่างทางความรู้สึกจึงเกิดขึ้นและนานวันก็ขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดเป็นความห่างเหินไม่เข้าใจกัน

หน้าที่ ๔ หากเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ อย่าเก็บมาเป็นอารมณ์ แต่หากเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ กับคนที่เราให้ความสำคัญ ควรพูดสื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม

เนื้อหา

หากเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ เราอาจเลือกที่จะปล่อยให้อารมณ์ความรู้สึกนั้นผ่านไป ไม่เก็บมาเป็นอารมณ์ แต่หากเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะกับคนที่เราให้ความสำคัญ เราควรเรียนรู้วิธีการพูดสื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม

หน้าที่ ๕ : วิธีพูดบอกความรู้สึก

ดูให้พร้อม พูดให้ชัดเจน ตรงประเด็น อย่างกล่าวโทษหรือตำหนิตัวเอง

๑. พูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ๒. พูดบอกความรู้สึกว่า “ฉันรู้สึก”

๓. พูดถึงผลกระทบ

เนื้อหา

หลักสำคัญในการพูดบอกความรู้สึกคือ

๑. ตรวจสอบความพร้อมในการรับฟังของคู่สนทนา เพราะถ้าอีกฝ่ายไม่พร้อมจะฟัง พูดไปก็ไม่เกิดประโยชน์

๒. พูดให้ชัดเจน ตรงประเด็น ไม่พูดพร้อมกันหลายเรื่อง หรือนำเรื่องเก่ามาพูด

๓. พูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ควรเป็นสิ่งที่เราสังเกตเห็นได้โดยตรง ในสิ่งที่คู่สนทนาพูดหรือทำ เป็นความจริงที่ยากจะโต้แย้ง

๔. พูดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งต่อตัวเราและสถานการณ์ ว่าคำพูดและการกระทำของเขามีผลอย่างไร เน้นมุมมองของตัวเอง โดยไม่คิดแทนคู่สนทนา

๕. ไม่กล่าวโทษ ตำหนิตัวอื่น จูโจม หรือพยายามไปควบคุมบังคับให้อีกฝ่ายทำตามที่เราคิด

๖. ไม่คาดเดาเรื่องต่างๆ เอาเอง ถ้าไม่แน่ใจ ควรสอบถามให้ชัดเจน

๗. ตรวจสอบความเข้าใจ ว่าเรื่องที่เรานำไปนั้น คู่สนทนาเข้าใจหรือไม่

หน้า ๖. : ฝึกพูดบอกความรู้สึก ทั้งความรู้สึกดี และไม่ดี

เนื้อหา

ให้ผู้เรียนแต่ละคนเลือกเหตุการณ์ ที่อยากพูดอยากสื่อสารความรู้สึกให้ดีขึ้นได้ ทั้งความรู้สึกที่ดี และความรู้สึกที่ไม่ดี คนละหนึ่งเหตุการณ์ จากนั้น ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคน ฝึกบอกรักคนในบ้าน เนื่องจากช่วงที่ฝึกเป็นวันวาเลนไทน์ วันแห่งความรัก โดยให้บอกรักตัวเอง และคนในครอบครัว

หน้าที่ ๗

เนื้อหา

คนเราใกล้ชิดกัน ย่อมต้องมีความไม่เข้าใจกันบ้างเป็นธรรมดา มีทั้งความรู้สึกทั้งที่ดี และไม่ ดี เกิดขึ้นได้ ควรฝึกพูดบอกความรู้สึกต่อกันอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ความสัมพันธ์ดี มีความรู้สึกใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้น

หน้าที่ ๘: เป็นผู้กำกับชีวิตตัวเราเอง

ผู้วิจัย สรุปคือ คือรักตัวเอง ดูแลตัวเอง รักครอบครัว ดูแลครอบครัว มีความสุข ทำตัวเป็นประโยชน์มากกว่า ไม่มีประโยชน์ มีความสุขความพอใจ ด้วยการเจริญสติ ระลึกรู้ ลมหายใจเข้าและออก มีสติตลอดเวลาทั้งการคิด พูด ทำ ต่างๆ เหล่านี้ ชีวิตอยู่แบบมีความหมาย สงบ ร่มเย็น ทั้งภายใน ภายนอก

บทที่ ๗ แก้ปัญหาให้ได้ผลดี ๑

หน้าที่ ๑. แก้ปัญหาให้ได้ผลดี ๑

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หน้าที่ ๒. ปัญหาชีวิตเป็นเรื่องธรรมดา สิ่งที่สำคัญคือ เราต้องรู้จักแก้ปัญหาให้ถูกวิธี

หลักข้อแรกที่สำคัญในการแก้ปัญหาให้ได้ผลดีคือ มีใจที่สงบเพียงพอ

เนื้อหา

ชีวิตคนเราทุกคนล้วนมีปัญหาไม่มากก็น้อย ถือเป็นเรื่องธรรมดา สิ่งที่สำคัญในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข คือการรู้จักแก้ปัญหาให้ถูกวิธี ซักผู้เรียน ถึงประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ไม่ได้ผลตามต้องการ ว่าอะไรทำให้เราแก้ปัญหานั้นไม่ได้

เมื่อกลุ่มผู้เรียนได้อภิปรายกันคนละข้อสองข้อแล้ว ผู้วิจัยได้เชื่อมประเด็นดังกล่าวสู่การเรียนรู้

หลักข้อแรกที่สำคัญในการแก้ปัญหาให้ได้ผลดีคือ มีใจที่สงบเพียงพอ

หน้าที่ ๓. หายใจถูกวิธีช่วยให้ใจสงบ และมีสติตลอดทุกลมหายใจ

เนื้อหา

โดยธรรมชาติของคน (ปุถุชน) แล้ว อกุศลจิตเกิดอยู่แทบตลอดเวลา ส่วนกุศลจิตนั้นเกิดขึ้นน้อยมาก ความทุกข์จึงมีมากจากการส่งจิตไปข้างนอก เช่น คนเรามักจะนั่งใจลอย คิดโน้น คิดนั้น ทีละนานๆ อาจจะเป็นชั่วโม่ง หรือ ทั้งวัน (ด้วยอำนาจของโมหะ) หากเราเจริญ อานาปานสติ รู้ทัน ใน กาย เวทนา จิต และธรรม มีสติ จึงเกิดระลึกรู้ทันว่า โอ้ เรากำลังใจลอยอยู่ ขณะที่ใจลอย

จิตกำลังเป็นอกุศล ไม่ระลึกรู้เห็นลมหายใจ ก็เหมือนกับกับคนที่ตายไปแล้ว ประมาท แต่ทันทีที่มีสติรู้ทัน ลมหายใจ ความใจลอยก็ดับไปโดยอัตโนมัติ นั่น จิตเป็นกุศลเรียบร้อยแล้ว (ทันทีที่เกิดสติ ความไม่มีสติจะดับไป อกุศล หรือความคิดไม่ดี ทั้งหลายก็จะดับลง ดังนั้น เมื่อมีสติ/รู้ กลับมาที่ลมหายใจเข้า และ ออก จึงไม่มีอกุศล หรือ ความคิดต่างๆ ที่ทำให้เสียใจ กลุ้มใจ กังวลใจ ให้ละอีก แต่สิ่งที่ถูกละไปคือได้แก่ กิเลส หรือ อนุสัยที่ซ่อนลึกอยู่ในจิตใจ คือ ความชอบ ไม่ชอบ หรือ คิด โกรธเกลียด รัก อย่างนี้แหละ ด้วยเหตุนี้แหละ หน้าทีของเราจึงมีเพียงการรู้ ไม่ต้องละความทุกข์ ความวิตกกังวล ความเศร้า กิเลส หรือ ตัณหาอะไรทั้งนั้น เพราะในขณะที่สติบริบูรณ์นั้น ไม่มีกิเลส ตัณหา อุปาทานชั้นใด หรือความทุกข์ ให้ละในขณะนั้น มันก็ไม่เกิดขึ้น หากมีเหตุมันก็เกิด หากหมดเหตุมันก็ดับ หน้าทีที่เราคือ เจริญสติ รู้ ทัน ใน กาย เวทนา จิต และธรรม ว่า มันเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป เป็นอนิจจัง อนัตตา บังคับบัญชาไม่ได้ โดยการเจริญ อานาปานสติ หรือ ลม หายใจ ที่เข้า ออก เราก็รู้ด้วยตัวเอง ชัดเจน ตามความเป็นจริง รู้ว่าปัญหาชีวิตเป็นเรื่องธรรมดา สิ่งที่สำคัญคือ เราต้องรู้จักแก้ปัญหาให้ถูกวิธี

หลักข้อแรกที่สำคัญในการแก้ปัญหาให้ได้ผลดีคือ มีใจที่สงบเพียงพอ

สิ่งสำคัญที่ต้องระวัง *****

ขณะที่ฝึกอยู่ จิตของผู้ฝึกการเจริญสติ ก็คือ การจับหลักการเจริญสติไม่แม่นยำ จิตจึงพลิกไปเป็นอกุศลอีกได้ในพริบตาเดียว ดังนั้น พอมีสติระลึกตัวเพียงแวบเดียวก็อาจหลงเสียออกเสียใจไปในอดีตว่า ว่า ตายละ เราหลงมาตั้งนานแล้ว อย่างนี้ จะมีสติอย่างไร หรือ หลงวิตกกังวลไปในอนาคตว่า อ้าว แล้วเราจะสามารถเจริญสติ ได้หรือไม่

ให้เราพยายามอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด เพราะลมหายใจอยู่กับเราตลอดเวลา ไม่ว่าเราจะกิน พุด นอน ยืน เดิน หรือทำอะไรก็แล้วแต่ค่อยๆ ฝึกไป รู้ไป มีสติรู้ อยู่กับลมหายใจไปเรื่อยๆ แค่นี้ก็พอ ไม่ต้องแต่งเสริมอารมณ์ อื่นๆ ถ้าเรามีศีล เราก็มีสมาธิอยู่ในตัว เรามีสติ เราก็มีศีล สมาธิ ปัญญา ในตัว เราก็จะรู้ว่าสิ่งใด ควรพูด ควรทำ และควรคิด ในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้า เราจะหายไป จนหมดไปในที่สุด

ผู้วิจัย ได้ทบทวนและซักถามผู้เรียนว่า การฝึกการเจริญสติ ด้วยการหายใจเข้า และออก (อานาปานสติ) เกิดประโยชน์กับผู้เรียน (ผู้ป่วย) ในช่วงที่ฝึกปฏิบัติมา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้เล่า ถึงสิ่งที่รับ และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ความสงบสุข ที่ได้รับ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

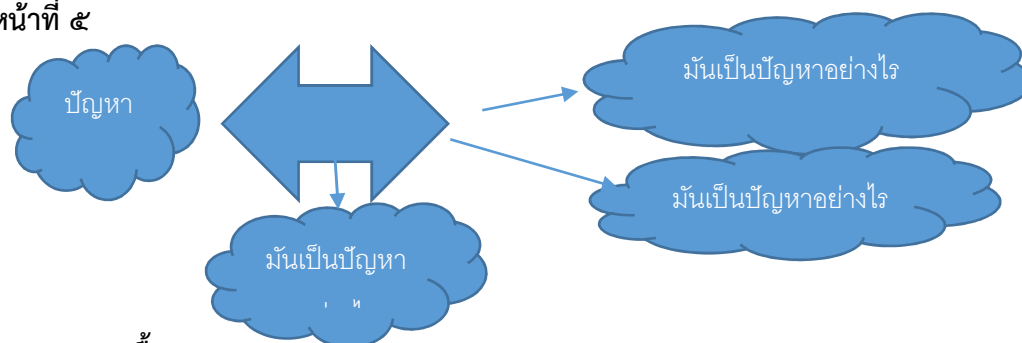
หลักข้อที่ ๒ ในการแก้ปัญหาให้ได้ผลดีคือ ทำความเข้าใจปัญหา ด้วยคำถามที่ว่า “มันเป็นปัญหาอย่างไร”

เนื้อหา

หลักการแก้ปัญหาข้อที่ ๒ คือการทำความเข้าใจในปัญหา มีวิธีการง่ายๆ โดยการตั้งคำถามกับเจ้าของปัญหาว่า สิ่งที่คุณคิดว่าเป็นปัญหานั้น “เป็นปัญหาอย่างไร”

ถามคำถามนี้ไปเรื่อยๆ ว่าเป็นปัญหาอย่างไร ๑ จากประเด็นหนึ่งต่อไปอีกประเด็นหนึ่ง จนเห็นแง่มุมที่เจ้าของปัญหาให้ความสำคัญในรายละเอียด

หน้าที ๕



เนื้อหา

ผู้วิจัย ได้ใช้กระบวนการแก้ปัญหานี้กับผู้ป่วยและ ครอบครัวผู้ป่วย โดย ให้ผู้เรียนได้ฝึกตั้งคำถามทีละขั้นไปเรื่อยๆ จนครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ลากเส้นเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ ที่ได้ให้เป็น

แผนที่ของปัญหา

ปวดท้องมาก → หงุดหงิดกังวลใจ → อารมณ์ เสียใส่ลูก → ความสัมพันธ์กับลูกเสียไป → ยิ่งกังวลใจ
 → กังวลใจ → กลัวจะเป็นอะไรมาก → นอนไม่หลับ → เครียด → ทำงานไม่ได้ → ปวดท้องเพิ่มขึ้น

เนื้อหา

แผนที่ปัญหา จะทำให้ผู้เรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ได้เข้าใจปัญหาของตนเองชัดเจนขึ้น เข้าใจขอบเขตของปัญหา และเดแนความคิดที่ชัดเจนขึ้นว่า จะแก้ปัญหาคือจุดใด ตัวอย่างเช่น ปวดท้อง (อาการทางกายที่มีปัญหาจากจิตใจ)

จากนั้น ผู้วิจัย ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จนเข้าใจกระบวนการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วย

หน้าที ๗ แก้ไขปัญหาให้ได้ผลดี เริ่มที่ใจสงบ และทำความเข้าใจกับปัญหา

หน้าที ๘ เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง

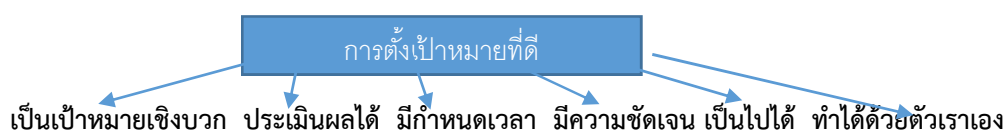
ผู้วิจัยสรุป อยู่แบบผู้มีสุขภาพจิตดี มีความรัก มีความสุข และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิต มีประโยชน์

บทที่ ๘ แก้ปัญหาให้ได้ผลดี

หน้าที่ ๑. แก้ปัญหาให้ได้ผลดี

เปลี่ยนแปลงตัวเอง เพื่อสู่การมีชีวิตใหม่ที่มีความสุข สุขภาพจิตดี แก้ปัญหา ปรับตัวได้ทุกสถานการณ์

หน้าที่ ๒ หลักข้อที่ สามในการแก้ปัญหาให้ได้ผลดี คือ การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา กำหนดผลปลายทางที่เราต้องการ



เนื้อหา

หลักข้อที่สามคือ การตั้งเป้าหมาย โดยการมองว่า เราต้องการให้ปัญหาจบลงอย่างไร เป็นการมองไปในอนาคต ถึงจุดหมายปลายทางที่เราคาดหวัง

คนส่วนใหญ่มักเสียเวลาวนเวียนอยู่กับปัญหารำพันกับตัวเองว่า ทำไมเป็นแบบนี้ ทำไมไม่เป็นอย่างนั้น คิดกลับไป กลับมาในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การตั้งเป้าหมายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เรามองไปข้างหน้าว่า เราต้องการแก้ปัญหาให้เป็นไปในรูปแบบไหน เป้าหมายที่ดี เป็นอย่างไร

๑. มีความชัดเจน เป็นไปได้
๒. เป็นเป้าหมายเชิงบวก คือเป็นสิ่งที่เราต้องการไปให้ถึง ต้องการให้เกิดขึ้น
๓. ทำได้ด้วยตัวเราเอง ไม่ใช่เป้าหมายที่หวังให้คนอื่นมาช่วยทำ เพื่อแก้ปัญหาของเรา
๔. มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ไม่ปล่อยเวลาให้ผ่านไปเรื่อยเปื่อยไร้จุดหมาย
๕. สามารถประเมินผลความก้าวหน้าได้

หน้าที่ ๓. เป้าหมายจากกรณีเป็นโรคปวดท้อง

เนื้อหา

ให้ผู้เรียนคิดถึงเป้าหมายที่ต้องการในการแก้ไขปัญหาดนคนละหนึ่งเรื่อง และคิดเพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ฝึกการเจริญอานาปานสติ อยู่กับปัจจุบัน มีความรักตัวเอง รับประทานยาแก้ปวดกักเวล สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว จัดการความกังวล และความเครียด จนร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ปวดท้อง อาการวิตกกังวลหมดไป

หน้าที่ ๔. หลักข้อที่ ๔ ในการแก้ไขปัญหให้ได้ผลดี คือ การคิดแบบมีทางเลือก

เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย เลือกทางที่เหมาะสม

เนื้อหา

หลักข้อที่ ๔ ในการแก้ไขปัญหาให้ได้ผลดีคือ การคิดแบบมีทางเลือก เป็นการคิดมองหาทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด โดยไม่รีบตัดสินใจว่าจะเลือกทางใด บางทางเลือกอาจรู้สึกไม่ชอบ บางทางเลือกอาจคิดว่าเป็นไปได้น่ายาก หรือเป็นไปได้ ให้ลองคิดดูอย่างจริงจังเสียก่อนตัดสินใจ

พยายามคิดหาทางเลือกให้ได้อย่างน้อยสามทางสำหรับปัญหาแต่ละเรื่อง พิจารณาข้อดีข้อเสีย ของแต่ละทางเลือกให้รอบด้านก่อนตัดสินใจ โดยทั่วไปทางเลือกแต่ละทางมักจะมีทั้งด้านที่เราชอบหรือต้องการ และด้านที่เราไม่ชอบ หรือไม่ต้องการผสมผสานกัน การฝึกคิดแบบมีทางเลือก จะช่วยให้เรามีความชัดเจนว่า เมื่อเราเลือก เราจะเลือกทางใดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้นมากที่สุด

ให้ผู้เรียน ตั้งคำถามตัวเองว่า ปัญหาที่ประสบอยู่และเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้น มีทางเลือกอะไรบ้าง และมีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร เลือกทางที่เหมาะสมที่สุดของเรา

หน้าที่ ๕ หลักข้อที่ ๕ ในการแก้ไขปัญหาให้ได้ผลดี คือ การมีคนช่วยคิด

เนื้อหา

หลักข้อที่ ๕ ในการแก้ไขปัญหาให้ได้ผลดี คือ การมีคนช่วยคิด เพราะการคิดเอง (เอเอง) คนเดียว มักเป็นการมองจากมุมเดิมๆ ของตัวเอง ตามความเคยชิน ทำให้มองปัญหาและทางออกได้จำกัด การมีคนฟังช่วยคิด นอกจากจะช่วยให้เราสบายใจขึ้น ที่มีคนรับฟังแล้ว ความคิดเห็นและมุมมองของคนอื่นๆ อาจช่วยให้เรามองอะไรได้กว้างขวางและรอบด้านมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีคนช่วยคิด แต่เรายังต้องรับผิดชอบการตัดสินใจด้วยตัวเราเอง

หน้าที่ ๖. คนช่วยคิด ต้องมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่ให้การปรึกษาที่ดี

เนื้อหา

นักวิจัย บรรยาย คุณสมบัติ ผู้ที่ให้การปรึกษาที่ดี ควรเป็นคนที่รับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิซ้ำเติม เก็บความลับได้ ไม่นำไปเปิดเผย มีความสงบนิ่ง มีใจเป็นกลาง ไม่มีอคติหรือเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ให้ข้อคิดดีๆ ได้ โดยไม่พยายามควบคุมบังคับความคิดของเรา

ให้ผู้เรียน แต่ละคน พิจารณาค้นหาคนที่ไว้วางใจได้ สามารถเป็นที่ปรึกษาได้ ทบทวนดูว่าเคยขอคำปรึกษาจากบุคคลเหล่านั้นหรือไม่ หากไม่เคย ให้วิเคราะห์ว่าเป็นเพราะเหตุใด หากเคย ทบทวนดูว่า ผลของการปรึกษาเป็นอย่างไร

หน้าที่ ๗ : แก้ปัญหาให้ได้ผลดี

๑. ทำใจให้สงบ
๒. ทำความเข้าใจกับปัญหา
๓. ฝึกตั้งเป้าหมาย
๔. คิดแบบมีทางเลือก
๕. หาคนช่วยคิด

หน้าที่ ๘ เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง ผู้มีสุขภาพจิตดี มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีประโยชน์

บทที่ ๙ แปลงปัญหาเป็นปัญญา ด้วยการลงมือทำ

หน้าที่ ๑.

เนื้อหา

ผู้วิจัย สรุบทบทวนกับการปฏิบัติการเจริญอานาปานสติ ที่ผ่านไปได้ในวันที่ ๕ แล้ว
ตอนนี้ทุกคนได้ มาสู่การเจริญสติแบบอานาปานสติ ที่สามารถพิจารณาผ่าน กาย เวทนา
จิต และธรรม จนมีความสามารถในการแก้ปัญหาตนเองได้เป็นอย่างดี ตามขั้นตอน ๕ ขั้นแล้ว คือ

๑. ทำให้ใจสงบ
๒. ทำความเข้าใจกับปัญหา
๓. ผูกตั้งเป้าหมาย
๔. คิดแบบมีทางเลือก
๕. หาคนช่วยคิด

หน้าที่ ๒ : เวลาที่เรากังวลใจ เรามักจะหยุดความคิดของตนเองไม่ได้

เนื้อหา

เวลาที่เราประสบปัญหาและความกังวลใจ เรามักจะเวียนอยู่กับปัญหาและเรื่องราวในอดีต หรือไม่ก็คิดกังวลไปถึงเรื่องที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยไม่สามารถควบคุมความคิดได้

หลักในการจัดการปัญหาและความกังวลใจ โดยกลับมาพิจารณาที่ลมหายใจ เข้า และออก จนจิตสงบนิ่ง และมีสติแล้ว ปัญญาก็จะเกิดขึ้น

จากนั้น ตัดสินใจแก้ปัญหา โดยเป็นการลงมือทำ โดยให้เลือกทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ กับการแก้ปัญหานั้น หรือลงมือทำในสิ่งที่ช่วยให้เรามีจิตใจที่ดีขึ้น และพยายามจดจ่อกับการกระทำนั้น แล้วผู้เรียนจะพบว่า การลงมือทำบางสิ่งบางอย่างด้วยจิตที่ดีดีแล้ว และลงมือทำด้วยสติ จะเกิดผลให้รู้สึกปิติ มีความสุข และเห็นผลนั้นชัดเจนขึ้น กว่าที่ผ่านมา เริ่มรู้สึกพึงพอใจ มีกำลังใจ ที่จะลงมือทำต่อไป ดีกว่า ที่จะเสียพลังงาน และจิตใจไปกับความคิด วิตรกกังวลเพียงอย่างเดียว

หน้าที่ ๓ : ห้าขั้นตอนการแปลงปัญหาเป็นการลงมือทำ

เนื้อหา

ห้าขั้นตอนการแปลงปัญหาเป็นการลงมือทำ

๑. ทำความเข้าใจปัญหา ด้วยการถามว่า มันเป็นปัญหาอย่างไร
๒. แยกแยะประเด็นที่กังวลใจ ว่ามีอะไรบ้าง
๓. แต่ละประเด็นที่กังวลใจ ถามตัวเองว่า เราทำอะไรได้บ้าง

๔. รวบรวมสิ่งที่ทำได้ทั้งหมด จัดลำดับความสำคัญก่อน หลัง

๕. ชื่นชมตนเอง เมื่อได้ลงมือทำ

ให้ผู้เรียน ออกมาเปิดเผยเรื่องราวของตนเองที่สามารถแก้ไขปัญหาดตัวเองได้สำเร็จ ด้วยวิธีการดังกล่าว

หน้าที่ ๔ : แปลงปัญหาเป็นการลงมือทำ

เนื้อหา

ให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยน และช่วยกันแปลงปัญหาของตนเป็นการลงมือทำ ให้เราทำในส่วนที่เราทำได้อย่างเต็มที่ แต่ผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายอย่าง ที่เราควบคุมไม่ได้โดยตรง แต่เราก็สามารถทำทุกอย่างเพื่อให้ตัวเองกลับมามีความสุขจิตใจที่ดี มีความสุขได้เหมือนเดิม

ประเด็นที่กังวลใจ	สิ่งที่ทำได้
๑. สรุปปัญหาที่ทำให้เครียด ๒. เรียบเรียงความกังวลใจ ๓. ถามตัวเองว่าทำอะไรได้บ้าง ๔. จัดลำดับความสำคัญ ๕. ชื่นชมภูมิใจ	

หน้าที่ ๕ เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง

บทที่ ๑๐ จัดการความขัดแย้ง

หน้าที่ ๑ : จัดการความขัดแย้ง

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็จะพบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หน้าที่ ๒ : รู้จักตัวเองเพื่อจัดการความขัดแย้งอย่างเหมาะสม

เนื้อหา

ความขัดแย้งเป็นเรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน แต่ละคนคิดต่างกัน มีวิธีติดต่อพูดคุยไม่เหมือนกันประเด็นสำคัญในเรื่องนี้ ไม่ได้อยู่ที่การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความขัดแย้ง แต่อยู่ที่การรู้จักจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เราจะจัดการแก้ไขความขัดแย้งได้ดี ถ้ารู้จักและเข้าใจตนเองว่าปัญหาที่เกิดขึ้น เกี่ยวข้องกับเราในบทบาทหน้าที่ใด เพื่อจะได้กำหนดจุดยืน และบทบาทของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เราไม่ควรปล่อยให้ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นลุกลามไปกระทบกับเรื่องอื่นๆ เช่น หากมีความขัดแย้งที่ทำงาน ก็ไม่ปล่อยให้อารมณ์ค้างมาลงกับคนในบ้าน เป็นต้น

การจัดการกับความขัดแย้งที่ดี ควรเริ่มต้นที่ การรู้จักตัวเอง โดยเฉพาะการรู้ว่าตนเองมีวิธีติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้อื่นแบบไหน และวิธีที่ใช้นั้นเป็นปัญหาให้เกิดความขัดแย้งหรือไม่ อย่างไร และควรปรับปรุงตัวเองอย่างไร เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

หน้าที่ ๓. : ๔ รูปแบบที่พบบ่อย

๑. ยอมตามคนอื่น
๒. ยึดติดเหตุผล
๓. กล่าวโทษผู้อื่น
๔. เฉลไถเลียงปัญหา

ผู้วิจัย สอบถามผู้เรียน ในประเด็น

มีใครเป็นคนชี้เกรงใจบ้าง อาการของความเกรงใจเป็นอย่างไร ที่ผ่านมาเป็นปัญหาบ้างหรือไม่ คนรอบข้างเคยบ่นเกี่ยวกับตัวเราว่าอย่างไร

มีใครเป็นคนชี้หุ้ดหิด ชี้โกรธ ชอบโทษผู้อื่นบ้าง อาการของความชี้หุ้ดหิด ชี้โกรธเป็นอย่างไรบ้าง ที่ผ่านมาเป็นปัญหาต่อความสัมพันธ์บ้างหรือไม่ คนรอบข้างเคยบ่นเกี่ยวกับตัวเราว่าอย่างไร

มีใครเป็นคนคิดและทำอะไรเป็นเหตุเป็นผล จนหลายครั้งละเลยความรู้สึกของคนรอบข้างและตัวเองบ้างหรือไม่การเป็นเหตุเป็นผลมีผลเสียอย่างไรในความสัมพันธ์ คนรอบข้างเคยบ่นเกี่ยวกับตัวเราว่าอย่างไร

มีใครชอบพูดหลบเลี่ยง เฉลไฉ โดยอาศัยการพูดตลกโปกฮาบ้าง อาการเฉไฉเป็นอย่างไร ส่งผลเสียแค่ไหนในความสัมพันธ์ คนรอบข้างเคยบ่นเกี่ยวกับตัวเราว่าอย่างไร

หน้าที่ ๔ : แบบที่ ๑ สมยอม ขี้เกรงใจ ปฏิเสธไม่เป็น

เนื้อหา

วิธีติดต่อกับผู้อื่นที่พบบ่อยในแบบที่ ๑ คือ สมยอม ขี้เกรงใจ คนที่ใช้วิธีการนี้ในการติดต่อกับผู้อื่น มักจะเป็นฝ่ายยอมตามผู้อื่น ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้อื่น จนมักมองข้ามความต้องการของตนเอง ปฏิเสธไม่เป็น ขี้เกรงใจ เวลาเกิดปัญหา ก็มักจะโทษขอโพยคนอื่น ทั้งที่ตัวเองอาจจะไม่ได้ผิด หากมีลักษณะนี้มากๆ จะเป็นคนโลเล ไม่เป็นตัวของตัวเอง ถูกชักจูงง่าย ข้อดีของคนกลุ่มนี้คือ มักเข้าอกเข้าใจคนอื่นดี คนขี้เกรงใจจะให้ความสำคัญกับคนอื่นและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละเลยความต้องการของตนเอง

หน้าที่ ๕ : แบบที่ ๒ กล่าวโทษผู้อื่น เจ้าอารมณ์ เอาตนเองเป็นที่ตั้ง

เนื้อหา

วิธีติดต่อกับผู้อื่นที่พบบ่อย แบบที่สอง คือ กล่าวโทษ ตำหนิผู้อื่น คนที่ใช้วิธีการนี้ติดต่อกับผู้อื่น มักจะคาดหวังคนอื่นสูง ให้ความสำคัญกับความต้องการของตน หงุดหงิดและโกรธคนอื่นที่ไม่เป็นตามที่ตนหวัง ใช้คำพูดตำหนิเตือน ต่อว่า ทำให้คนอื่นถอยหนี และทำให้เขาารู้สึกโดดเดี่ยว ข้อดีของคนกลุ่มนี้คือ มักมีความเด็ดขาด กล้าตัดสินใจ คนกล่าวโทษจะให้ความสำคัญกับตนเอง และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละเลยความต้องการของผู้อื่น

หน้าที่ ๖ : ยึดติดกับเหตุผล ละเลยความรู้สึกตนเองและผู้อื่น

เนื้อหา

วิธีติดต่อกับผู้อื่นที่พบบ่อยแบบที่สาม คือยึดติดกับเหตุผล คนที่ใช้วิธีการนี้ติดต่อกับผู้อื่น จะให้ความสำคัญกับหลักการและเหตุผลละเลยเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกของคนที่เกี่ยวข้อง คนยึดติดกับเหตุผล จะให้ความสำคัญกับความจำเป็นของสถานการณ์ แต่ละเลยความต้องการ และความรู้สึกทั้งของตัวเองและผู้อื่น

หน้าที่ ๗ : แบบที่ ๔ เฉลไฉ เมินปัญหาปิดบังความรู้สึก

เนื้อหา

วิธีติดต่อกับผู้อื่นที่พบบ่อยแบบที่สี่ เฉลไฉ เมินปัญหาปิดบังความรู้สึก คนที่ใช้วิธีการนี้ติดต่อกับผู้อื่น มักทำตัวเฉไฉ ไหลเรื่อย สนุกสนานตลกโปกฮา ไม่เอาเรื่องเอาราว มองอะไรก็ไม่เห็นเป็นปัญหา เบี่ยงเบน และเปลี่ยนความสนใจบ่อย เพื่อเลี่ยงจากเรื่องที่ทำให้เครียดปิดบังความรู้สึกภายใน โดยทำตัวสนุกสนาน สนใจเรื่องอะไรเพียงระยะสั้น แต่ภายในใจอาจเต็มไปด้วย

ความทุกข์ที่เจ้าตัวไม่รู้ก็ได้ คนเฉไฉจะหลีกเลี่ยงจากปัญหา ละเลยทั้งสถานการณ์ความจำเป็น ละเลยความต้องการและความรู้สึกของทั้งตัวเองและผู้อื่น

ผู้วิจัย ถามผู้เรียน ว่ามีใครคิดว่าตนมีแนวโน้มใช้วิธีสมยอม เกรงใจคน มีใครมีแนวโน้มใช้วิธีกล่าวโทษ ตำหนิ มีใครมีแนวโน้ม ใช้วิธียึดติดกับเหตุผล มีใครมีแนวโน้ม ใช้วิธียึดติดกับเหตุผล มีใครมีแนวโน้มใช้วิธีเฉไฉหนีปัญหา ให้แลกเปลี่ยนกันว่าจะอะไรทำให้ แต่ละคนคิดว่าตนใช้วิธีนั้นๆ

หน้าที่ ๘ : แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

รูปแบบที่ ๑ : สมยอม ขี้เกรงใจ ➡ ให้แสดงความรู้สึกและจุดยืนของตนเอง
เนื้อหา

วิธีแก้ไขความขัดแย้งที่ดี คือ ใส่ใจในตัวเรา ตัวเขา และสถานการณ์ ดังนั้น ในคนที่สมยอม ขี้เกรงใจ ซึ่งมักละเลยความรู้สึกและความต้องการของตนเอง จึงควรเน้นการตอบสนองความต้องการของตนเองให้มากขึ้น รู้จักดูแลและเอาใจใส่ ในความต้องการของตนเอง รู้ความต้องการสามารถแสดงความต้องการ และจุดยืนของตนเองให้ได้ดีขึ้น “ควรรู้จักปฏิเสธ เมื่อตนไม่ต้องการทำอะไร และรู้จักขอความช่วยเหลือ เมื่อต้องการให้คนอื่นช่วยทำอะไร ”

หน้าที่ ๙ : แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

รูปแบบที่ ๒: กล่าวโทษผู้อื่น ➡ รับฟัง ใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น
เนื้อหา

ในคนที่กล่าวโทษผู้อื่น มักละเลยความรู้สึกและความต้องการของคู่กรณี จึงควรเน้นการตอบสนองโดยการมองจากมุมมองของผู้อื่น ฝึกยอมรับผู้อื่น ยอมรับความแตกต่าง หมั่นสำรวจความคาดหวังที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะกับคนที่เกี่ยวข้อง ใส่ใจอารมณ์ ความรู้สึกของคนรอบข้างให้มากขึ้น “ควรฝึกแสดงความชื่นชมคนอื่นให้มากขึ้น”

หน้าที่ ๑๐ : แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

รูปแบบที่ ๓ : ยึดติดเหตุผล ➡ คำนึงถึงความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น
เนื้อหา

ในคนที่ยึดติดเหตุผล มักละเลยความรู้สึกและความต้องการของทั้งตัวเอง และคู่กรณี จึงควรฝึกสำรวจของตัวเองเป็นประจำ ถามตัวเองบ่อยๆ ว่า ขณะนี้ตนรู้สึกอย่างไร

เพื่อให้สามารถสัมผัสกับอารมณ์ความรู้สึกของตัวเองได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ฝึกใส่ใจความต้องการของคนอื่นควบคู่กันไป

“ควรเรียนรู้ และทำความเข้าใจเรื่องอารมณ์ความรู้สึกให้มากขึ้น”

หน้าที่ ๑๑ : แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

รูปแบบที่ ๔ : เฉไฉ ➡ เผชิญหน้ากับปัญหา หาที่ปรึกษาที่ดี
เนื้อหา

ในคนที่เฉไฉ เนื่องจากมักจะหลีกเลี่ยงปัญหา ใช้การเฉไฉกลบเกลื่อนความไม่สบายใจ จึงควรหัดหันหน้ามาเผชิญปัญหาให้ดีขึ้น โดยเริ่มต้นจากเรื่องง่ายๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ควรระวัง

ความคิดที่วิ่งเร็วเปลี่ยนเรื่องบ่อย ให้ทำอะไรซ้ำๆ ทีละเรื่อง มีคนที่ไว้วางใจคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ

หน้าที่ ๑๒ แกไขความขัดแย้งที่ดี หาจุดลงตัวจากสามมุมมอง เรา เขา สถานการณ์

เนื้อหา

การแก้ไขความขัดแย้งที่ดี คือ การหาจุดลงตัวระหว่างตัวเรา ตัว เขา และสถานการณ์
ความจำเป็น สามารถมองได้ทั้ง สามมุม

ให้ผู้เรียน ยกตัวอย่าง สถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจริง ในชีวิตประจำวัน และเสนอ
ข้อคิดเห็นในการแก้ไข เพื่อจัดการความขัดแย้งให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

หน้าที่ ๑๓ เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตของเราเอง

ผู้วิจัย ได้อธิบายเรื่อง การเจริญเมตตา เพื่อความเป็นที่พอใจ และเป็นประโยชน์
หลีกเลี่ยงกันขัดแย้ง และเมื่อมีการขัดแย้งเกิดขึ้น ก็จะมีสติ ได้คิดพิจารณา ด้วยอารมณ์ ที่สงบ และ
ปัญญาที่ผ่องใส ทุกครั้งต่อไป

บทที่ ๑๑ เกิดมาทำไม

หน้าที่ ๑ เกิดมาทำไม

เนื้อหา

ผู้วิจัย ถามผู้เรียน ว่า คนเราเกิดมาทำไม ทุกวันนี้อยู่เพื่อใคร ?

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูก
กำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็จะพบว่า บทที่เราเล่นมี
ทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วน
ไหนที่ยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หน้าที่ ๒ : เกิดมาทำไม

เนื้อหา

ผู้วิจัย เปิดประเด็น ถามผู้เรียน ว่า คนเราเกิดมาทำไม ทุกวันนี้อยู่เพื่อใคร ? เรามีชีวิต
อยู่เพื่ออะไร ? อะไรสำคัญที่สุดในชีวิตของคุณ ? และกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เกิดการแลกเปลี่ยน ให้แต่
ละคนสรุปออกมา

ผู้วิจัย สรุปประเด็นคำตอบที่ได้ คำตอบที่พบคือ เพื่อลูก เพื่อครอบครัว เพื่อเงิน เพื่อหา
ความสุข ชดใช้กรรม สะสมบุญ ไปพบพระเจ้า ไม่ทราบ สืบเผ่าพันธุ์

ผู้วิจัย ถามผู้เรียนว่า หากว่า วันนี้ต้องบอกรักคน ๕ คน จะบอกใครบ้าง เรียงตามลำดับความสำคัญ

ผู้วิจัย สรุปประเด็นคำตอบที่ได้ พ่อแม่ ภรรยาหรือสามี ลูกหลาน เพื่อนบ้าน และตัวเอง รักตัวเองสำคัญที่สุด บางทีการไปยึดมั่นในขั้น ๕ คือ รูปนาม ของผู้อื่นมากเกินไป เราก็เกิดทุกข์มาก เพราะว่าไม่สามารถควบคุมชีวิตคนอื่นได้ ให้เขา เป็นอย่างนั้นตลอดเวลา ไม่ได้ เพราะชีวิตนี้มันไม่เที่ยง สิ่งเกิดที่ลมหายใจ เข้า และออกของเราเองว่า เราเองก็ไม่สามารถควบคุมได้ ทุกคนยอมรับว่าจริง ดังนั้น หากการเจริญอานาปานสติ ทำให้เรามีความสุข สงบ รักตัวเอง และอยากมีชีวิตเพื่อให้ตัวเอง มีประโยชน์ มีความสุข เราก็เริ่มต้นที่ตัวเรา รักตัวเรา และเราจะรักผู้อื่นตามมา ในแนวทางของความรักที่เมตตา ไม่ยึดติด และเห็นแก่ตัว และคาดหวัง เมื่อไม่คาดหวัง เราก็ไม่ผิดหวัง เมื่อไม่เห็นแก่ตัว เราก็จะอิสระจากความทุกข์ ความกังวลที่ต้องห่วง ห่วง วิตกกังวลกับผู้อื่นต่อไป

หน้าที่ ๓ : ค้นหาสัจธรรม

ผู้วิจัย ให้ผู้เรียนทบทวน การปฏิบัติอานาปานสติ ที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับช่วงที่ก่อนเข้าโปรแกรมบำบัด จะเห็นว่าชีวิตตอนนี้ มีความสุขมาก

ผู้วิจัย สอนเรื่อง ทาน ในเรื่อง การให้ทั้งวัตถุ ความรู้ และอภัยทาน กับสมาชิกในครอบครัว หรือกับคนที่ขัดแย้ง บาดหมางกันมานาน จนทำให้สุขภาพจิตเสื่อม การเจริญอานาปานสติ ได้ทั้งศีลธรรม สมาธิ และปัญญา เมื่อมีสติ ก็มีการสำรวมกาย วาจา ใจ ไม่ให้เกิดปัญหาเบียดเบียนใคร ก็จะทำให้ชีวิตส่วนตัว และครอบครัว นั้นสุข สงบ ปัญหากระทบกระทั่งทั้งทั้ง กาย วาจา ใจ ก็จะค่อยๆ หมดไป ตามลำดับ

ดังนั้น เมื่อผู้เรียนได้ตระหนักว่าตนเองมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ก็จะสามารถจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การรักษาใจ ให้มีสุขภาพจิตดี ก็จะมีพบความสุข สงบ แบบมีสติอยู่ตลอดเวลา

ผู้วิจัยสรุปว่า หากทุกคนมีสุขภาพจิตดี มีความสุข สงบ ทุกคนก็จะตระหนักได้ว่าทุกคนมีพลังทางสติปัญญา เชิงสร้างสรรค์ด้วยตัวเอง ทุกคนจะเริ่มต้นดำเนินชีวิตใหม่ที่เปี่ยมด้วยพลัง มีความสุข ด้วยตัวคุณเองตามที่ได้ตั้งใจเอาไว้ แล้วชีวิตจะมีความสุข สนุกสนาน สดใส กว่าที่มัวแต่เลื่อนลอยเฝ้าฝันแบบลมๆแล้งๆ ที่ผ่านมา

หน้าที่ ๔ : เป้าหมาย หรือ ปลายทางของชีวิต

สมมติว่าท่านจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเพียง นับจากวันนี้ เมื่อท่านจากไป ท่านอยากให้แต่ละคนที่รู้จัก ระลึกถึงและพูดถึงท่านในลักษณะใด



เนื้อหา

ผู้วิจัย เปิดประเด็นว่า อีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเราจัดลำดับความสำคัญของสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้ คือ การสมมติว่าเราจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน (ให้แต่ละคน กำหนด ๑ ปี ๒ ปี ๕ ปี ๑๐ ปี ๒๐ ปี)

ต้องการให้บุคคลต่อไปนี้ ระลึกถึงและพูดถึงเราว่าอย่างไร (เน้นเฉพาะความต้องการของเรา ไม่ต้องกังวลว่าเขาจะพูดหรือไม่)

หน้าที่ ๕ : สิ่งสำคัญในชีวิตคืออะไร

เนื้อหา

ผู้วิจัย ให้ผู้เรียนทบทวนคำตอบทั้งหมด ทำให้ผู้เรียนเริ่มเห็นชัดขึ้นว่า อะไรคือสิ่งสำคัญที่อยู่รอบตัวเขาขณะนี้ ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่เคยคิดถึงเรื่องนี้ มักใช้ชีวิตไปวันๆ ด้วยความประมาท จึงทำให้เรื่องที่สำคัญบางเรื่องได้หายไปจากชีวิต กลายเป็น ความทุกข์ และมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น การที่ผู้เรียนได้ทบทวนในเรื่องดังกล่าว จะเป็นการช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ การตระหนัก และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพัฒนาตัวเองสู่เป้าหมายในชีวิต ด้วยความไม่ประมาท และมีความสุขที่ล้ำค่า กับสิ่งที่สำคัญต่างๆ ในชีวิต โดยสามารถจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไข และพัฒนา ของสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น

มีหลักคิดอยู่ว่า หาก คิด สิ่งใด แล้ว ทุกข์ ให้หยุดคิด หากพูดสิ่งใด แล้ว ตัวเองก็ทุกข์ ผู้อื่นก็ทุกข์ ก็หยุดพูด หรือ หากทำสิ่งใดแล้ว ตัวเองก็ทุกข์ ผู้อื่นก็ทุกข์ ให้หยุดการกระทำนั้นเสีย ให้คิดทบทวน สิ่งที่เป็นประโยชน์ สิ่งที่เป็นความสุข และมีเมตตา เอื้อเฟื้อเกื้อกูลต่อกันในครอบครัว ชุมชน ชีวิตที่อยู่แบบมีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญต่อตัวเอง และต่อโลกใบนี้ “โลกนี้หมุนตามจิต หากจิตใจดี โลกก็ดี”

หน้าที่ ๖: ใช้เวลาอย่างมีจุดหมายตามสิ่งสำคัญในชีวิต

เนื้อหา

หากเราต้องการปรับปรุงการใช้เวลาให้ดีขึ้น เพิ่มเวลาในการทำสิ่งที่สำคัญน้อยกว่า ให้น้อยลง ท่านคิดว่า ท่านต้องการลดการทำอะไรให้น้อยลง และต้องการทำอะไรให้มากขึ้น พร้อมปรับปรุงการใช้เวลา เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งสำคัญในชีวิต

ผู้วิจัย ได้อธิบายเรื่องประโยชน์ของการเจริญอานาปานสติ การสวดมนต์ ไหว้พระ การออกกำลังกายแบบโยคะด้วยลมหายใจ วันละ ๒ ชั่วโมง อย่างตั้งใจทุกเช้า และก่อนนอน และการพยายามเจริญอานาปานสติเมื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สุขภาพจิตใจ ร่างกายของผู้ป่วย ความเข้มแข็งทางใจ ความสุข สงบ มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

หน้าที่ ๗ : เราควรมีภาพในระยะยาว ในบทบาทของผู้กำกับชีวิตที่มีความสุขของเราเอง

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

บทที่ ๑๒ ความสุขที่พอเพียง

หน้าที่ ๑: ความสุขที่พอเพียง

เนื้อหา

คนเราทุกคนต้องการความสุข อยากหนีความทุกข์ แต่ชีวิตคนเราเหมือนตัวละครที่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยแต่ละคนมักจะเล่นบทเดิมๆ ซ้ำๆ ซึ่งหากพิจารณาดีๆ ก็พบว่า บทที่เราเล่นมีทั้ง “ส่วนที่เป็นประโยชน์” และ “ส่วนที่ไม่เป็นประโยชน์” มีทั้งส่วนที่เรา “ชอบ” และ “ไม่ชอบ”

วันนี้ ลองกำกับชีวิตของเราให้เป็นไปอย่างที่ต้องการ โดยเริ่มจากการทบทวนว่ามีส่วนไหนที่อยากเปลี่ยนใหม่ให้ดียิ่งขึ้น และมีส่วนไหนที่คิดว่าดีแล้ว อยากเก็บรักษาไว้ต่อไป

หน้าที่ ๒ : ความสุขของฉัน

เนื้อหา

ผู้วิจัย เปิดประเด็น ด้วยการตั้งคำถามว่า

ทุกวันนี้ ชีวิตมีความสุขดีอยู่หรือไม่

สุขมากหรือสุขน้อย ความสุขเกิดจากอะไร จากนั้นให้ผู้เรียน ได้นึกถึงกิจกรรมความสุขของแต่ละคน โดยแบ่งออกเป็น

๑. ความสุขในบ้าน

๒. ความสุขในที่ทำงาน

๓. เวลาที่อยู่กับเพื่อน

๔. เวลาที่อยู่ตามลำพัง

๕. ความสุขที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาแก้ไขฟื้นฟูจิตใจ ๗ วันที่อุทยานแม่สรวงน้อย ตำบลแม่เหาะ อำเภอ แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๖.

หน้าที่ ๓ : ราคาความสุข

เนื้อหา

นักวิจัย มอบหมายให้ผู้เรียน ช่วยกันคิดค่าใช้จ่ายในกิจกรรมความสุขแต่ละกิจกรรม จนครบทุกรายการ และสรุปว่า ความสุขในชีวิตคนเรานั้น ต้องใช้เงินมากน้อยเพียงใด

หน้าที่ ๔ : ระดับของความสุข

เมื่อปัจจัย ๔ ครบถ้วน เมื่อพยายามหาเงินให้มาก จนกระทบชีวิตด้านอื่น มองเวลาทำงานเป็นเม็ดเงินที่ตอบแทนมาเท่านั้น

เนื้อหา

ผู้วิจัย ได้บรรยาย/อธิบาย เชื่อมโยงกับประสบการณ์ผู้เรียนในประเด็นความสุขกับเงินทองว่า

เงินนั้นสำคัญในการให้ความสุขในแง่ที่ว่า เวลาเราต้องการซื้อของใช้ ของรับประทาน อาหาร ขนม จ่ายค่ายา มีเงินเก็บ ไม่มีหนี้ หรือเงินทำบุญช่วยเหลือลูกหลาน เหล่านี้ เงินทำให้เรามีความสุข

แต่การหาเงินนั้น บางครั้งทำให้เราทุกข์มาก จากความยากลำบากนานาชนิด ที่จะได้เงินมา บางครั้งก็เป็นทุกข์กับการให้เขากู้ยืมเงิน หรือไปกู้ยืมเงินผู้อื่น แต่มีคนอีกเป็นจำนวนมาก เข้าใจว่าเงินคือความสุข การหาเงินเกินไป หรือ ผิดกฎหมาย จึงทำให้ความสุขในชีวิตหดหายลงไปได้ ถึงขั้นทุกข์ใจ หรือเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต คิดฆ่าตัวตายเพราะเงิน กันมามากต่อมากแล้ว

เมื่อมาพิจารณากิจกรรมความสุข ๕ รูปแบบที่เสนอมาช้างต้น ซึ่งเป็นวิถีชีวิตของคนเราส่วนใหญ่ กลับไม่มีค่าใช้จ่ายเลย โดยเฉพาะ การเจริญอานาปานสติ ทานที่ที่เจริญ ความสุขสงบ ก็เกิดขึ้น ภายในจิตใจของเราทันที มีค่ามหาศาลมาก เมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ผ่านมาไม่ต่ำกว่า คนละ ๕ ถึง ๑๐ ปี

ดังนั้นเมื่อเรามีเวลาตอนนี้พิจารณาความสุขจากปัจจัย ๔ ที่เราต้องการปรารถนาแล้ว ความสุขก็ไม่ได้เพิ่มตามขึ้นมาเลย และหากการหาเงินของเรา ทำให้ชีวิตด้านอื่นๆ ได้รับผลกระทบด้านลบ เช่นสุขภาพเสื่อมโทรม ความสัมพันธ์เสียไป เงินที่เพิ่มขึ้น อาจจะต้องแลกกับความทุกข์ที่เพิ่มมากขึ้น หรือ แลกกับความสุขที่เหลือน้อยลงไป

ดังนั้น การจะมีชีวิตที่เป็นสุข จึงควรรู้จักใช้ชีวิตที่พอเพียง และเห็นความสำคัญของการหาเงินที่ทำให้ชีวิตเป็นสุขขึ้นมา และ ใช้จ่ายเงินทอง ให้เพียงพอกับเงินที่หามา

หน้าที่ ๕ : ความสุขที่พอเพียง

เนื้อหา

ผู้วิจัย สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดความสุขที่สำคัญยิ่งกว่าเงินทอง คือ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะกับคนรัก และครอบครัว การได้ทำงานที่ถนัด และพอใจในผลงาน และการได้อยู่ในชุมชนที่มีความไว้วางใจต่อกัน มีความสงบสุข ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

หน้าที่ ๖ : ความพอเพียง

เนื้อหา

คำว่า พอเพียง มีความหมายว่า พอมีกิน เศรษฐกิจแบบพอเพียง หมายความว่า ผลิตอะไร มีพอที่จะใช้ ไม่ต้องขอยืมคนอื่น อยู่ได้ด้วยตัวเอง แปลจากภาษาฝรั่งได้ว่า ให้ยืนบนขาตัวเอง หมายความว่า สองขาของเรายืนบนพื้นให้อยู่ได้ไม่หกล้ม ไม่ต้องไปขอยืมของคนอื่น เพื่อที่จะยืนอยู่ คำว่า พอ คนเราถ้าพอในความต้องการ มันก็มีความโลภน้อย พอเพียง อาจมีมาก อาจมีของหรูหราก็ได้ แต่ว่า ต้องไม่ไปเบียดเบียนคนอื่น

(พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ในโอกาสเสด็จประพาสพาราณสี ประเทศอินเดีย เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๑)

หน้าที่ ๗ : ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

ความสุขในชีวิตคนเราจะเกิดขึ้น เมื่อเราพอใจในอดีต มีความหวังในอนาคต และสุขได้ในปัจจุบัน

เนื้อหา

การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ประกอบด้วย ความพอใจในอดีต มีความหวังในอนาคต และมีความสุขได้ในปัจจุบัน

ความพอใจในอดีต เกิดขึ้นเมื่อเรารู้สึกภาคภูมิใจในสิ่งที่ได้ทำมา มองเห็นสิ่งดีๆ ในชีวิตที่คอยเกื้อหนุน และมีสำนึกขอบคุณสิ่งเหล่านั้น มองเห็นสิ่งดีๆ ในชีวิตที่คอยเกื้อหนุน และมีสำนึกขอบคุณสิ่งเหล่านั้น รู้จักอภัย เพื่อปล่อยวางเรื่องราวต่างๆ ให้ผ่านไป ไม่เก็บมารบกวนใจ

ความหวังในอนาคต อนาคตคือสิ่งที่ยังมาไม่ถึง และเราไม่อาจจะรู้ได้ แต่เราสามารถทำมันให้เกิดขึ้นได้เมื่อเรารู้จักมองโลกในแง่ดี มองปัญหาว่าจะผ่านพ้นไปได้ ไม่ตำหนิต่อว่าตัวเองจนรู้สึกด้อยค่า และจะไม่ปล่อยให้ปัญหาในชีวิตในชีวิตด้านหนึ่งมากระทบกับชีวิตด้านอื่นๆ

ความสุขในปัจจุบัน ขณะนี้เราสามารถสัมผัสได้ ด้วยการเจริญอานาปานสติ ทำให้เรารู้สึกผ่อนคลาย เบาสบาย ความเจ็บปวดเมื่อยล้าในร่างกายได้อันตรธานหายไป มีความสุขสงบทางใจ รับรู้กับปัจจุบัน และสิ่งที่มากระทบ ด้วยสติ มีสมาธิในการสื่อสาร และกระทำการต่างๆ รู้สึกมีพลังในชีวิตมากกว่าที่เคย สามารถหลบหนีโดยไม่ฝันร้ายอีกเลย เวลารับประทานอาหาร ก็รู้สึกถึงรสชาติ เห็นประโยชน์ในการมีชีวิตอยู่ด้วยความรัก ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แบ่งเบาภาระการทำงาน ดูแลตัวเองให้สะอาด สดชื่น สามารถสื่อสารทางบวก ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน ต่ำท้อ หรือ น้อยอกเสียใจกับคำพูดของใครๆ อีกเลย รู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย มีคุณค่า มีสติ ตลอดเวลา

ผู้วิจัย ได้เลือกประเด็นต่างๆ ที่ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ นำมาแลกเปลี่ยนการในกลุ่มผู้เรียน นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เหมือนกับมาฝึกที่สถานที่นี้ ตลอดทั้ง ๗ วัน และทำการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตคนอื่นๆ ต่อไป

หน้าที่ ๘ : เป็นผู้กำกับบทบาทชีวิตเราเอง

เนื้อหา

ผู้วิจัย สรุป ตลอด ๗ วันที่ผ่านมา

ผู้เรียนทุกคนประสบความสำเร็จ กับการแก้ไข พัฒนาจิตใจตัวเอง เป็นคนดี มีความสุข มีสุขภาพจิตที่ดี เป็นผู้ที่มีประโยชน์ และมีความรักความอบอุ่น ในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ในสังคม ขอให้แนะนำการเจริญอานาปานสติ ไปปฏิบัติตลอดเวลาทุกวัน ชีวิตจะประสบแต่ความสุข และไม่กลับมาป่วยอีก เพราะสามารถมีปัญญาในการแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้ง หรือ ความเครียดได้แล้ว สามารถปรับตัวได้ทุกสถานการณ์ ด้วยสติ และปัญญาที่ฝึกดีแล้ว ก็ขออนุโมทนาสาธุ กับทุกคน ที่ตั้งใจฝึกปฏิบัติตามผู้วิจย อย่างต่อเนื่อง จนเห็นผลสำเร็จในการรักษาสุขภาพจิตดี มีความสุข ได้กลับมาอีกครั้งในชีวิต และนำความรัก ความผาสุกมาสู่ครอบครัวใหม่อีกครั้ง

ภาคผนวก ฉ
โปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัดสำหรับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

โปรแกรมพุทธจิตสังคัมบำบัดสำหรับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กรณีศึกษา
โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
Buddhist based Psychosocial Therapy
For Mental Problem Patients

BPST คือ โปรแกรมการวิจัยทดลอง ในการรักษาทางจิตสังคัมขั้นสูง (Advanced Psychosocial Intervention) ที่ผสมผสานหลักพุทธธรรมและหลักจิตวิทยาตะวันตก โดยมีวิธีการรักษา คือ วิธีการรักษา แก่ไข ปรับปรุงจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ป่วยให้กลับสู่สภาวะสุขภาพจิตปกติ และมีความสุข โดยกระบวนการผสมผสานหลักพุทธธรรม อริยสัจ ๔ และการฝึกปฏิบัติ การเจริญอานาปานสติ (ทั้งสมถะ และวิปัสสนากรรมฐาน แนวสติปัฏฐาน ๔) เพื่อเจริญสมาธิ ให้เกิดความสงบ และจิตตั้งมั่น เข้มแข็งพอที่ เจริญ สติและปัญญา ให้รู้ทัน (กาย เวทนา จิต และธรรม) จนเห็นความทุกข์ ความไม่เที่ยง ความไม่มีตัวตน รู้ทัน ความคิด (มโนกรรม) คำพูด (วจีกรรม) และพฤติกรรม (กายกรรม) ที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ จนจิตสามารถอยู่กับปัจจุบันได้ จนสามารถพิจารณาเห็น ความเกิด ดับของความทุกข์ และสามารถ แก้ไขปัญหาความทุกข์ใจ สามารถพัฒนาศักยภาพทางจิตของตนให้สูงขึ้น ตามหลักอริยสัจ ๔ ร่วมกับ กระบวนการบำบัดรักษา การให้การปรึกษาและครอบครัวบำบัด เพื่อรักษาและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งทางจิตสังคัม (Psychosocial Crisis) ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental Problems and Mental Illness) จนผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ให้เหมาะสม โดยการผสมผสานแนวคิดและเทคนิค ของจิตบำบัดครอบครัว ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และ ทฤษฎีระบบ ให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการรักษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุดในการ กลับคืนสู่สภาวะสุขภาพจิตดี และมีความสุข อย่างยั่งยืน ในการดำเนินชีวิตต่อไป

ระยะเวลาของการบำบัด ๔๕ วัน หรือ ประมาณ ๖ สัปดาห์

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

๑. เพื่อบำบัดรักษา โรค/ และแก้ไขปัญหาวทางสุขภาพจิต เช่นภาวะเครียด (Stress) วิตกกังวล (Anxiety) ภาวะซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า (Depression/Depressive Disorder) และโรคทางจิต (Psychosis) ให้กลับคืนสู่สภาวะสุขภาพจิตปกติ และมีความสุข
๒. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัว สามารถนำเทคนิคและวิธีการเจริญอานาปานสติ (การเจริญทั้งสมถะและวิปัสสนากรรมฐาน ในแนวสติปัฏฐาน ๔ ไปใช้ในการรักษาแก้ไข พัฒนาจิตใจ จนสามารถเจริญ สติ และปัญญา ได้ ในการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งทางจิตสังคัม (Psychosocial crisis) ของตัวเองและครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ๒ ส่วน (โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน ๕ ท่าน ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ/ ประเมินอาการทางสุขภาพจิต ก่อน-หลัง การเข้าโปรแกรมบำบัด ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วย และประวัติการรักษา

ก. แบบประเมินผู้ป่วย โดยคัดกรองการประเมินทางคลินิกในจิตเวชศาสตร์ (Clinical Assessment in Psychiatric) จากแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลแม่สะเรียง ๔ ข้อ (ตามประวัติผู้ป่วย OPD Card)

๑.การสัมภาษณ์ทางจิตเวช (Psychiatric interview)

๒. ประวัติทางจิตเวช (Psychiatric history)

๓. การตรวจร่างกาย (Physical examination)

๔. การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)

๕. รวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาทางความขัดแย้งทางจิตสังคม ตามทฤษฎี ของเอริก ฮอมเบอร์เกอร์ แอริคสัน (Erik Homburger Erikson) นักจิตวิทยาคลินิก ที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการทางจิตสังคม ๘ ขั้น (The Eight Stages of Psychosocial Development in Erikson)

๓. แบบประเมินครอบครัว

แบบประเมินครอบครัว: Chulalongkorn Family Intervention (CFI) ๓๖ ข้อ

๒. แบบประเมินการปฏิบัติธรรม ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์เครื่องมือการสอบอารมณ์ของอาจารย์วิปัสสนาจารย์ ดร.บุญเลิศ โอภูสุ เพื่อปรับให้เข้ากับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

เครื่องมือ ที่ใช้สำหรับเป็นเครื่องมือทดลอง (Buddhist Psychosocial Intervention) ประกอบด้วย ๒ ส่วนคือ

๑. ด้านพุทธศาสนา

๑.๑ การฟังธรรม สวดมนต์ ไหว้พระ ก่อนการปฏิบัติธรรม ทุกเช้า และเย็น

๑.๒ การพัฒนาความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ร่วมกับการเจริญอานาปานสติ และ เรียนรู้เรื่องมรรคมีองค์ ๘ และการทำกลุ่มบำบัด การฝึกสัมผัสภาพเพื่อการบำบัด

๑.๒ การปฏิบัติอานาปานสติ ๗ วัน (ทั้งการฝึกด้านสมถะและวิปัสสนากรรมฐาน แนวสติปัฏฐาน ๔) ที่สถานปฏิบัติธรรม โดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้บำบัดและพระวิปัสสนาจารย์

สรุปขั้นตอนการปฏิบัติอานาปานสติ ๑๖ ขั้น โดยเปรียบเทียบกับกรรมฐานทั้ง ๒ ทั้งสมถะและวิปัสสนากรรมฐาน ในแนวสติกรรมฐาน ๔ หมวด

ขั้นที่	ขั้นตอนอานาปานสติกรรมฐาน	สติปัฏฐาน ๔	ลักษณะที่ปรากฏในกรรมฐาน ๒
	ไม่มีการบริกรรม แต่ปฏิบัติเริ่มแรกด้วยการหายใจเข้าออกแบบนับคู่ เมื่อชำนาญดีแล้ว ให้ รู้ลมหายใจเข้าออก โดยฝึกจาก โดยเริ่มจาก ๑๐ ๑๕ ๒๐ ๒๕ ๓๐ นาที		

	เป็นลำดับ มีทั้งการนั่งสมาธิ เดินจงกรม ๖ ระยะ กำหนดอิริยาบถน้อยใหญ่		
๑. ๒. ๓. ๔.	รู้ลมหายใจเข้าออก – ยาว รู้ลมหายใจออก – สั้น กำหนดรู้กองลมทั้งปวง ระงับกายสังขาร	กายานุปัสสนา	สมณะล้วน
๕. ๖. ๗. ๘.	กำหนดรู้ปิติ กำหนดรู้สุข กำหนดรู้จิตสังขาร ระงับจิตสังขาร	เวทนานุปัสสนา	สมณะร่วมกับวิปัสสนา
๙. ๑๐. ๑๑. ๑๒.	กำหนดรู้จิต ทำจิตให้บันเทิง ตั้งจิตมั่น เปลื้องจิต	จิตตานุปัสสนา	สมณะร่วมกับวิปัสสนา
๑๓. ๑๔. ๑๕. ๑๖.	เห็นความไม่เที่ยง (ของรูป นาม ชันธ ๕) เห็นความคลายออก เห็นความดับไป เห็นความสละคืน	ธัมมานุปัสสนา	วิปัสสนาล้วนๆ

๒. ด้านจิตวิทยาตะวันตก

๒.๑ จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว (Family Therapy and Family Counseling)

๑. สุขภาพจิตศึกษา (Mental Education) จิตสังคมศึกษา (Psychosocial Education) ด้วยแบบการสร้างพลังใจ และแบบสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ อุปกรณ์สำเร็จรูปจากกรมสุขภาพจิต

รูปแบบการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพุทฺธจิตสังคมบำบัด เป็นโปรแกรมพุทฺธจิตสังคมบำบัด ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ๒ ส่วนใหญ่ๆ คือ

๑. การบำบัดทางจิตตะวันตกก่อน ๔ สัปดาห์ โดย

เป็นการบำบัดแบบการให้การปรึกษาและครอบครัวบำบัด ประมาณ ๔ สัปดาห์ ๒ สัปดาห์แรกทำการประเมินปัญหา ผู้ป่วยและครอบครัว ๒ สัปดาห์หลังทำการบำบัดทางจิต ด้วยลงไปเยี่ยมบ้าน และการนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำจิตสังคมบำบัด จิตบำบัดที่บ้าน (home-based family therapy)

๒. การบำบัดทางพุทฺธ ๑ สัปดาห์

อาทิตย์ที่ ๕ ฝึกปฏิบัติการปฏิบัติธรรม ด้วยการฝึกปฏิบัติ อานาปานสติ (การเจริญสมาธิ-วิปัสสนากรรมฐาน แนวสติปัฏฐาน ๔) ที่สถานปฏิบัติธรรม ในอำเภอแม่สะเรียง จำนวน ๑ ครั้ง ๗ วัน ทำการประเมินผล

อาทิตย์สุดท้าย ทำการประเมินผลผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมบำบัดในครั้งนี้ ๑๐ คน/ พร้อมครอบครัว รวม ๒๐-๓๐ คน

ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในช่วงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด โดยได้รับการรักษาทางยา และการทำจิตบำบัด และการเจริญอานาปานสติ ๗ วัน (สมาธิและวิปัสสนากรรมฐาน ในแนวสติปัฏฐาน ๔)

การเตรียมผู้รับการบำบัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพุทฺธจิตสังคมบำบัด

๑. ทำการศึกษาบริบทของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายพบว่าที่อำเภอแม่สะเรียงมีอัตราผู้ป่วยสูงที่สุด

๒. ประสานงานกับจิตแพทย์ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ตามโปรแกรม

๓. ทำหนังสือถึงมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เพื่อทำหนังสือแจ้งโรงพยาบาลแม่สะเรียง ในการขออนุญาตทำการวิจัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๔. ทำหนังสือขออนุญาต ศึกษาวิจัยทดลองในคน เพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ตามหลักจริยธรรมในการวิจัยในคน

๕. ขอรับการชี้แนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน เพื่อนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีประสิทธิภาพที่สุดในการรักษาบำบัด

๖. การแนะนำตัว ผู้บำบัดแนะนำตัวกับกลุ่มผู้รับการบำบัด ชี้แจงถึงความเป็นมาของ โปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงขั้นตอนการบำบัด และ ระยะเวลาการบำบัด

๗. การคัดเลือกผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มารับการ รักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง โดยจะมีอาการของภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า มีความคิด ฆ่าตัวตาย และปัญหาโรคจิต มีอายุระหว่าง ๑๕ ถึง ๘๐ ปี มีความสนใจ และสามารถเข้าร่วม โปรแกรมพุทธจิตสังคมบำบัด ตลอดเวลา ๔๕ วันได้ ไม่มีอาการของโรคทางจิตเภทที่รุนแรง

๓.๑ ซักประวัติ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประวัติครอบครัว ประวัติพัฒนาการ ประวัติ การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ตามการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ ใน OPD card และสอบถาม ความสนใจ ความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดประเมินสภาวะจิตสังคม และการประเมินสุขภาพจิต การประเมินครอบครัว และการประเมินการปฏิบัติธรรม ก่อน และหลัง การเข้าโปรแกรม การ วินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์

๓.๒ ตกลงบริการ และการนัดหมาย เพื่อเข้าโปรแกรมบำบัด ตามตาราง

ระยะที่ ๑. เป็นระยะต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้ ใจกว้างใจ และต้องการแก้ไขปัญาสุขภาพจิต และความขัดแย้งทางจิตสังคม ของตนเอง

๑.)เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกร่วมมือในการบำบัดรักษาและ เปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้น

๒.)วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวงจร แห่งปฏิสัมพันธ์

๓.)แก้ปัญหาความขัดแย้งเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงและวุ่นวาย เดือดร้อนเกินไป แต่ให้มีความสงบพอที่จะร่วมมือ กับแก้ไขปัญา หรือฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็น ในการบำบัดรักษาในระยะต่อมา การนัดพบครอบครัวในระยะนี้จะสัปดาห์ละ ๑ ถึง ๒ ครั้ง ดังมี รายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑.๑ สร้างความสัมพันธ์ในการรักษา (Therapeutic relationship)

๑.๑.๑ สสำรวจปัญหา

๑.๑.๒ ประเมินข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วย

๑.๑.๓ ประเมินปัญหาความขัดแย้งทางจิตสังคม

๑.๑.๔ วินิจฉัยกรองโรคทางจิตเวช

๑.๑.๕ ประเมินอันตรายต่อชีวิต

๑.๒ การจัดการความคิด : ตั้งคำถามและพูดคุยเพื่อตรวจสอบและท้าทายความคิด ความเชื่อของผู้รับบริการ

ละส่งเสริม ให้คิดตามแบบพุทธศาสนา การรู้จักคิด หรือคิดเป็น รู้จักมอง รู้จักพิจารณา (ด้วยโยนิโสมนสิการ) และความรู้สึก แนวคิดอธิบายว่า ความคิดของตนมีผลต่ออารมณ์ คำพูด การแสดงออก เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกโยนิโสมนสิการ รู้จักคิด รู้จักมองเห็นและหาแง่ที่เป็นประโยชน์มาใช้ในการ พัฒนาส่งเสริมความเจริญงอกงามของชีวิตได้ตลอดเวลาทุกสถานการณ์

๑.๓ แยกแยะปัญหาของผู้ป่วยที่มีอยู่ และการจัดการแก้ไขปัญา

๑.๔ . พิจารณาทางเลือก (ด้วยกระบวนการบำบัด)

๑.๕ ในระยะนี้เป็นปัญหา และอาการทางสุขภาพจิต ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว เวลาส่วนใหญ่จะเป็นการฝึกการเจริญสติพื้นฐาน ๔ และแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก หรือปัญหาจิตสังคมที่วิกฤติในช่วงวัยที่ผ่านมา ในตอนท้ายของระยะนี้ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้น และมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงพบผู้บำบัดทุก ๕ วัน เพื่อรับการปรึกษา และชี้แนะการฝึกปฏิบัติ

ระยะที่ ๒ ระยะกลาง

๒.๑ เตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าโปรแกรมฝึกปฏิบัติทางจิต โดย ผู้บำบัดอธิบายความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุการเกิดขึ้น ปัญหาวิกฤติทางจิตสังคม และการทำจิตสังคัมบำบัด แนวพุทธศาสตร์ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักแนวความคิดการบำบัดแบบ พุทธจิตสังคัมบำบัด หรือ BPST (BPST เป็นกระบวนการบำบัดโดยความร่วมมือของผู้บำบัดและผู้ป่วย และท้ายที่สุดผู้บำบัดพัฒนาผู้ป่วยให้เป็นผู้บำบัดตัวเอง คือ สามารถ พิจารณารูป นาม ชันธ ๕ ของตัวเอง ในการเจริญสติพื้นฐาน รู้ ในกาย เวทนา จิต และ ธรรม) เห็นความเกิดดับ ความเป็นทุกข์ ไม่เที่ยง และอนัตตา คือความไม่มีตัวไม่มีตน)

๒.๒ . ดำเนินการแก้ปัญห ช่วยให้เกิดความหวังและกำลังใจจากความสำเร็จ โดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นที่ชัดเจน ทำทีละขั้น บันทึก

๒.๓ ฝึกปฏิบัติทางจิต การเจริญอานาปานสติ (การปฏิบัติสมาธิ-วิปัสสนากรรมฐานตามแบบสติปัฏฐาน ๔) ๗ วันที่สถานปฏิบัติธรรม เพื่อพัฒนา จิตใจให้สงบ มีความสุข ตั้งมั่นด้วยสมาธิที่ฝึกดีแล้ว และพร้อมที่จะเจริญ สติ และปัญญา ในการระลึกรู้ต่อความเป็นจริงของชีวิต พิจารณา ใน กาย เวทนา จิต และธรรม เห็นความไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ไม่สามารถบังคับบัญชาได้ จนจิตคลายความยึดมั่นในอุปาทานชันธ ๕ และเกิดความรักตัวเอง มีเมตตา เข้าใจในตัวเอง และผู้อื่น จนสามารถพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น อยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้ ด้วยหลักของทาน ศีล สมาธิ ปัญญา จนสามารถมีความสุข และบรรลุถึงความมีสุขภาพจิตดีอย่างยั่งยืนต่อไป

ระยะที่ ๓ ระยะสุดท้าย (๑ สัปดาห์)

ประเมินผล ติดตาม ซึ่งในระยะนี้ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้น และแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้งระหว่างกันได้มากขึ้น

ผู้บำบัดจะเริ่มนัดผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการยุติการทำจิตบำบัด ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง ทำการประเมินพร้อมกับทีมสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จะมีการประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไข ปัญหา ที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ ดังมีรายละเอียด ขั้นตอนย่อยดังนี้ คือ

๓.๑ ประเมินผล

๓.๑.๑ แก้ไขภาวะขัดแย้งได้ในแต่ละขั้นตอน (Resolved conflicts)

๓.๑.๒ บุคลิกภาพมั่นคง ที่พึงประสงค์

๓.๑.๓ การประเมินผลทางสุขภาพจิต การประเมินครอบครัว และการประเมินผลการปฏิบัติธรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้านการประเมินผลการเข้าโปรแกรม และการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ด้านสุขภาพจิตเป็นปกติ และ มีความสุข

๓.๑.๔ ประเมินผลเชิงคุณภาพ ความพึงพอใจในการเข้ารับการบำบัด

๓.๑.๕ ยุติการบำบัด ส่งต่อให้กับทีมโรงพยาบาล เพื่อการพิจารณาการรักษาโดยจิตแพทย์ ที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยต่อไป

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
1.1.1 พัฒนาศักยภาพ/รูปแบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย	1.1.1.1 จำนวน Promotion Program ที่เพิ่มปัจจัยปกป้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และ Prevention Program ที่ลดปัจจัยเสี่ยงตามปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน (เป้าหมายสะสม)	2 เรื่อง	4 เรื่อง	6 เรื่อง	9 เรื่อง	12 เรื่อง	- พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการดูแลตนเองทุกกลุ่มวัย - พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว - พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกกลุ่มวัย - พัฒนาโปรแกรมป้องกันความรุนแรงในทุกกลุ่มวัย - พัฒนาโปรแกรมการสร้างความสุขของประชาชนวัยทำงาน - พัฒนาโปรแกรมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย - พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ - พัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานแก้ไขปัญหสุขภาพจิต โดยเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย - พัฒนาชุดบริการ (Package) การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยร่วมกับภาคีเครือข่าย
	1.1.1.2 จำนวนนวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานแก้ไขปัญหสุขภาพจิต โดยเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย (เป้าหมายสะสม)	-	1 เรื่อง	-	2 เรื่อง	3 เรื่อง	

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในส่วนแผนพัฒนาศูนย์บริการและสิ่งอำนวยความสะดวก ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

7

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
1.1.2 สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย	1.1.2.1 ร้อยละของอำเภอที่มีตำบลจัดการสุขภาพมีการดูแล เฝ้าระวังและบูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตตามประเด็นสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มวัยร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	- พัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - สนับสนุนให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลทางสังคมจิตใจในประชาชนทุกกลุ่มวัย และกลุ่มเสี่ยงในระบบบริการปฐมภูมิ - พัฒนาระบบติดตาม การเสริมพลัง (Coaching, Mentoring, Regulate) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพจิต/ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และพัฒนาฐานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตที่สามารถผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะในพื้นที่
	1.1.2.2 ร้อยละของพื้นที่ที่มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในเขตสุขภาพ (เป้าหมายสะสม) - ระดับตำบล - ระดับอำเภอ - ระดับจังหวัด	ร้อยละ 10 ร้อยละ 20 -	ร้อยละ 20 ร้อยละ 25 -	ร้อยละ 30 ร้อยละ 30 -	ร้อยละ 40 ร้อยละ 35 ร้อยละ 15	ร้อยละ 50 ร้อยละ 40 ร้อยละ 20	
	1.1.2.3 จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตที่สามารถผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะในพื้นที่ (เป้าหมายสะสม)	-	-	1 เรื่อง	-	2 เรื่อง	

8 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในส่วนแผนพัฒนาศูนย์บริการและสิ่งอำนวยความสะดวก ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
1.1.3 พัฒนากลุ่มเป็น ศูนย์สุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐานด้านการ ส่งเสริมสุขภาพจิต และ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1.1.3.1 ร้อยละของศูนย์สุขภาพจิต ที่พัฒนาตามมาตรฐานการ ดำเนินงานของศูนย์สุขภาพจิต ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต (เป้าหมายสะสม) - ผ่านระดับ 3 - ผ่านระดับ 2 - ผ่านระดับ 1	ร้อยละ 100 - -	- ร้อยละ 80 -	- ร้อยละ 100 -	- - ร้อยละ 50	- - ร้อยละ 100	1. สนับสนุนให้ศูนย์สุขภาพจิตพัฒนาองค์กร ระบบการบริหารจัดการ และมาตรฐาน ทางด้านวิชาการสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับ มาตรฐานที่กำหนด 2. ประเมิน กำกับ ติดตามการพัฒนาและการ รักษาระดับคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ของศูนย์สุขภาพจิตด้านส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยมี หน่วยงานกลาง (Certification body) รับรอง

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 9

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ : 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2564
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน 1. โรคจิต 2. โรคซึมเศร้า 3. Autistic 4. ADHD	ร้อยละ 67 ร้อยละ 60 ร้อยละ 10 ร้อยละ 10	ร้อยละ 74 ร้อยละ 70 ร้อยละ 15 ร้อยละ 15
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	ร้อยละ 93	ร้อยละ 94
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามเฝ้าระวังด้านจิตใจ อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือจนกว่าจะหมดความเสี่ยง	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.1.1 บูรณาการระบบ การดำเนินงานสุขภาพจิต เข้ากับระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ	2.1.1.1 ร้อยละของหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิที่มีการให้บริการ สุขภาพจิตที่มีคุณภาพ (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	1. จัดบริการแบบบูรณาการสำหรับกลุ่มเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพจิต/ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต/ ผู้เจ็บป่วยทางจิตทุกกลุ่มอายุและครอบครัว 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพกาย ร่วมกับสุขภาพจิต 3. สนับสนุนและผลักดันให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในตำบลจัดการสุขภาพร่วมกันดูแลสุขภาพจิต ประชาชนภายใต้มาตรฐานการดำเนินงาน สุขภาพจิต

10 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.1.2 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (Service Plan)	2.1.2.1 ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ได้ตามมาตรฐาน (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	1. เพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม การดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น และลดอัตราการกลับป่วยซ้ำ (โรคจิต/โรคซึมเศร้า/ผู้พยายามฆ่าตัวตาย/ ผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต/ออทิสติก/ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา/LD/ADHD/ ผนั๊ก/สมองเสื่อม/MH GAP) 2. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กของเขตสุขภาพ (Care process) ที่ครอบคลุม Prevention treatment 3. พัฒนาให้เขตสุขภาพจัดทำแผนทรัพยากรบุคคล และความสามารถของหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการจิตเวชเด็ก 4. ส่งเสริมเขตสุขภาพให้จัดทำแผนกลยุทธ์ในการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5. เพิ่มผู้สมรรถภาพในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยทางจิตทุกกลุ่มอายุ 6. พัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตให้ได้รับการประกันคุณภาพทั้งในระบบสุขภาพและในชุมชน
	2.1.2.2 ร้อยละของสถานบริการทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน (เป้าหมายสะสม) - รพศ./รพท. (A และ S ไม่รวม M1) - รพช. (M1-F3)	ร้อยละ 20 ร้อยละ 10	ร้อยละ 30 ร้อยละ 15	ร้อยละ 40 ร้อยละ 20	ร้อยละ 50 ร้อยละ 25	ร้อยละ 60 ร้อยละ 30	

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 11

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.1.3 ผลักดันและติดตามการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้มีประสิทธิภาพ	2.1.3.1 ร้อยละของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	1. พัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา และดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 2. เสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อให้สังคมปลอดภัย โดยใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

เป้าประสงค์ : 2.2 หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญทางการบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2564
จำนวนหน่วยบริการจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญทางการบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช		
📍 หน่วยบริการจิตเวช มีบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Super Specialist Service) ที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1	17 แห่ง	19 แห่ง
📍 หน่วยบริการจิตเวชพัฒนาสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ (Excellence Center)	8 แห่ง	10 แห่ง

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี 2560	ค่าเป้าหมายปี 2561	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2563	ค่าเป้าหมายปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.2.1 พัฒนาศูนย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Super Specialist Service)	2.2.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจิตเวชเฉพาะทาง มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	1. สร้างมาตรฐานสำหรับระบบบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชและบริการต้นแบบ 2. พัฒนาศูนย์ของกำลังคนด้านบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชในการสนับสนุนบริการ 3. พัฒนาศูนย์และสิ่งมรดกในการให้บริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 4. พัฒนาศูนย์ส่งต่อในหน่วยบริการจิตเวช

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 13

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี 2560	ค่าเป้าหมายปี 2561	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2563	ค่าเป้าหมายปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.2.2 พัฒนาศูนย์การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ (Excellence Center)	2.2.2.1 จำนวนหน่วยบริการจิตเวชที่พัฒนาสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ (Excellence Center) (เป้าหมายสะสม)	-	8 แห่ง	-	9 แห่ง	10 แห่ง	1. พัฒนาศูนย์บริการจิตเวชทุกแห่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ 2. พัฒนาระบบสารสนเทศและคลังความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน Excellence Center 3. ดำรงรักษาคุณภาพมาตรฐานของงานบริการ/วิชาการด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (HIA) 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับการเป็น Excellence Center

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.2.3 พัฒนาศักยภาพ/องค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ	2.2.3.1 จำนวนนวัตกรรม/องค์ความรู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ (เป้าหมายรายปี)	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	1. กำหนดกรอบ ทิศทาง แผนการพัฒนาองค์ความรู้ของกรมสุขภาพจิตให้ตรงตามเป้าประสงค์ สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ของประเทศ 2. กำหนดประเด็นการพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของประเทศ 3. จัดทำแผนแม่บทการวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต 4. พัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับแผนแม่บทการวิจัยของกรมสุขภาพจิต และเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย 5. พัฒนาศักยภาพนักวิชาการเพื่อสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมใหม่ 6. สนับสนุนให้นักวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวช 7. พัฒนากลุ่มสุขภาพจิตให้เป็นศูนย์วิชาการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ (National Mental Health Academic Hub)

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 15

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
2.2.4 พัฒนาศักยภาพ/องค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ	2.2.4.1 จำนวนหน่วยงานที่มีการยกระดับเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายรายปี)	43 แห่ง	43 แห่ง	43 แห่ง	43 แห่ง	43 แห่ง	1. ยกระดับจากองค์กรที่ใช้การจัดการความรู้สู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. สร้างชุมชนนักปฏิบัติที่พัฒนาศักยภาพการทำงานสุขภาพจิตตามพันธกิจหลักของกรม 3. สร้างระบบเทียบเคียงระดับ (Benchmarking) ที่ขับเคลื่อนความสำเร็จของการดำเนินงานตามพันธกิจหลักของกรม
2.2.5 พัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดวิชาการด้านสุขภาพจิตกับเครือข่ายนานาชาติ	2.2.5.1 จำนวนเรื่อง/ประเด็นด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดวิชาการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิตระดับอาเซียน (เป้าหมายสะสม)	1 เรื่อง/ประเด็น	2 เรื่อง/ประเด็น	3 เรื่อง/ประเด็น	4 เรื่อง/ประเด็น	5 เรื่อง/ประเด็น	1. ยกระดับความร่วมมือเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตกับเครือข่ายสุขภาพจิตนานาชาติที่มีอยู่เดิม และสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพจิตนานาชาติใหม่ 2. เชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติและบูรณาการความร่วมมือด้านวิชาการกับต่างประเทศ 3. พัฒนาศักยภาพ/หลักสูตร/องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตสู่เครือข่ายวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติอย่างเหมาะสม 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้วิชาการสุขภาพจิตในระดับนานาชาติ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่

3

สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต

เป้าประสงค์ : 3.1 ประชาชนมีความตระหนักและมีความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2564
ร้อยละของประชาชนที่มีความตระหนักและเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี 2560	ค่าเป้าหมายปี 2561	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2563	ค่าเป้าหมายปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
3.1.1 พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ	3.1.1.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าใจความรู้สุขภาพจิต ผ่านช่องทางสื่อสารที่กำหนด เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (เป้าหมายรายปี)	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	1. สร้างและขยายเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนในการสื่อสารความรู้สุขภาพจิต 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์ปกติ และภาวะวิกฤต 3. พัฒนาองค์ความรู้/นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน (ความรู้ทั่วไป ทักษะและการดูแลสุขภาพจิต การประเมินตัวเอง เหล่านี้ให้บริการ) ที่ตอบสนองสถานการณ์ในภาวะปกติ ภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉิน

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 17

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี 2560	ค่าเป้าหมายปี 2561	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2563	ค่าเป้าหมายปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
							4. สร้างและพัฒนาช่องทางสื่อสารความรู้สุขภาพจิตที่เหมาะสมกับการใช้งานในปัจจุบัน 5. รณรงค์และสร้างกระแสเพื่อให้ความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านประเด็นการรณรงค์รายเดือน และงานสัปดาห์สุขภาพจิต
3.1.2 พัฒนากลไกการสื่อสารต่อสถานการณ์ที่สังคมให้ความสนใจและในภาวะวิกฤต	3.1.2.1 จำนวนประเด็นสุขภาพจิตที่ได้รับการผลักดันให้สังคมสนใจหรือที่ถูกนำไปใช้ในการสื่อสารสาธารณะ (เป้าหมายรายปี)	1 ประเด็น	1 ประเด็น	1 ประเด็น	1 ประเด็น	1 ประเด็น	1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการตอบสนองต่อสถานการณ์สังคมที่ทันสมัย และคาดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้า 2. พัฒนาระบบการสื่อสารเชิงรุกสู่สังคมในเหตุการณ์ที่สังคมให้ความสนใจใน social media 3. สนับสนุนให้มีการนำประเด็นทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตเข้าสู่กระบวนการพัฒนา 4. จุดประเด็นขยายสาธารณะ (Advocacy) ด้านสุขภาพจิตให้ผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง เห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพจิต 5. พัฒนาร่วมมือกับเครือข่ายสื่อมวลชน ในการสื่อสารความรู้สุขภาพจิต

18 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
3.1.3 สนับสนุนให้ครอบครัว/ชุมชน ยอมรับและให้อีกาสกับผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต	3.1.3.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายยอมรับและให้อีกาสต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต (เป้าหมายรายปี)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. บูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น เพื่อสื่อสารความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต 2. ผลักดันให้สังคมยอมรับ/ให้อีกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในวิถีชีวิตการทำงาน และกิจกรรมต่างๆ ตามศักยภาพ 3. ค้นหาบุคคลต้นแบบที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาสื่อในการลดอคติ ครบทั้ง 4 กลุ่มโรค คือ โรคจิตเวช / ออทิสติก / ADHD / ID 4. รมรค์สร้างกระแส เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ และลดตราบาต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 19

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่

4

พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ : 4.1 กรมสุขภาพจิตมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	ค่าเป้าหมายปี 2562	ค่าเป้าหมายปี 2564
ผลการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต	80 คะแนน	82 คะแนน

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
4.1.1 พัฒนาระบบการบริหารองค์กรให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	4.1.1.1 กรมสุขภาพจิตผ่านการประเมินตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) (เป้าหมายรายปี)	-	-	รางวัล ยอดเยี่ยม	-	รางวัล ดีเด่น	1. เสริมสร้างระบบการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กรที่ดี 2. พัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์ 3. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ความคาดหวัง ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. พัฒนาระบบการดำเนินงานของกรมฯ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5. สร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบการดำเนินงานของกรมฯ

20 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

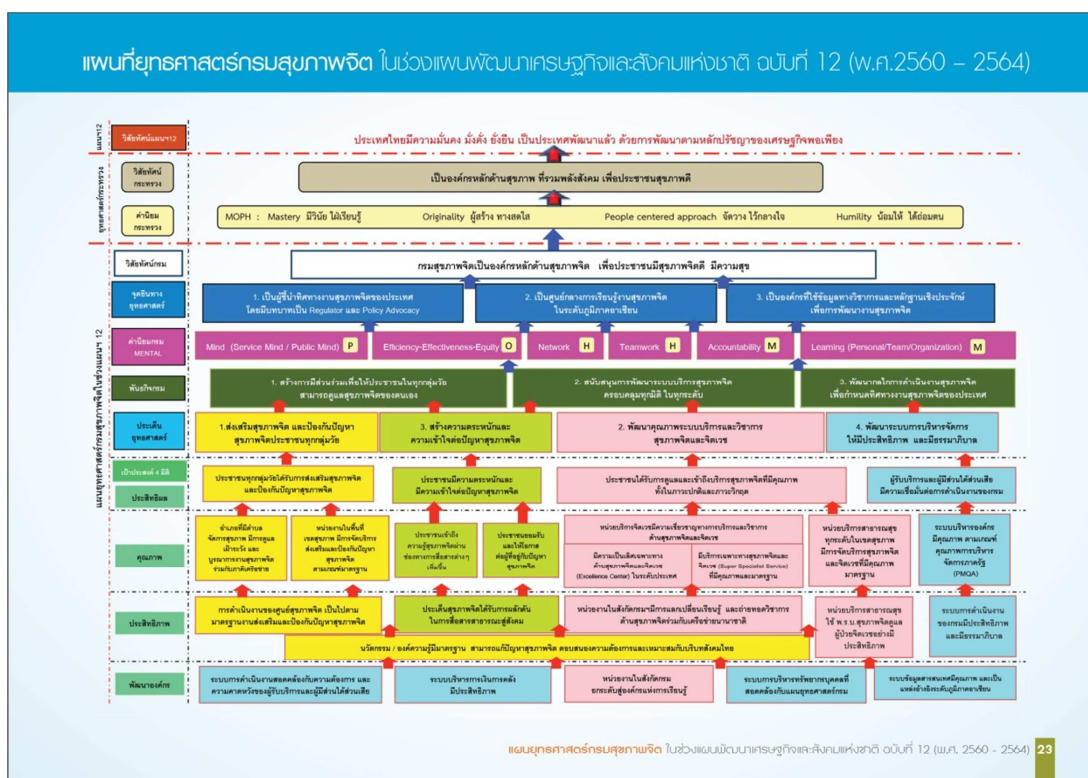
กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
4.1.2 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิต ให้มีคุณภาพเพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงในระดับภูมิภาคอาเซียน	4.1.2.1 จำนวนสารสนเทศสุขภาพจิตที่ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในระดับเขตสุขภาพ และ/หรือ ประเทศ และ/หรือ ภูมิภาคอาเซียน (เป้าหมายสะสม)	6 เรื่อง	10 เรื่อง	14 เรื่อง	16 เรื่อง	18 เรื่อง	- พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการข้อมูลด้านสุขภาพจิต (Data Center) ให้มีฐานข้อมูล (Data Base) ที่มีคุณภาพและเป็นแหล่งอ้างอิงทั้งในระดับเขตสุขภาพ ระดับประเทศ ตลอดจนระดับภูมิภาคอาเซียน - จัดทำมาตรฐานชุดข้อมูลด้านสุขภาพจิต และวางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในเชิงวิชาการในระดับภูมิภาคอาเซียน - พัฒนารูปแบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับประชาชนที่เข้าถึงง่าย เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง
	4.1.2.2 จำนวนวัดกรรมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิต (เป้าหมายสะสม)	1 เรื่อง	2 เรื่อง	3 เรื่อง	4 เรื่อง	5 เรื่อง	
4.1.3 พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิตและสร้างความยั่งยืนขององค์กร	4.1.3.1 ร้อยละของเป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard) (เป้าหมายสะสม)	ร้อยละ 47	ร้อยละ 64	ร้อยละ 82	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	- พัฒนาระบบการวางแผนและบริหารกำลังคน เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ และความยั่งยืนขององค์กร - บริหารและใช้ศักยภาพกำลังคนกลุ่มผู้มีความรู้สูงให้เกิดประโยชน์สูงสุด - กำหนดแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานการให้บริการทางด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ที่ชัดเจน - ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมการให้บริการ และระบบข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) 21

กลยุทธ์ / ตัวชี้วัด / แนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2560	ค่าเป้าหมาย ปี 2561	ค่าเป้าหมาย ปี 2562	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2564	แนวทางการดำเนินงาน
							- พัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ ความท้าทายขององค์กร และรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน - พัฒนาระบบการอ้างรักษาบุคลากรที่มีความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างยั่งยืน - พัฒนาระบบการบริหารค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับการบริหารผลการปฏิบัติงาน และตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน - พัฒนาระบบและกลไกการจัดการเรื่องร้องเรียน/การกระทำผิดทางวินัยและความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่มีความโปร่งใส - พัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากรกรมสุขภาพจิต
4.1.4 พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ	4.1.4.1 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการจัดทำต้นทุนผลิตภัณฑ์ประสิทธิภาพ (เป้าหมายสะสม)	-	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80	- แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำต้นทุนผลิตภัณฑ์ของกรมสุขภาพจิต และของหน่วยงาน - อบรมให้ความรู้การจัดทำต้นทุนผลิตภัณฑ์ให้กับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต - จัดทำชุดข้อมูลต้นทุนผลิตภัณฑ์ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต - วิเคราะห์ประเมินผลต้นทุนผลิตภัณฑ์ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต - จัดทำรายงานเสนอคณะทำงานเพื่อจัดทำต้นทุนผลิตภัณฑ์ของกรมสุขภาพจิต



นโยบายที่ 1 : การพัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

1. เด็กปฐมวัย เน้นการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลเด็กอย่างถูกต้องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทั้งในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

โดยเพิ่มคุณภาพการเลี้ยงดู การส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะด้าน Psychosocial Development ให้แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลเด็กปฐมวัยจากแม่/ผู้ดูแล รวมทั้งสนับสนุนให้แม่/ผู้ดูแลช่วยบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ สำหรับในเด็กกลุ่มปกติมุ่งเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีข้อดีอยู่วัยเรียนจะได้มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ

2. วัยเรียน เน้นการเฝ้าระวัง และดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

โดยสร้างความเข้มแข็งและต่อเนื่องให้กับระบบการดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนที่เชื่อมต่อกันระหว่างสาธารณสุขและโรงเรียน พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมด้านทักษะชีวิตเพื่อผู้สู่วัยรุ่นคุณภาพ ส่งเสริมการเข้าถึงของพ่อแม่/ผู้ปกครองเพื่อให้เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากล ตลอดจนสื่อสารและสร้างความตระหนักในสถานการณ์ IQ/ EQ ของเด็กไทย

3. วัยรุ่น เน้นการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทั้งในและนอกสถานศึกษา

โดยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลช่วยเหลือ และเยียวยาวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศ ความรุนแรง และสารเสพติด พัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั้งในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ระดับอาชีวศึกษา และในชุมชน สร้างความต่อเนื่องในการพัฒนามาตรฐานจิตสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด

รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถสร้างทักษะชีวิตเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง

4. วัยทำงาน เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีความสุขในการดำเนินชีวิต

โดยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความสุขของประชาชนวัยทำงาน พัฒนาหลักสูตรการให้บริการเพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว พัฒนาและสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพจิตทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Care) ในโรงพยาบาลชุมชนที่ครอบคลุมมิติด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของวัยทำงานที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสุรา/ยาเสพติด และกลุ่มที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

5. วัยสูงอายุ เน้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม

โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลสุขภาพจิตทางสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มารับบริการในคลินิก NCD/คลินิกสู้อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน การเสริมสร้างสุขภาพจิตให้แก่วัยสูงอายุที่อยู่ในชุมชนผู้สูงอายุ โดยพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตตนเองแก่กิจกรรมการสร้างสุข 5 มิติ ร่วมกับหลัก LWL (Walking Laughing Working Learning) สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียง มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตและเฝ้าระวังปัญหาภาวะซึมเศร้า ผ่านกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ พ.ส./อสม./เครือข่ายจากปช./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager, Care Giver) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนให้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. คนพิการ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ให้ได้รับการฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคมตามกฎหมาย และคนพิการทางกายให้ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ

โดยพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ที่บูรณาการร่วมกับระหว่างระบบสาธารณสุขและระบบการดูแลสุขภาพจิต สนับสนุนให้คนพิการทางจิตใจ ได้รับการดูแล ฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิในการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับ พ.ส. และ พช. เพื่อสามารถให้การดูแลสุขภาพจิตให้แก่คนพิการทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ



นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560 - 2561 25

นโยบายที่ 2 : การพัฒนาความเป็นเลิศทางบริการ/วิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1 พัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในระบบบริการปฐมภูมิ เน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยผ่านกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งขยายเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนลงสู่ตำบลจัดการสุขภาพ

โดยพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในเขตสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเขตสุขภาพทั้งในระดับอำเภอ และระดับตำบลให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ตลอดจนพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 พัฒนาคู่มือมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) ทั้งจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพ

โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มโรคและปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียดทางสังคม การประเมินความรุนแรงของอาการ การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพจิต ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.3 พัฒนาระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยกลไกทางกฎหมาย เน้นการผลักดัน และติดตามการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้มีประสิทธิภาพ

โดยการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ในสถานบำบัดรักษาทั้งโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, S, MI ให้ครบทุกแห่ง ผ่านการออกประกาศ

หรือกฎกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน เสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนเพื่อให้สังคมปลอดภัย โดยที่ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน รวมทั้งสร้างการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้เกิดกระแสการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.4 พัฒนาคู่มืองานในสังกัดกรมสุขภาพจิตสู่ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ เพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศ เน้นการยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ ตลอดจนการพัฒนาสู่ความเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ผู้ยาก ชับซ้อน

โดยพัฒนาหน่วยบริการจิตเวชทุกแห่ง ให้มีศักยภาพทางด้านการสร้างระบบบริการและวิชาการ การเป็นต้นแบบ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านจิตเวชในระดับประเทศตามประเด็นความเชี่ยวชาญ (Excellence Centers for National Institute) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการจิตเวชให้สามารถให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ผู้ยาก ชับซ้อน (Super Specialist Service) ที่ตอบสนองต่อความต้องการในเขตสุขภาพได้ พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขังจิตเวชให้ได้รับการดูแลรักษาโดยไม่กลับเป็นซ้ำ โดยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เรือนจำให้สามารถประเมิน คัดกรองปัญหาและดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง และพัฒนาระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างเรือนจำและสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมทั้งในหน่วยบริการจิตเวชและในชุมชน

2.5 พัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต เน้นการดูแลและเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยง

โดยพัฒนาระบบช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตในสถานการณืวิกฤตต่างๆ ทั้งที่เกิดจากระบบสุขภาพและนอกสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องผ่านการดำเนินงานของทีม MCATT เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตของประชาชนให้สามารถปรับตัวในภาวะวิกฤตต่างๆ เติบโตความพร้อมและพัฒนาความสามารถของชุมชนในการรับมือและฟื้นคืนสุขภาพทางจิต โดยเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลเยียวยาจิตใจเด็กที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงแบบครบวงจร

2.6 พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เน้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ พัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการด้านสุขภาพจิตชุมชนกับเครือข่ายนานาชาติ ภายใต้บรรยากาศการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

โดยพัฒนาบุคลากร/องค์กรความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยอย่างน้อยปีละ 2 เรื่อง รวมทั้งประสานความร่วมมือในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนกับเครือข่ายสุขภาพจิตนานาชาติ ตลอดจนยกระดับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้ครบทุกแห่ง



นโยบายที่ 3 : การพัฒนาภาคีเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต

มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผ่านกระบวนการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจความรู้สุขภาพจิต ได้แก่ โรค สาเหตุ วิธีการรักษา การรับมือการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของตนเอง ที่เกี่ยวข้องและสุขภาพจิตตนเอง การเข้าถึงแหล่งข้อมูล/แหล่งช่วยเหลือ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ต่อระบบบริการ และต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการสร้างกระแสสังคมทั้งในรูปแบบการรณรงค์รายเดือน และการจุดประเด็นข่าวสารสาธารณะ (Advocacy) ด้านสุขภาพจิตเฉพาะเรื่องซึ่งก่อให้เกิดความสนใจ ตลอดจนผลักดันให้สังคมยอมรับ/ให้ออกาสู่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในวิถีชีวิต การทำงาน และกิจกรรมต่างๆ ตามศักยภาพ รวมทั้งสร้างกระแสเพื่อลดการตีตราต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต



นโยบายที่ 4 : การพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช



ให้ความสำคัญกับการบริหารองค์กรตามหลักธรรมาภิบาลที่เน้นการดำเนินงานอย่างมีคุณธรรมและโปร่งใสทั่วทั้งองค์กร โดยใช้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กร ดำเนินการพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพจิตอย่างน้อย 10 เรื่อง เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงเชิงวิชาการทั้งในระดับเขตสุขภาพ ระดับประเทศ ตลอดจนระดับอาเซียน พัฒนาระบบการวางแผนการบริหารกำลังคนและระบบบริหารค่าตอบแทนเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตและสร้างความยั่งยืนขององค์กร ตลอดจนเร่งจัดทำต้นแบบผลิตให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบบริหารการคลังของกรมสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0-2590-8083, โทรสาร 0-2149-5524 www.dmh.go.th, www.plan.dmh.go.th