



การให้การรักษารายบุคคลแนวพุทธศาสนา ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ฤทธิรงค์ หาญรินทร์, พย.ม.*

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้การรักษารายบุคคลแนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์และวิธีการ เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบวัดก่อนและหลัง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 17 คน เข้ารับบริการการปรึกษาตามหลักอริยสัจสี่ มี 6 ขั้นตอน ใช้เวลาทั้งหมด 90-120 นาที ประเด็นเนื้อหาประกอบด้วย บทบาทของกัลยาณมิตร รู้จักทุกข์และธรรมชาติของทุกข์ รู้จักสมุทัย นิโรธ มรรคมืองค์แปด และ วัดผลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วัด 2 ครั้ง คือ ก่อนให้การปรึกษาและ 2 สัปดาห์หลังให้การปรึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการให้การปรึกษาโดยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test วัดผลในเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาคำพูดของผู้รับการปรึกษา 2 สัปดาห์หลังให้การปรึกษา

ผล พบว่าค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการให้การปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการแก้ไขแบบอริยสัจสี่ มีการมองโลก มองตนที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ฝึกการเจริญสติเพื่อรู้เท่าทันอารมณ์และสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้เหมาะสม

สรุปการให้การรักษารายบุคคลแนวพุทธศาสนาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

คำสำคัญ : การปรึกษา พุทธศาสนา ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรัง

* โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Buddhist - oriented individual counseling for depressed chronic illness patients

*Ritthirong Hanrinth, M.Ns.**

*Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.***

Abstract

Objective To examine the outcomes of Buddhist-oriented individual counseling for depressed chronic illness patients.

Materials and methods Single group pre- and post-test design was used with a convenience sampling. The 17 depressed chronic illness patients were voluntary participated. The Buddhist-oriented individual counseling program based on the Four Noble Truths. This counseling program lasted 90-120 minutes including 6 steps: 1) establishing morally faith (kalayana), 2) knowing suffering and nature of suffering (dukkha), 3) knowing roots of suffering (samudaya), 4) cessation (nirodha), 5) the eightfold path, and 6) judiciousness (yoniso). The Thai Depression Inventory was used to evaluate the level of depression, prior to and 2 week after the counseling. Data were analyzed by using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Ranks test. Qualitative data were analyzed by using content analysis at the 2 week follow up.

Results The result revealed that the score of the depression was significantly decrease after receiving the Buddhist-oriented individual counseling. The subjects were able to utilize the four Buddhist's noble truths to solve their sufferings. They were able to understand the world and themselves according to the way things were. They were aware of their feelings and able to manage them appropriately by practicing mindfulness meditation.

Conclusion The Buddhist-oriented counseling was effective in depressive reduction in the patients with chronic illness.

Key words : Buddhism, chronic illness, counseling, depression

* Srisongkram Hospital, Nakornphanom Province

** Faculty of Nursing Khonkaen University

บทนำ

โรคเรื้อรังทางกายมีผลต่อสุขภาพจิต ด้วย ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรง โรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 25-50¹⁻² ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไปถึง 3 เท่า² โดยที่การให้การปรึกษาสามารถลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า³⁻⁴

ในประเทศไทยมีการนำหลักพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้กับการให้การปรึกษากับผู้รับบริการสุขภาพ เช่น มีการฝึกอานาปานสติกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า การฝึกสติแนวพุทธ ร่วมกับการรักษาด้วยยากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และวิตกกังวล การฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่กับมารดาเด็กที่ป่วยเรื้อรังด้วยโรคมะเร็งที่มีความเครียด มีการเปลี่ยนจิตสำนึกเพื่อลดความเครียดกับผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า⁵⁻⁶ และความเครียดลดลง⁷⁻⁸ ในต่างประเทศมีการใช้การเจริญสติกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล และซึมเศร้า พบว่า หลังติดตามผล 3 เดือน ผู้ป่วยมีค่าคะแนนของอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า⁹⁻¹⁰ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความซึมเศร่าลดลงเช่นกัน¹¹⁻¹³ การนำหลักพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดปัญหาทางอารมณ์สามารถช่วยลดปัญหาของผู้ป่วยได้ จุดเด่นของงานวิจัย

ทั้งหมดคือการนำองค์ความรู้ทางพุทธธรรม ที่มี ความเป็นสังฆธรรมมาใช้เป็นแนวทางใหม่ของการบำบัด

การให้การปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่ลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปได้โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จึงได้จัดบริการปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคเอดส์และโรคไตวายเรื้อรังที่มีมากที่สุดตามลำดับ¹⁴ ผู้วิจัยปฏิบัติงานที่คลินิกให้การปรึกษาจึงได้นำหลักอริยสัจสี่ มาพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษารายบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลัง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสงคราม โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกประเภทที่ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร และเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป¹⁵ ใช้เวลาดำเนินการ 5 เดือน ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2548 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 17 คน

การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยพัฒนา

โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวพุทธศาสนา ได้ เนื้อหาและรูปแบบโปรแกรมเป็น 6 ขั้นตอน คือ **ขั้นที่ 1** บทบาทของกัลยาณมิตรมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา เกิดความศรัทธาในตัวผู้ ให้การปรึกษา กัลยาณมิตรเป็นผู้กระตุ้นเตือน ให้เกิดปรโตโมสะ คือ เสียสละธรรมจากภายนอกที่เป็นองค์ประกอบแรกให้เกิดสัมมาทิฐิ คุณสมบัติ ที่สำคัญของการกัลยาณมิตรในการให้การ ปรึกษาคือ มีบุคลิกภาพที่ทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้รู้สึก อบอุ่นใจ น่าเชื่อถือ น่าเจริญใจ มีทักษะในการ พูดจาสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความอดทน และตั้งใจฟัง¹⁶ **ขั้นที่ 2** รู้จักทุกข์และธรรมชาติ ของทุกข์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการ ปรึกษาและเข้าใจถึงปัญหา (ทุกข์) ที่เกิดขึ้น **ขั้นที่ 3** รู้จักสมุทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการ ปรึกษารู้และเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา **ขั้นที่ 4** นิโรธ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ตั้งเป้าหมายต่อการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม **ขั้นที่ 5** มรรคมืองค์แปด มี วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถ วางแผนและมีวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับเป้าหมาย **ขั้นที่ 6** โยนิโสมนสิการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ ผู้รับการปรึกษานำความเข้าใจตามหลักอริยสัจสี่ ไปประยุกต์ใช้ในการคิดแก้ไขปัญหา ซึ่งใน โปรแกรมนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการปรึกษาดำเนิน ขั้นตอนครบ 6 ขั้นตอน ในการพบผู้ให้การปรึกษา 1 ครั้งใช้เวลาโดยเฉลี่ย 90 นาที สำหรับผู้ป่วย นอก และ 120 นาที สำหรับผู้ป่วยใน เนื่องจาก ผู้ป่วยในมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าต้อง

การระบายความรู้สึกจึงใช้เวลาาน และนัดมา ติดตามผล 2 สัปดาห์หลังให้การปรึกษา

2) ระยะเวลาดำเนินการ ประกอบด้วย

(1) การเลือกกลุ่มตัวอย่างดังที่ กล่าวได้แล้วข้างต้น

(2) การบันทึกข้อมูล โดยใช้แบบ บันทึกรายการที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับการปรึกษา ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ โรค เรื้อรังที่ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง การรักษาปัจจุบัน อาการสำคัญที่มาโรง พยาบาล และส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

(3) การให้การปรึกษารายบุคคล ตามโปรแกรมที่ได้พัฒนา โดยใช้เวลา 90-120 นาทีขึ้นอยู่กับความแตกต่างของผู้รับการปรึกษา

(4) หลังให้การปรึกษามอบหมาย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือ “สุขหรือทุกข์...อยู่ที่เราคิด”¹⁷ และ

(5) มอบหมายให้ฝึกการเจริญ สติต่อที่บ้านอย่างน้อยวันละ 30 นาที

3) ระยะเวลาวัดผลและติดตามผล นัด ผู้รับการปรึกษามาพบเพื่อติดตามประเมินผล ภาวะซึมเศร้าซ้ำ 2 สัปดาห์หลังได้รับการปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยของคะแนน ภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะ ซึมเศร้าก่อนและหลังการให้การปรึกษาโดยสถิติ

Wilcoxon Signed Ranks test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เนื้อหาจากคำพูดของผู้รับการปรึกษา จำแนกตามหมวดหมู่ของหลักอริยสัจสี่

ผล

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 คน เป็นเพศหญิง 12 คน มีอายุระหว่าง 34-73 ปี อายุเฉลี่ย 53.12 ปี สถานภาพสมรส 12 คน นับถือศาสนาพุทธ 16 คน ศาสนาคริสต์ 1 คน จบประถมศึกษา 16 คน มีอาชีพเกษตรกร 5 คน เป็นผู้ป่วยนอก 10 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ 5 คน โรคเบาหวาน 3 คน โรคความดันโลหิตสูง 2 คน มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาคลายความกังวล

(diazepam 2 mg หรือ lorazepam 1 mg) 3 คน เนื่องจากมีความรู้สึกท้อแท้ใจ มีความคิดอยากตาย ค่าคะแนนระดับซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง และปานกลาง ส่วนผู้ป่วยใน 7 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6 คน โรคความดันโลหิตสูง 1 คน ผู้ป่วยในทุกคนได้รับยาคลายความกังวล (diazepam 2 mg หรือ lorazepam 1 mg) การติดตามผล 2 สัปดาห์ หลังได้รับการปรึกษาผู้ป่วยทุกคนไม่ต้องรับประทานยาคลายความกังวล

การศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการให้การปรึกษาพบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการปรึกษาของผู้ป่วยทุกคน (17 คน)

ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า	ก่อนได้รับการปรึกษา	หลังได้รับการปรึกษา
1. ค่าเฉลี่ย (SD) ต่ำสุด-สูงสุด	33.12 (4.23) 27, 41	11.12 (3.43) 4, 16
2. ระดับภาวะซึมเศร้า (จำนวนคน)		
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0	17
- ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	12	0
- ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	4	0
- ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก	1	0

Wilcoxon Signed Ranks test $Z = -3.624$ $p < 0.01$

ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงผลการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ภายหลังรับการปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการความทุกข์ใจตามมรรคมืองค์แปด ดังตัวอย่าง

- การเปลี่ยนแปลงด้านปัญญา มีตัวอย่างดังนี้

การมองสิ่งทั้งหลายตามเหตุปัจจัย สอดคล้องกับความเป็นจริง การเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป (สัมมาทิฐิ) ดังคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า “ฉันไม่รู้สึกกลัวแล้วเดี๋ยวนี้ เพราะเห็นคนอื่นเขาก็เป็นเหมือนกัน เหมือนที่คุณหมอบอกว่าไม่เจ็บป่วยโรคนี้อีกก็เป็นโรคอื่นได้เพราะสังขารมันไม่เที่ยง” (ผู้ป่วยเบาหวาน เพศหญิง อายุ 50 ปี) หรือ “บางครั้งคิดถึงเรื่องความผิดที่ไปติดเชื่อมาในอดีต อยากหายเป็นเหมือนเดิม ผมก็นึกถึงคำพูดของคุณหมอว่า อดีตที่ผ่านไปแล้วเอาคืนไม่ได้ อยากไปก็เท่านั้น ความคิดมันก็หายไป” (ผู้ป่วยเอดส์ เพศชาย อายุ 35 ปี) หรือ “เหมือนที่คุณหมอบอกนั่นแหละว่าตอนมาก็มาคนเดียวตอนไปก็ไปคนเดียวเหมือนกัน” (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไตวาย เพศชาย อายุ 73 ปี)

ความดำริตริตตรง คิดการต่างๆ ที่เศร้าหมอง ขุ่นมัว (สัมมาสังกัปปะ) ดังคำพูดที่ว่า “แต่ก่อนผมคิดแต่ว่า ทำไมลูกไม่ดูแลพ่อน้อยใจแต่เดี๋ยวนี้คิดได้ว่าเขาคงยุ่งกับงานของเขาเราก็อ่านพอดูแลตัวเองได้เราก็อ่านไป” (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไตวาย เพศชาย อายุ 73 ปี)

- การเปลี่ยนแปลงด้านสมาธิ มีตัวอย่างดังนี้

“เวลาที่ฝึกสติอยู่นั้นจิตใจมันอยู่กับสิ่งที่กำลังทำ ไม่ได้คิดเรื่องอื่นทำให้จิตใจสบายโล่ง” (ผู้ป่วยเบาหวาน เพศหญิง อายุ 71 ปี)

“เวลานอนไม่หลับจากการคิดมากก็ทำสมาธิ พอใจมันไม่คิดอะไรแล้วก็หลับได้” (ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เพศหญิง อายุ 50 ปี)

- การเปลี่ยนแปลงด้านศีล (ความประพฤติ) ซึ่งเกิดตามหลังการมีสัมมาสติ มีตัวอย่างดังนี้

“ตั้งแต่ก่อนที่จะมาหาคุณหมอ เวลาโมโหขึ้นมาจะด่าหรือทำลายข้าวของที่อยู่กับตัวเลย แต่พอได้ฝึกสติมาเรื่อยๆ แล้วตอนเวลาโมโหแล้วมันรู้ว่าตัวเองโมโห (สัมมาสติ) แล้วก็เดินหนีไปจากที่นั่น ก็ไม่ด่าใคร” (ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพศหญิง อายุ 50 ปี)

ภายหลังการติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า มีผู้ป่วยทำการเจริญสติสม่ำเสมอทุกวัน จำนวน 14 คน โดยให้เหตุผลว่า “ทำแล้วจิตใจสบาย ไม่คิดมาก นอนหลับดี” เจริญสติเป็นบางครั้งไม่ทุกวัน จำนวน 3 คน โดยให้เหตุผลว่า “ทำเฉพาะวันที่คิดมากหรือนอนไม่หลับเท่านั้น” ซึ่งในส่วนที่ทำเป็นบางครั้งพบว่าส่วนมากอยู่ในกลุ่มโรคเอดส์ สำหรับหนังสือธรรมที่มอบหมายให้อ่านเสริมนั้น ผู้ป่วยทั้ง 16 คน (ยกเว้นผู้ป่วย นับถือศาสนาคริสต์) ได้อ่านทั้งที่อ่านด้วยตนเองและให้ลูกหลานอ่านให้ฟังจน

จบเล่ม บางคนได้อ่าน 2-3 จบ ผู้ป่วยตอบ คล้ายกันว่า การอ่านหนังสือที่ให้ไปช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องการไม่เที่ยงของร่างกาย ที่มีความเสื่อม ในหัวข้อที่อ่าน คือ “มรดกทางกาย คือโรคภัยไข้เจ็บ” “อย่าทุกข์ใจเมื่อโรคภัยมาเยือน” เป็นต้น ทำให้เสริมความรู้สึก “ปลง” หรือ “ปล่อยวาง” ในเรื่องที่เคยเป็นห่วงได้มากยิ่งขึ้น และได้แนะนำให้กลุ่มสมรสตนเองและครอบครัว รวมทั้งเพื่อนบ้านที่มีความเครียดอ่านด้วย

วิจารณ์

การให้การปรึกษาตามแนวพุทธศาสนา ที่นำเอาหลักอริยสัจสี่มาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับบริการ เพราะในขั้นตอนแรกบทบาทของการเป็นกัลยาณมิตรที่มีบุคลิกภาพที่ทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้รู้สึกอบอุ่นใจ น่าเชื่อถือ น่าเจริญใจ มีทักษะในการพูดจาสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความอดทน และตั้งใจฟัง สามารถสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ อันเป็นคุณสมบัติที่ทำให้เกิดความสำเร็จแห่งปรโตโมหะ (เสียงกระดุนชกจุงจากภายนอก)¹⁸ ในขณะที่การให้การปรึกษาทั่วไปให้ความสำคัญในการสร้างให้เกิดความไว้วางใจ แต่ไม่ได้มุ่งเน้นให้เกิดความศรัทธา ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 คือการรู้จักทุกข์และเหตุแห่งทุกข์ เป็นหลักของเหตุผลที่ยกเอาผลมาแสดงก่อนเหตุ ทำให้เราใจอยากทำตาม เนื่องจากเมื่อพูดถึงปัญหา (ทุกข์=ผล) ของตัวเองหรือปัญหาที่

กระทบถึงตัวเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่มองเห็นในปัจจุบัน คนก็สนใจอยากจะทำ อยากรู้ อยากแก้ไข แล้วจึงสืบสาวว่าปัญหาเกิดมาจากเหตุอะไร (สมุทัย = เหตุ) เมื่ออยากกำจัดเหตุแล้ว พูดถึงจุดหมายว่าดีอย่างไร (นิโรธ = ผล) คนก็อยากไปถึงจุดหมายนั้น อันเป็นขั้นตอนที่ 4 แล้วจึงถึงขั้นตอนที่ 5 คือบอกวิธีปฏิบัติ (มรรค = เหตุ) เพื่อไปถึงจุดหมาย¹⁸ ขั้นตอนสุดท้ายคือขั้นตอนที่ 6 เป็นการเน้นให้ผู้รับบริการสามารถจัดการความทุกข์ใจได้ด้วยตัวเอง

ผู้รับการปรึกษาได้รับการอธิบายให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างการหมกมุ่นอยู่กับความคิด กับอาการแสดงออกของร่างกาย และวิธีการหลุดออกจากความคิด โดยใช้ภาษาต่างๆ ทั่วไปในลักษณะการเล่าเรื่อง ยกตัวอย่างเปรียบเทียบ ตลอดจนการได้รับกำลังใจจากผู้ให้การปรึกษา ทำให้เกิดกำลังใจมีความหวังที่จะหาย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งการได้รับการอธิบายสาเหตุของการเกิดความทุกข์ใจที่สอดคล้องกับค่านิยมความเชื่อ วัฒนธรรมที่มีอยู่แล้วของผู้ป่วย คือการปล่อยวาง ย่อมทำให้ง่ายต่อการเกิดความร่วมมือในการรักษา การที่ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอารมณ์ ความคิดของตน และใช้การเจริญสติ เป็นวิธีการทำให้ดึงผู้ป่วยจากการหมกมุ่นอยู่กับความคิดมาอยู่กับปัจจุบัน¹⁹⁻²¹ และการเจริญสติทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ อัตรการหายใจ และอัตรการเต้นของหัวใจลดลง จิตมีสมาธิ ลดการคิดหมกมุ่นส่งผลให้สามารถนอนหลับได้^{11,22}

การผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญญาแจ่มชัดมากขึ้น สามารถที่จะรับรู้มองสภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ และยอมรับได้มากขึ้น นำมาสู่การปล่อยวางจาก สิ่งที่ยึดมั่นถือมั่นไว้ได้ ซึ่งเรียกว่ามีปัญญาทำให้แก้ปัญหาทางจิตใจได้²⁰⁻²¹

การปล่อยวางความทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างเกิดจากความเข้าใจกฎไตรลักษณ์ มีวิธีคิดแบบโยนิโสมนสิการ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติตามความเป็นจริง ได้แก่ ความไม่เที่ยง เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่บอกว่า “ฉันไม่รู้สึกกลัวแล้วเดี๋ยวนี้ เพราะเห็นคนอื่นเขาก็เป็นเหมือนกัน เหมือนที่คุณหมอบอกว่าไม่เจ็บป่วยโรคนี้อีกเป็นโรคอื่นได้เพราะสังขารมันไม่เที่ยง” แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจเรื่องอนิจจัง ซึ่งเมื่อเข้าใจในลักษณะสามประการตามกฎไตรลักษณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งย่อมนำไปสู่การปล่อยวางและไม่ยึดมั่นถือมั่น²² การนำมรรคมืองค์แปดไปปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่บอกว่า “เวลาที่ฝึกสติอยู่นั้นจิตใจมันอยู่กับสิ่งที่กำลังทำ ไม่ได้คิดเรื่องอื่นทำให้จิตใจสบาย โล่ง” การที่ผู้รับการปรึกษาจะสามารถปล่อยวางจากความคิดที่มีความหลง (อวิชชา) ความอยาก (ตัณหา) และความยึดมั่นถือมั่น (อุปาทาน) ได้ มีใจเรื่องง่าย การพัฒนาด้านสติควบคู่กันไปด้วยก็เป็นสิ่งสำคัญ ความศรัทธาที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยต่อผู้ให้การปรึกษา และการได้อ่านหนังสือธรรมบ่อยๆ นั้นอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในสิ่งที่ผู้ให้การ

ปรึกษา สอน ชี้แนะ ทำให้มีความเห็นคล้อยตาม เกิดศรัทธา และมีแรงจูงใจในการฝึกการเจริญสติต่อที่บ้าน¹⁸ ช่วยทำให้เกิดสัมมาทิฐิ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่นำหลักการพุทธศาสนามาปรับความคิดเห็น มองโลกมองตนที่ถูกต้อง และเน้นการฝึกการเจริญสติ⁵⁻¹³ การให้การปรึกษาแนวพุทธศาสนามีความต่างจากการให้การปรึกษาแบบทั่วไปตรงที่ การให้การปรึกษาทั่วไปที่ใช้ความรู้ทางตะวันตก ใช้การวิเคราะห์ความเป็นเหตุผล และเชื่อว่าทุกอย่างสามารถจัดการได้²³ ในขณะที่หลักพุทธศาสนาให้ความสำคัญต่อความตระหนักรู้ในทุกข์เข้าใจสาเหตุของความทุกข์ใจว่าเกิดจากการยึดมั่นในตัวตน ทำให้เกิดกิเลส ความทุกข์ใจจะลดไปได้หากมีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความ เป็นจริงตามธรรมชาติ มีสติรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิด และลดการปรุงแต่ง เป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล

สรุป

การให้การปรึกษารายบุคคลในแนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ใช้วิธีการสุ่มแบบสะดวก ไม่มีกลุ่มควบคุม อาจมีผลจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2543.
2. วิมล อนันต์สกุลวัฒน์. ภาวะซึมเศร้า. วารสารสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 2542; 9: 194-9.
3. วิไลวรรณ พันธุ์ไชย. ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อการปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อ HIV ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
4. ยุวดี สุ่มมาตย์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยคัดงกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในโรงพยาบาลขอนแก่น [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
5. พัทยา จิตสุวรรณ. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
6. พลภัทร์ ไต้เสถียรกิจ. รายงานผู้ป่วยการฝึกสติแนวพุทธร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล : กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549; 14: 60-8.
7. พรทิพย์ อนันต์กุล. ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ไขปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
8. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร มณีกันนท, สมจิตร ห่องบุตรศรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 13-24.
9. MillerJJ, Fletcher K, Kabat-Zin J. Three- year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-bases stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorder. Genl Hosp Psychiat 2005; 17: 192-200.
10. Finucane A, Mercer MS. Anxiety exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness - based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. BMC Psychiatry 2006; 6-14.
11. Specca M, Linda E, Eileen GM, Maureen A. A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness-base stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. Psychosom Med 2003; 62: 613-22.

12. Shapiro LS, Richard RB, Aurelio JF, Ana ML, Gary ES. The efficacy of mindfulness-based reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer an exploratory study. *J Psychosom Res* 2003; 54: 85-91.
13. Smith EJ. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *J of Adv Nurs* 2005; 52: 315-27.
14. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลศรีสงคราม. รายงานประจำปี 2547. นครพนม: โรงพยาบาลศรีสงคราม; 2547.
15. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์; 2540.
16. มั่นเกียรติ โกศลนรีดีวงศ์. ทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษาพุทธธรรม. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2541.
17. อธิปัญญาภิกขุ. สุข หรือทุกข์อยู่ที่เราคิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เลียงเชียง; 2547.
18. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). จากจิตวิทยาสู่จิตภาวนา. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิพุทธธรรม; 2537.
19. Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40: 285-94.
20. พระธรรมปิฎก. วิธีคิดตามหลักพุทธธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสารจำกัด; 2546.
21. พุทธทาสภิกขุ. คู่มือมนุษย. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา; 2548.
22. จำลอง ดิษยวณิช. จิตวิทยาของความดับทุกข์. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2544.
23. The Dalai Lama, Cutler, C.H. The art of happiness. New York: Riverhead Books; 1998.