

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome; AIDS) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus; HIV) ทำให้ระบบภูมิคุ้มกัน ใช้ของร่างกายบกพร่อง ไม่มีทางรักษาหาย และถึงแก่ความตายในที่สุด จากสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลก โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2553 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 34.0 ล้านคน (31.4 - 35.9 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.7 ล้านคน (1.5-1.9 ล้านคน) ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ประมาณ 2.5 ล้านคน (2.2-2.8 ล้านคน) ทั่วโลก [1] สำหรับในประเทศไทยล่าสุด ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2554 มีผู้ติดเชื้อรวมทั้งสิ้น 372,874 ราย เสียชีวิต 98,153 ราย [2] การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาค แนวโน้มของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่แสดงอาการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะต่าง ๆ ของร่างกาย

ปัญหาจากการเจ็บป่วยที่เป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ จากพยาธิสภาพของโรคที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย สังคมและบุคคลรอบข้างที่แสดงความรังเกียจ กล่าวคำหยาบคาย ทอดทิ้ง และยังต้องหาเงินใช้เพื่อรักษาตัว [3] ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จึงมีชีวิตรอยู่อย่างทุกข์ทรมาน สูญเสียบทบาท ความมีคุณค่าในตัวเอง เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ กลัวตายและสิ้นหวัง สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส [4-7] โดยความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่มากกว่าร้อยละ 95 [8] ซึ่งแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ต้องการความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 80 [9-11] ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแก้ไขปัญหาความร่วมมือดังกล่าว

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤตของความเจ็บป่วย เนื่องจากการรับรู้โรคนี้ไม่มีทางรักษา จุดจบสุดท้ายของโรค คือความตาย ซึ่งความตายเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณของบุคคลทุกคน ดังนั้นนอกจากการให้การดูแลรักษาตามแนวทางการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสแล้ว การเยียวยาทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญในแนวทางการรักษาสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) สอดคล้องกับการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ในปัจจุบันจึงได้มีการประยุกต์ใช้สมาธิทางคลินิกเพื่อบำบัดรักษาทางกาย -จิต และส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาที่น่าสนใจมารวมรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ได้แก่ โปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress reduction; MBSR) พบว่ามีผลในการควบคุมระดับ ซีทีโฟร์ให้คงที่ [12] ลดความเครียดและ อาการข้างเคียงในการใช้ยาต้านไวรัส [13] เพิ่มจำนวนและการทำงานของเนเชอรัล คิลเลอร์ เซลล์ (Natural Killer Cell; NK cell) ซึ่งเป็นเซลล์สำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย [14] เพิ่มสุขภาวะทางจิต [15] ลดระดับความเครียด เพิ่มระดับอารมณ์ด้านบวก ทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง [16] สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มความใส่ใจ ความรู้สึกรู้ตัว และการละวางโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน พบว่าการเพิ่มของระดับของสติมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับอาการวิตกกังวล [17]

ปัจจุบันในประเทศไทยโดยรองศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับพระราชทานทุนส่งเสริมบัณฑิต มูลนิธิอานันทมหิดล ระหว่างปี 2539-2542 เพื่อพัฒนาโปรแกรมสมาธิบำบัดทางคลินิกที่มีชื่อว่า โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (The Consciousness Transformation Program for Stress Management) ที่รวบรวมแนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติทางศาสนาปรัชญาทางด้านตะวันออกผสมผสานกับหลักจิตวิทยาทางตะวันตก เลือกเฉพาะส่วนที่เป็นแก่นสาระสำคัญ และสามารถฝึกปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน ช่วยส่งเสริมการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช [18] ลดความเครียดในบุคคลทั่วไป และเพิ่มความจำระยะสั้น [19] ลดอาการทางจิตเวชในวัยรุ่นที่ไม่ได้ป่วยทางจิตได้ [20] ป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ [21] สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวจึงเป็นที่มาในการทำการวิจัยเรื่องนี้ เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ป่วยติด

เชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คุณ ภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความถี่ของ อาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และ ระดับของสติ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ร่วมกับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการบริการมาตรฐานของ โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เพื่อได้ข้อมูลที่สามารถเป็นแนวทางแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการ พัฒนางานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในการรักษาที่เป็นองค์รวม และเป็น แนวทางในการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ รับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

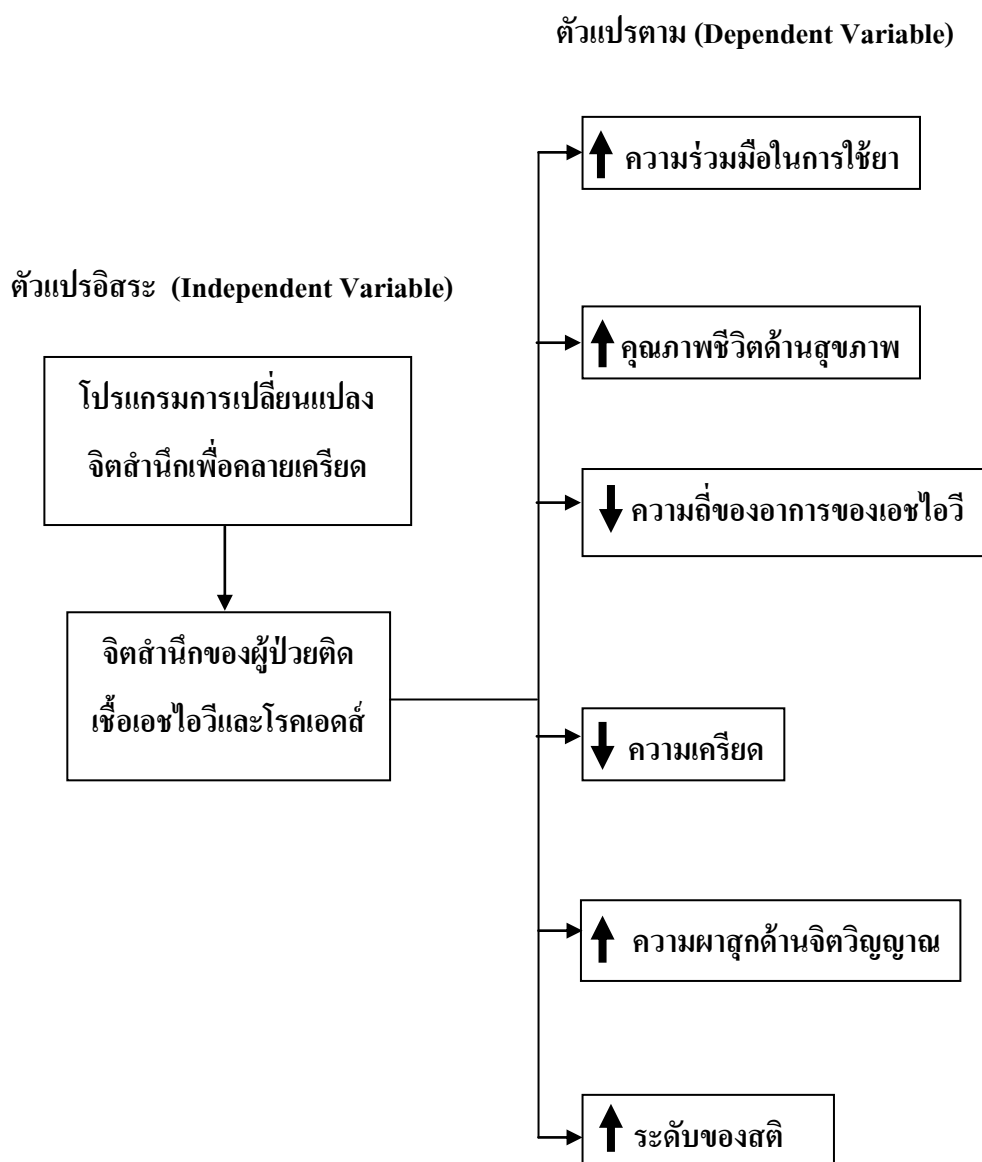
ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความถี่ของ อาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับของสติ

1.3 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานสำหรับการวิจัยนี้ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดร่วมกับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาล (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ได้รับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) ดังนี้

1. กลุ่มศึกษาจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มศึกษาจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มศึกษาจะมีการลดความถี่ของอาการของเอชไอวีมากกว่ากลุ่มควบคุม
4. กลุ่มศึกษาจะมีการลดลงของความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุม
5. กลุ่มศึกษาจะมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณมากกว่ากลุ่มควบคุม
6. กลุ่มศึกษาจะมีระดับของสติมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.4 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์ที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ผลจากการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกจะทำให้เพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ลดความถี่ของอาการของเอชไอวี ลดความเครียด เพิ่มความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และเพิ่มระดับของสติ

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV/AIDS patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์

โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (Consciousness Transformation Program for Stress Management) หมายถึง โปรแกรมการฝึกจิตอย่างเป็นขั้นตอนโดยใช้การฝึกสมาธิเป็นฐาน (Meditation-based program) มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเยียวยา ซึ่งก่อให้เกิดการฟื้นฟูและพัฒนาจิตใจ และจิตสำนึกส่วนลึกให้มีความสามารถที่จะเข้าใจ เรียนรู้ และยอมรับตนเองอย่างลึกซึ้ง และสามารถค้นหาและแก้ไข ปัญหาภายในได้ด้วยจากการตระหนักรู้ตนเองและพัฒนาให้สามารถข้ามพ้นข้อจำกัดภายในตน ส่งผลให้เกิดการรู้แจ้งถึงความเป็นจริง พบความสงบสุขและความสมดุลภายใน [22]

ความร่วมมือในการใช้ยาหรือการใช้อย่างตามสั่ง หมายถึง การ รับประทานยาถูกต้อง (ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด วิธีทาง วิธี และเวลา) ตรงเวลา (คลาดเคลื่อนจากเวลาปกติไม่เกินครึ่งชั่วโมง) สม่าเสมอ (การ รับประทานยา ตรงเวลาเดียวกันทุกวัน) และต่อเนื่อง (รับประทานยา ต่อเนื่องตลอดไป) โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและตัดสินใจในการ รับประทานยา อย่างเต็มใจ [23]

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) หมายถึง ผลกระทบของโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยมิติทางด้านสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ และมิติทางด้านสังคม เป็นต้น [24]

ความเครียด (Stress) หมายถึง ปฏิกริยาที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจ และไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้ [25]

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบ ความประณีตของจิตใจส่วนลึกของผู้ป่วยที่มีต่อความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นจริงของชีวิต ความเข้าใจในตนเอง ความพอใจในสภาพของตนเองและศาสนา [26] มี 2 องค์ประกอบ คือ

1. ความผาสุกในการดำเนินชีวิต หมายถึง ความรู้สึกว่ามีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย พึงพอใจในชีวิตของตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น อันประกอบด้วย

1.1 การรู้เป้าหมายของชีวิต คือ การที่ผู้ป่วยเฝ้าหาคำหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิต รู้ว่าตนเองต้องการจะทำสิ่งใด เพื่ออะไร อะไรคือสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง

1.2 พึงพอใจในชีวิตของตนเอง คือ การที่ผู้ป่วยพอใจกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พึงพอใจกับประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่าในอดีตที่ผ่านมาของตน มองเห็นว่าชีวิตเป็นสิ่งมีคุณค่า มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความหมายและพอใจที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง

2. ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนา อันประกอบด้วย

2.1 การมีความศรัทธา ความเชื่อในศาสนา คือ การมีความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อความเชื่อพื้นฐาน 4 ประการของศาสนาพุทธ ได้แก่ ความเชื่อในการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า เชื่อกฎแห่งกรรม เชื่อผลของกรรมที่ทำและเชื่อว่าเราได้รับผลของกรรม

2.2 การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและความความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา คือ การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้คลายความทุกข์ และมีความสุขเมื่อได้ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา ซึ่งมีหลักสำคัญ 3 ประการ คือ การละเว้นการทำความชั่ว การกระทำความดีและการทำจิตใจให้บริสุทธิ์

ความมีสติ (Mindfulness) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้ตัวต่อความคิด ความรู้สึก การรับรู้สัมผัสที่เกิดขึ้น โดยไม่ไปเสริมเติมแต่ง (non-elaborative) ไม่ตัดสิน (non-judgment) ฐิตอยู่กับปัจจุบัน (present-centered awareness) และยอมรับอย่างที่เป็น [22]

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic approach) หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ครอบคลุม ครอบคลุมทุกมิติของการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ มิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณ [27]

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลจากการศึกษาอาจทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถใช้เป็นแนวทางแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในการพัฒนางานการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในการรักษาที่เป็นองค์รวม และเป็นแนวทางในการพัฒนางาน บริบาลแก่สหกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย รับประทานยา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบของโรคเอดส์

1.1 ด้านร่างกาย

1.2 ด้านจิตใจ

1.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1.4 ด้านจิตวิญญาณ

2. พื้นฐานเรื่องสมาธิ

2.1 ประเภทของการทำสมาธิ

2.2 สมาธิทางการแพทย์

3. การศึกษาเรื่องการทำสมาธิเจริญสติในทางคลินิก

4. การศึกษาเรื่องการทำสมาธิเจริญสติในผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีและโรคเอดส์

5. โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

6. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์

6.1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

6.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

6.3 แบบประเมินอาการของเอชไอวี

6.4 แบบประเมินความเครียด

6.5 แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

6.6 แบบประเมินระดับของสติ

2.1 ผลกระทบของโรคเอดส์

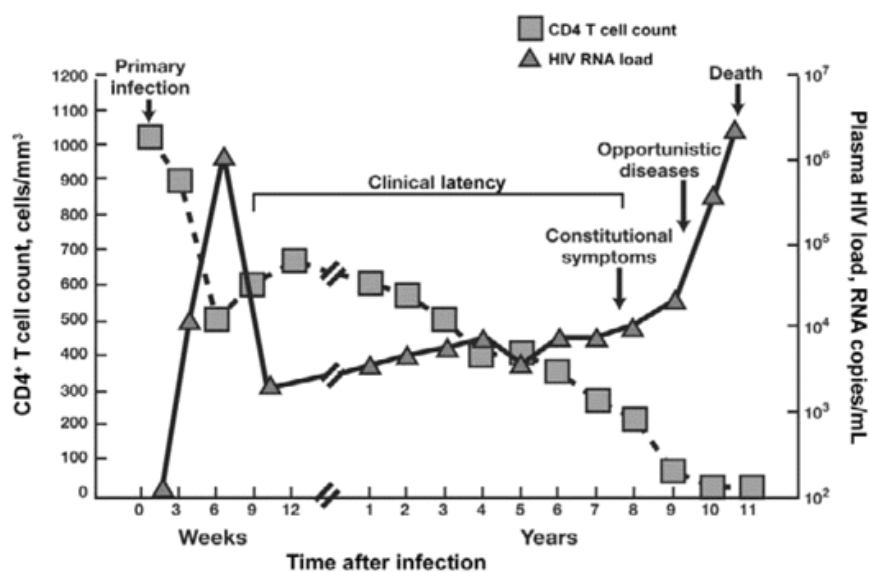
โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome; AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากการที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เข้าสู่ร่างกาย ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด รวมทั้งการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายและทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยเฉพาะ ที ลิมโฟไซต์ (T-lymphocytes) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะหนึ่ง ก่อนจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนสามารถทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดต่ำลง กระทั่งทำให้เกิดการติดเชื้อโรคแทรกซ้อน เกิดอาการเจ็บป่วยในหลายระบบของร่างกาย รักษาไม่หาย ปรากฏเป็นโรคเอดส์ระยะสุดท้าย และเสียชีวิตในที่สุด [28]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้นิยามของสุขภาพ (Health) หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม อันมิได้หมายถึงความปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือความพิการเท่านั้น [29] ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะต่าง ๆ ของร่างกาย มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว การรักษาที่ไม่หายขาด การเจ็บป่วยที่เป็นระยะเวลานาน จนกลายเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องปรับตัวเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

2.1.1 ด้านร่างกาย อาการและอาการแสดง แบ่งเป็น 3 ระยะ (รูปที่ 1) ดังนี้ [30]

2.1.1.1 Primary/Acute HIV infection

ระยะนี้จะพบว่าร่างกายมีการตอบสนอง ต่อเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน เกิด หลังจากได้รับ เชื้อประมาณ 2-4 สัปดาห์ อาการคล้ายไข้หวัด ต่อม่าน้ำเหลืองโต มีผื่นตามร่างกาย อูจาระร่วง (ตารางที่ 1) การตรวจเลือดมักพบ antibody (Ab) ให้ผลลบ แต่พบ viral load ปริมาณสูง มากกว่า 1 ล้านเซลล์/มิลลิลิตร ต่อมาร่างกายจะตอบ สนองต่อการติดเชื้อโดยการสร้าง Cytotoxic CD8+T cells ทำให้ปริมาณของเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง



รูปที่ 1 ระยะต่างๆในการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของ Primary/Acute HIV infection หรือ acute retroviral Syndrome [31]

อาการและอาการแสดง	พบร้อยละ
ไข้	96
ต่อมน้ำเหลืองโต	74
คออักเสบ (Pharyngitis)	70
ผื่น: Erythematous maculopapular ที่ใบหน้า ลำตัว แขน ขา ฝ่ามือหรือฝ่าเท้า : แผลที่เยื่อเมือก (mucocutaneous ulceration) เช่น ปาก หลอดอาหารหรืออวัยวะเพศ	70
ปวดกล้ามเนื้อ หรือปวดข้อ	54
ท้องเสีย	32
ปวดศีรษะ	32
คลื่นไส้ และอาเจียน	27
ดับม้ามโต	14
น้ำหนักตัวลด	13
เชื้อราในช่องปาก	12
อาการทางระบบประสาท : Meningoencephalitis หรือ aseptic meningitis, peripheral neuropathy หรือ radiculopathy, facial palsy, Guillain-Barré syndrome, brachial neuritis, cognitive impairment หรือ psychosis	12

2.1.1.1 Clinical latent period

เป็นระยะที่ร่างกาย ไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ เชื้อมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องในระบบน้ำเหลืองของร่างกาย ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลดต่ำลง ปริมาณซีดีโฟร์ลดต่ำลง จนถึงจุดหนึ่งร่างกายจะแสดงอาการติดเชื้อ หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส [30] ระยะเวลาในช่วงนี้สั้นหรือยาวขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยทั่วไป Clinical latent period มีระยะเวลาประมาณ 10 ปี

2.1.1.2 AIDS

ในระยะนี้ ปริมาณซีดีโฟร์ลดลง ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคมะเร็ง และเสียชีวิตในที่สุด ในปี ค .ศ. 1993 The Center for Disease Control and Prevention (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี) เป็น 9 ประเภท ตามอาการแสดงทางคลินิกและระดับค่าเซลล์ซีดี 4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามอาการแสดงทางคลินิกและระดับค่าเซลล์ซีดีโฟร์ [32]

CD4 T-cell categories (absolute number and percentage)	Clinical categories ^a		
	(A) Asymptomatic	(B) Symptomatic	(C) AIDS
1. ≥ 500 cells/ μ l or 29%	A1	B1	C1
2. 200-499 cells/ μ l or 14-28%	A2	B2	C2
3. < 200 cells/ μ l or 14%	A3	B3	C3

^a ดูคำอธิบายเพิ่มเติมได้ในภาคผนวก ก หน้า 124

2.1.2 ด้านจิตใจ

การติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์นับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรง และก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง [33] นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังได้รับผลกระทบทางจิตใจ เนื่องจากเป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่าเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นโรคที่มีความรุนแรง เรื้อรัง น่ากลัว เป็นแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยในระยะแรกเป็นระยะที่มีการปรับตัวต่อวิกฤต (initial crisis) ที่พบได้บ่อย คือ ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ตกใจ สับสน [34] ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการ ขาดการควบคุมตนเองในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหา ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ [35] มีอาการซึมเศร้าหรือไม่สบายใจ โดยมีความรู้สึกเศร้าใจร่วมกับอาการวิตกกังวล และจะมีอาการเช่นนี้ เป็น ๆ หาย ๆ ในช่วงเวลาที่ป่วยด้วยโรคนี้ [36] ระยะต่อมาเป็นระยะของการปรับเปลี่ยน (transitional state) ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกหลายอย่างปนกัน ได้แก่ โกรธ รู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง สงสารตัวเอง ในบางขณะอาจมีลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงแทรกขึ้นมาเป็นบางครั้ง [35] นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกเกรงกลัวต่อการถูกประณามจากสังคมรอบข้าง กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น ปกปิดตนเองกลัวผู้อื่นทราบ จึงทำให้ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์ขาดความมั่นคง และความมั่นใจในการดำเนินชีวิต รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า จากผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความบีบคั้นทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์จะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ในชีวิต [37] ผู้ป่วยบางราย เกิดความคิดฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายในที่สุด เพื่อเป็นการลงโทษตนเอง หรือเป็นการยุติปัญหา อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ และประคับประคองด้านจิตใจจนสามารถผ่านพ้นระยะดังกล่าว ก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายซึ่งเป็นระยะของการปรับตัว และยอมรับความจริง (acceptance) โดยผู้ป่วยจะเริ่มตั้งเป้าหมายในแง่ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง [35]

สภาวะจิตใจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามักให้ความร่วมมือในการใช้ยาค่ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ [4-6] ซึ่งอาการซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น รู้สึกว่าการเป็นโรคเอดส์เป็นการลงโทษเนื่องจากพฤติกรรมของตนเองในอดีต การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และอาการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น ภาวะความเครียดและอาการวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ [7] ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์มักจะมีภาวะความเครียดและอาการวิตกกังวลสูง เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง และขาดการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

2.1.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

สังคมมีทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่เป็นไปในลักษณะลบ ความไม่รู้จักจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความตื่นกลัว รังเกียจผู้ติดเชื้อ และมีการไล่ออกจากงาน [3] อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพที่เสื่อมลง ร่วมกับการรังเกียจและไม่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่มีงานทำ ขาดรายได้ [3] นอกจากนี้ยังมีผลกระทบเกิดขึ้นภายในครอบครัว ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ [36] โดยสมาชิกภายในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ และรู้สึกเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว นำไปสู่ความตึงเครียด และการแตกแยกของครอบครัว มีการปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความกลัว และการไม่ยอมรับของสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ขาดแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจจากครอบครัวและสังคม ขาดบุคคลที่เข้าใจและห่วงใย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องแยกตัวออกจากสังคม ย้ายออกจากหมู่บ้านหรือแยกจากครอบครัวเดิมออกไปอยู่ตามลำพัง [38] ระยะต่อมา ผู้ป่วยเอดส์มีการรวมกลุ่มระหว่างผู้ติดเชื้อเพื่อช่วยเหลือตนเองและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เผชิญกับปัญหาที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบกับประชาชนและสื่อต่าง ๆ เริ่มเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ครอบครัวและสังคมเริ่มยอมรับได้ แต่ทว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวหรือขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ต้องเสาะแสวงหาที่พักพิงในวาระสุดท้าย เช่น ศูนย์สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์กรเอกชนต่าง ๆ รวมถึงวัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ [3]

2.1.4 ด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ เป็นยอดสูงสุดที่ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อสุขภาพอีก 3 มิติ คือ มิติทางสังคม ทางจิต และทางกาย หากบุคคลขาดสุขภาพทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อมนุษย์ขาดความสมบูรณ์ในตัวเองก็จะรู้สึกขาดและพร่องอยู่เรื่อยไป ต้องหาอะไรเติม เช่น ยาเสพติด ความรุนแรง [39] เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจึงเกิดผลกระทบทางจิตวิญญาณที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยอย่างมาก จากความเชื่อที่ว่า การติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นการลงโทษจากพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ที่ตนนับถือศรัทธาต่อการประพฤติที่ผิดศีลธรรมและน่าละอายหรือเป็นบาป [40] อย่างไรก็ตาม

ตาม ผู้ป่วยยังปรารถนาที่จะได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การให้อภัย และการ
 อโหสิกรรมจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ที่เชื่อว่ามีอำนาจเหนือตน เพื่อลด
 ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความหวังอันเป็นแรงผลักดันที่สำคัญของการมี
 ชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ทั้งด้านความ
 ผาสุกในการดำเนินชีวิตและความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา [26]

2.2 พื้นฐานเรื่องสมาธิ

ในสังคมตะวันตกนั้นการทำสมาธิเป็นหนึ่งในวิถีทางปฏิบัติเชิงปรัชญาและเพื่อบรรลุดุจดม
 คติทางศาสนาที่มีการปฏิบัติสืบทอดกันมานับพัน ๆ ปี ในศาสนาพุทธนิกายต่าง ๆ ศาสนาฮินดู และ
 ลัทธิเต๋า ได้แก่ วิปัสสนา (Vipassana) สติปัฏฐาน 4 กรรมฐาน 40 การทำสมาธิแบบพุทธศาสนา
 นิกายเซน (Zen Buddhist Meditation; Zazen) โยคะ (Yoga) โยคะสูตรปาตาลี (Yoga Sutra of
 Patanjali) กุณฑลินีโยคะ (Kundalini Yoga) ราชาโยคะ (Raja Yoga) หัตถะโยคะ (Hatha Yoga)
 ปรานายามะ (Pranayama) ชีกง (Qigong) ไทเก็ก (Tai chi) ส่วนในวัฒนธรรมและ ศาสนาของ
 ชาวตะวันตก รูปแบบของการทำสมาธิคือการสวดภาวนาอันวนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พระผู้เป็นเจ้า
 และระลึกชื่อพระคริสต์ในใจ [41]

การแบ่งประเภทของการทำสมาธิในทางการแพทย์ที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลาย แบ่ง
 ออกเป็น 2 ประเภทตาม Naranjo และ Ornstein [42]

2.2.1 ประเภทของการทำสมาธิ

ประเภทของการทำสมาธิในทางการแพทย์ [42] ได้แก่

1. **การทำสมาธิแบบจดจ่อ (Concentrative meditation)** เป็นรูปแบบที่ฝึกให้ผู้ปฏิบัติจำกัดความใส่ใจอยู่เฉพาะสิ่งใดสิ่งหนึ่ง พุ่งความสนใจทั้งหมดกับสิ่งที่กำหนดในสมาธิ ละวางสิ่งเร้าต่าง ๆ รอบตัว จนกระทั่งจิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน สิ่งที่ใช้กำหนดในสมาธิ ได้แก่ ลมหายใจ คำภาวนา มन्ตรา (mantra) เป็นต้น
2. **การทำสมาธิเจริญสติ (Mindfulness meditation, Opening-up meditation)** เป็นการทำสมาธิที่เน้นความใส่ใจต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายในอย่างไม่ตัดสิน (non-judgmental) ไม่ยึดติดต่อสิ่งเร้านั้น เปิดใจรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทั้งความรู้สึกร่างกาย (body sensation) อารมณ์ (emotions) ความคิด (thoughts) มีความสงบ ไม่หวั่นไหวไปตามสิ่งที่รับรู้ สามารถปล่อยวางเงื่อนไขที่จะตอบสนองแบบเดิม วิธีการที่เป็นที่รู้จัก ได้แก่ วิปัสสนา การทำสมาธิแบบเซน การเจริญสติในชีวิตประจำวันตามแนวทางท่านดิช นัท ฮันห์ การลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน การบำบัดเชิงความคิดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน และ โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด เป็นต้น

หลักการที่สำคัญของการทำสมาธิ คือ ความใส่ใจต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายในร่างกายอย่างไม่ตัดสิน ไม่ยึดติดต่อสิ่งนั้น การทำสมาธิบางวิธี จะมีการผสมผสานทั้งการทำสมาธิแบบจดจ่อและแบบเจริญสติเข้าด้วยกัน เช่น ระหว่างที่มีการพุ่งความสนใจไปที่ลมหายใจเข้าและออก หากมีความคิดอื่นใดแทรกขึ้นมา ก็ให้กำหนดรู้ความคิดนั้นโดยไม่ดื้อ สงบใจไปวิเคราะห์สิ่งนั้น เพียงแค่รับรู้ ว่า “ความคิด” แล้วทำความใส่ใจกับลมหายใจ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งประเภทของสมาธิโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขา [43] เป็น 5 ประเภท คือ

1. **สมาธิแบบมนตรา (Mantra meditation)** คือ กลุ่มของวิธีการใช้มนตรา หรือฝึกจดจ่อ (concentrative) กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ประกอบด้วย Transcendental Meditation, Relaxation Response และ Clinically Standardized Meditation
2. **การทำสมาธิเจริญสติ (Mindfulness meditation)** คือ กลุ่มการทำสมาธิที่ใช้การฝึกสติ พัฒนาการยอมรับ ฝึาคูธรรมชาติดที่เกิดขึ้นและดำเนินไป ฝึกการดำรงอยู่ในปัจจุบัน ไม่ตัดสินประสบการณ์ใด ๆ ประกอบด้วย วิปัสสนา (Vipassana) สถิติฐาน 4 การทำ

สมาธิในศาสนาพุทธนิกายเซน , Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy

3. **โยคะ (Yoga)** คือ กลุ่มของการทำสมาธิที่มีรากฐานมาจากปรัชญาโยคะ (Yogic philosophy) รวมองค์ประกอบของรูปแบบการดำเนินชีวิต การจัดทำทาง การควบคุมลมหายใจ และการทำสมาธิหลายแบบเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย หัตถะโยคะ (Hatha yoga) กุณฑลินีโยคะ (Kundalini yoga) ปราณายามะ (Pranayama) ราชาโยคะ (Raja yoga) สหัจจมรรค (Sahaj Marg)
4. **ไทเก๊ก (Tai Chi)** เป็นสมาธิที่ดัดแปลงมาจากศิลปะการต่อสู้แบบจีน อาจเรียกว่า สมาธิเคลื่อนไหว (meditation in motion, dynamic meditation) ซึ่งรวมการเดินจงกรม (walking meditation) ในศาสนาพุทธเข้าไว้ด้วย
5. **ชี่กง (Qi gong)** เป็นรูปแบบการฝึกของการแพทย์จีนแผนโบราณที่รวมการประสาน หายใจแบบต่าง ๆ เข้ากับท่าทาง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการทำสมาธิเข้าเข้าด้วยกัน

ประเภทของการทำสมาธิในทางพุทธศาสนา [44-45]

การทำสมาธิ หรือการเจริญภาวนาจัดว่าเป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการสร้างบุญบารมี เป็นวิถีทางปฏิบัติให้บุคคลได้เกิดปัญญา พิจารณาเห็นความเปลี่ยนแปลงและสิ่งต่าง ๆ ตามความจริง การทำสมาธิในทางพุทธศาสนา มี 2 ประเภท

1. **สมถภาวนา (การทำสมาธิ)** คือ การทำจิตให้ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียว ไม่ฟุ้งซ่านไปยังอารมณ์อื่น วิธีการภาวนามีหลายร้อยชนิด ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงบัญญัติเป็นแบบอย่างเอาไว้ 40 ประการ เรียกว่า กรรมฐาน 40 เช่น กสิณ 10 อสุภะ 10 เป็นต้น ซึ่งจะผู้ฝึกจะเลือกวิธีใดจะขึ้นกับอุปนิสัยและวาสนา และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรักษาศีลให้บริสุทธิ์ อันจะทำให้เป็นกำลังให้เกิดสมาธิได้ อย่างไรก็ตาม สมถภาวนาแม้จะทำให้จิตใจมีความสงบก็ยังไม่ก่อให้เกิดปัญญา เห็นความเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นจริง
2. **วิปัสสนาภาวนา (การเจริญปัญญา)** เป็นการใช้จิตพิจารณา ใคร่ครวญ หาเหตุและผลจนรู้เห็นตามที่เป็นจริงว่า รูป-นาม (ขั้น 5) อันได้แก่ ร่างกาย (รูป) ความรู้สึก (เวทนา)

ความจำ (สัญญา) ความคิด (สังขาร) และความรู้แจ้ง (วิญญาน) ล้วนมีอาการเป็นไตรลักษณ์ คือ ความไม่เที่ยง (อนิจจัง) มีสภาพที่ทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ (ทุกขัง) และความไม่ใช่ว่า ไม่ใช่ตน ไม่ใช่สัตว์ ไม่ใช่บุคคล ไม่ใช่สิ่งของ (อนัตตา)

2.2.2 สมาธิทางการแพทย์

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันที่เจริญ รุดหน้า และมีผลการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้การรักษาทางจิตใจและจิตวิญญาณมีบทบาทเป็นเพียงการแพทย์ทางเลือก แต่อย่างไรก็ตามความทุกข์ทรมานทางจิตกลับ ส่งผลกระทบกับ อาการป่วยของร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังคำที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” จึงทำให้ศาสตร์การทำสมาธิยังเป็นสิ่งที่นักวิทยาศาสตร์ ให้ความสนใจศึกษาอยู่เสมอ ในปี 1966 โยคีชาวอินเดีย ชีมหาริชี มเหช โยคี (Maharishi Mahesh Yogi) เป็นผู้นำสมาธิแบบ Transcendental Meditation (TM) ที่พัฒนามาจากคำสอนในคัมภีร์พระเวทของฮินดูมาสอนให้กับคนในสังคมตะวันตกโดยเฉพา ะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ชาวตะวันตกมีความตื่นตัวในเรื่องสมาธิอย่างมาก

ในช่วงปี 1960-1970 นับเป็นช่วงเริ่มต้นของสมาธิทางการแพทย์แบบตะวันตก คณะแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์ต่างให้ความสนใจศึกษาผลของการทำสมาธิรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพิสูจน์ความเชื่อและการปฏิบัติที่สืบทอดกันมาในสังคมตะวันออก ผลจากการศึกษานำมาสู่แนวคิดที่จะนำสมาธิมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมสมาธิมาประยุกต์ใช้ทางคลินิกมากขึ้น เช่น โปรแกรม การลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) การบำบัดเชิงความคิดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) Clinically Standardized Meditations (CSM) การตอบสนองอย่างผ่อนคลาย (Relaxation Response: RR) โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด เป็นต้น รูปแบบของการทำสมาธิเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 รูปแบบของการทำสมาธิเพื่อส่งเสริมสุขภาพ [41]

รูปแบบ	ผู้พัฒนา	องค์ประกอบหลัก	การฝึก
Transcendental Meditation; TM [46]	พัฒนาโดย Maharishi Mahesh Yogi ในปี 1966 จากคัมภีร์ พระเวทของ ฮินดู	การระลึกถึงคำมนตราที่เป็นคำศักดิ์สิทธิ์ใน คัมภีร์พระเวทซ้ำ ๆ ในใจ จนกว่าคำนั้นจะติด อยู่ในใจ ประคองให้ใจอยู่ในสภาวะเป็นเวลา 20 นาที วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น ผู้ฝึกจะนั่งในท่าที่สบาย หลังตรงเมื่อได้ เริ่มต้นฝึก และผู้ฝึกต้องมาพบผู้สอนเพื่อ สอบถามหลักการปฏิบัติเป็นระยะ	ผู้ฝึกจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับ TM ในรูปแบบของโปรแกรม เริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลทั่วไป ผลการฝึก รายละเอียด ของวิธีการ ใช้เวลาสอน 5-6 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 วัน จากนั้นจะนัดให้ผู้ฝึกเข้ามารับการสัมภาษณ์จาก อาจารย์เป็นเวลา 5-10 นาที มีพิธีการถ่ายทอดมนตรา แล้วนำไปฝึกต่อที่บ้าน มีการนัดพบในกลุ่มอีก 2-3 ครั้ง เพื่อที่ผู้สอนจะได้ทราบปัญหาของการฝึกและแก้ไข ปัญหาให้กับผู้ฝึก
สมาธิอย่างง่าย (Saral Meditation) [47]	พัฒนาโดย Shah AH ในปี 2001 ไม่ผูกมัดกับ องค์การหรือความเชื่อ ทางศาสนา	นำหลักการทำ สมาธิผนวกกับความศรัทธา ต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (divine) ที่ผู้ฝึกนับถือ จุดเด่น คือความเรียบง่ายของการปฏิบัติ	ใช้ทำนั่งหลังตรงและหลังราบบนเก้าอี้ธรรมดา ใน สถานที่สงบเงียบ แสงสว่างเป็นธรรมชาติ นั่งหลังตา อย่างผ่อนคลายบนเก้าอี้ทำในตอนเช้าและเย็นเป็นเวลา 15-20 นาที ควรมีช่วงของการทำสมาธิประมาณ 5-6 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้พัฒนา	องค์ประกอบหลัก	การฝึก
Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR [48]	พัฒนาโดย Dr. Jon Kabat-Zinn ในปี 1979 พัฒนาจากการเจริญสติในแนวพุทธศาสนาเข้ากับการฝึกการผ่อนคลายและการฝึกโยคะ	ประกอบด้วย การนั่งสมาธิ การสำรวจความรู้สึกของร่างกาย (body scan) หัตถะโยคะ (hatha yoga) เทคนิคการเผชิญปัญหาให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องความเครียด	ฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน และมีการฝึกแบบตลอดทั้งวันในสัปดาห์ที่ 6 รวมทั้งให้ผู้ฝึกกลับไปฝึกที่บ้านด้วยตนเองเป็นเวลา 45 นาที ในแต่ละครั้ง ทำอย่างน้อย 6 วันใน 1 สัปดาห์
Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBCT [49]	พัฒนาโดย Zindel Segal, Mark Williams และ John Teasdale ในช่วง 1990s รวบรวมจากการทำสมาธิเจริญสติและ cognitive therapy	การนั่งสมาธิและสำรวจความรู้สึกของร่างกาย ทักษะหลักของโปรแกรมนี้คือ ลดการทำงานของวงจรอารมณ์-ความคิดที่ทำให้อารมณ์ในด้านลบ โดยการฝึกให้สติรู้ทันรูปแบบความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับตนเองในแง่ลบนั้น	เวลาฝึก 8 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 1-4 จะได้เป็นการฝึกให้รู้ทันความคิดที่เปลี่ยนแปลงในใจ การดึงกลับมาที่จุด ๆ เดียวโดยใช้สมาธิลมหายใจและการสำรวจความรู้สึกของร่างกาย เรียนรู้ความเชื่อมโยงของใจที่ปล่อยให้เกิดความคิดในแง่ลบในสัปดาห์ที่ 5-8 จะเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ลงในปัจจุบันและในอนาคต ให้ผู้ฝึกนากลับไปฝึกต่อที่บ้านทุกวัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้พัฒนา	องค์ประกอบหลัก	การฝึก
Clinically Standardized Meditations; CSM [43]	พัฒนาโดย Patricia Carrington ในปี 1970 ประยุกต์มาจากการทำสมาธิในแบบอินเดียมาใช้ร่วมกับหลักการทำสมาธิแบบตะวันตก	ผู้ฝึกจะเลือกคำมนตรา 1 คำ หรือตั้งคำขึ้นเองโดยเป็นคำที่มีลักษณะไพเราะ กังวาน และหลีกเลี่ยงคำที่มีผลลบต่ออารมณ์ ทำให้ผู้ฝึกรู้สึกสงบ ใช้นั่งที่รู้สึกสบาย ลืมตา และมองไปยังวัตถุที่ทำให้สบายใจ พุทมนตราออกมาให้ ไฉนช้า ๆ เป็นจังหวะ แล ะลดระดับเสียงลงจนกระทั่งเหลือเป็นเพียงความคิดในใจค่อย ๆ หลับตา จังหวะเป็นไปตาม ธรรมชาติ อาจเร็วหรือช้าก็ได้	มีการฝึก 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการฝึกแบบตัวต่อตัวระยะเวลา 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 เป็นการฝึกแบบกลุ่ม ฝึกวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที
การตอบสนองอย่างผ่อนคลาย (Relaxation Response; RR) [43]	พัฒนาโดย Herbert Benson ในช่วงทศวรรษ 1970 รวบรวมมาจากพื้นฐานการทำสมาธิ วิธีการต่าง ๆ มาบูรณาการเป็นรูปแบบใหม่ที่ทำให้เกิดการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกได้	ผู้ฝึกจะนั่งในท่าที่สบาย หลับตาและผ่อนคลาย กล้ามเนื้อตั้งแต่เท้าขึ้นมาถึงศีรษะ สนใจที่ลมหายใจเข้าและออก มีคำพูด “หนึ่ง” ในใจเมื่อหายใจออก เมื่อเสร็จสิ้นแล้วจะให้ผู้ฝึกนั่งเงียบ ๆ และค่อย ๆ ลืมตา และ ใช้การสำรวจความรู้สึกของร่างกายโดยการเคลื่อนไหวความสนใจไปยังร่างกายส่วนต่าง ๆ เพื่อฝึกการผ่อนคลายร่างกาย	RR ใช้เวลาในการเรียนรู้เพียง 5 นาที แนะนำให้ฝึกวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 15-20 นาที แต่จะไม่ทำหลังมื้ออาหาร ภายใน 2 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการย่อยอาหารอาจไปรบกวนผลการฝึกได้

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้พัฒนา	องค์ประกอบหลัก	การฝึก
Consciousness Transformation Program for Stress Management; CTMS [41]	พัฒนาโดย รศ . นพ. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ จาก มูลนิธิอานันทมหิดล ระหว่าง ปี พ .ศ. 2539-2542 บูรณาการจาก แนวคิด หลักการ วิธีการ ปฏิบัติทางศาสนา ปรัชญา ทางตะวันออกกับจิตวิทยา ตะวันตก เลือกเฉพาะแก่นสาระสำคัญและสามารถนำมาฝึกได้ในชีวิตประจำวัน	ใช้การฝึกสมาธิเจริญสติให้เกิดความสงบของจิตในเบื้องต้น พัฒนาสติให้มีความใส่ใจต่อธรรมชาติภายในตน ได้แก่ ลมหายใจความรู้สึกของร่างกาย อารมณ์ ความคิดเงื่อนไขของความคิด และพัฒนาจิตสำนึกของการยอมรับเข้าใจตนเอง	รูปแบบกลุ่มสมาธิบำบัด ระยะเวลา 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ต่อเนื่องกันและให้ผู้ฝึกกลับไปฝึกด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน ๆ ละ 20-30 นาที และในช่วงเวลาแห่งความสงบขณะใช้ชีวิตประจำวันครั้งละ 2-3 นาที วันละประมาณ 5 ครั้ง

2.3 การศึกษาเรื่องการทำสมาธิในทางคลินิก

การพัฒนาเครื่องมือที่สามารถวัดผลที่เปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการทำสมาธิ เช่น การตรวจวัดคลื่นสมอง (Electroencephalography) การตรวจวัดปริมาณสารต่าง ๆ ในเลือด สามารถยืนยันได้เป็นอย่างดีว่ากายและใจไม่ใช่สิ่งที่มองแบบแยกส่วน (Dualism) แต่เป็นองค์ประกอบของชีวิตเดียวกันที่แสดงออกในทางรูปธรรมหรือนามธรรม [22] ความเจ็บป่วยของจิตใจสามารถส่งผลสะท้อนให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ด้วยเช่นกัน การทำสมาธิจึงยังคงเป็นสิ่งที่นักวิทยาศาสตร์ให้ความสนใจและมีรายงานผลการศึกษอย่างต่อเนื่องเสมอ ดังจะขอสรุปผลการศึกษาผลของการทำสมาธิที่มีต่อ ร่างกาย จิตใจ สมอง และพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

2.3.1 ร่างกาย

Davidson และคณะ [50] ศึกษาผลของการทำสมาธิเจริญสติที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อได้รับวัคซีนไข้วัดใหญ่ (influenza vaccine) เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ได้รับการฝึกสมาธิเจริญสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึก กิดใด ๆ จำนวน 16 คน พบว่าหลัง การฝึก 4 เดือน กลุ่มศึกษาสามารถสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้วัดใหญ่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบว่าระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับระดับการกระตุ้นสมองส่วนหน้าอีกด้วย

Solberg และคณะ [51] ศึกษาเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตในผู้ฝึกสมาธิที่มีความชำนาญ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ทำการนั่งพักเป็นเวลา 1 ชั่วโมงเท่ากัน พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจในกลุ่มที่ทำสมาธิชำนาญจะลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate variability) ซึ่งใช้ในการวัดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติก็ลดน้อยลง เมื่อทำการวัดซ้ำที่ 2 ชั่วโมง พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจลดลงจากเดิมแต่มีระดับความดันโลหิตที่คงที่ เนื่องจากร่างกายสามารถรักษาสสมดุลของความดันโลหิตไว้ได้

Cysarz และ Bussing [52] พบว่าการทำสมาธิแบบเซน และการเดินจงกรมทำให้อัตราการหายใจลดลง และสอดคล้องเป็นจังหวะเดียวกับการเต้นของหัวใจมากขึ้น เมื่อเทียบกับการปล่อยให้หายใจด้วยตนเอง (spontaneous breathing)

Gallois และคณะ [53] ได้ศึกษาผลของการทำสมาธิที่มีต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไต โดยระบบประสาทซิมพาเทติกมีหน้าที่ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตที่บริเวณ adrenal medulla ให้หลั่งสาร catecholamine ออกมากับปัสสาวะ ผลจากการศึกษาพบว่า

ระดับ catecholamine ที่ออกมาในปัสสาวะของผู้ที่ฝึกสมาธินาน 40 นาที มีระดับน้อยกว่าผู้ที่นั่งพักเฉย ๆ แสดงว่าการทำสมาธิจะทำให้เกิดภาวะพักในระดับที่ลึกกว่า

Michaels และคณะ [54] ศึกษาผลการตอบสนองความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 75 ปี) พบว่าเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฝึกสมาธิจะมีค่า cortisol ในปัสสาวะ สูงเป็น 3 เท่าของกลุ่มที่ทำสมาธิ แสดงว่ากลุ่มที่ทำสมาธิเป็นประจำจะตอบสนองต่อความเครียดน้อยกว่า อาจมีผลในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษามากมายที่สามารถยืนยันผลของการทำสมาธิที่มีส่วนร่วมในการรักษาโรคทางร่างกายต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด [55-59] เช่น โรคสะกดเงิน โรคเบาหวาน โรคปวดกล้ามเนื้อ (fibromyalgia) โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ซึ่งทั้งหมดยังต้องการการศึกษามากกว่านี้ในการยืนยันผลที่ชัดเจน

2.3.2 จิตใจ

Kabat-Zinn และคณะ [60] ศึกษาประสิทธิภาพของการทำกลุ่มบำบัดเพื่อลดความเครียดด้วยการทำสมาธิเจริญสติในผู้ป่วยโรควิตกกังวล (anxiety disorder) และโรคตื่นตระหนก (panic disorder) จำนวน 22 ราย ให้ผู้ป่วยทั้งหมดเข้าร่วมโปรแกรม MBSR และทำการติดตามวัดผลซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม ผลจากการศึกษาพบว่า MBSR สามารถลดค่าคะแนนความวิตกกังวล อารมณ์เศร้าได้ในผู้ป่วยจำนวน 20 ราย กระบวนการเกิดจากการเจริญสติที่ทำให้บุคคลตระลึกถึงและเผชิญกับความรู้สึกและอารมณ์เป็นเวลานานพอจนเกิดความเคยชิน และ desensitization ได้

Sephton และคณะ [61] ศึกษาผลของ MBSR ต่ออารมณ์เศร้าในผู้ป่วย fibromyalgia 51 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 40 ราย ประเมินอารมณ์เศร้าด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory พบว่ากลุ่มที่ได้ MBSR มีอารมณ์เศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

อัมพร หัสศิริ และคณะ [62] ศึกษาผลของสมาธิแนวโยคะและการจินตนาการในเด็กสมาธิสั้นอายุ 5-11 ปี จำนวน 15 คน วัดผลก่อน-หลังการฝึก ให้ฝึกวันละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนประเมินสมาธิและจินตนาการในเด็กสมาธิสั้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

Kreitzer และคณะ [63] ทำการศึกษาผลของการทำสมาธิเจริญสติเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ 20 คน พบว่าผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้นและยังมีการนอนหลับที่ดีหลังการฝึกที่ระยะเวลา 6 เดือน นอกจากนี้ยังพบการลดลงของอารมณ์เศร้าและความวิตกกังวลอีกด้วย

2.3.3 สมอง

สมองประกอบด้วยเซลล์จำนวนมาก มี การส่งผ่านสัญญาณที่เรียกว่า คลื่นสมอง (Brain waves) ที่ความถี่ระดับต่าง ๆ และทำงานตลอดเวลาทั้งในยามตื่นและหลับ การทำสมาธิมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมอง ซึ่งสามารถวัดผลได้ด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography: EEG) การจำแนกคลื่นสมองจากความถี่ใน 1 วินาที [41, 64] แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจำแนกคลื่นสมอง

ชนิดของคลื่นสมอง	ช่วงความถี่ (Hz.)	ลักษณะการทำงาน
เบตา (Beta)	13-30	ทำงานในสภาวะที่ตื่นตัวในการเรียนรู้ ใช้ความคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา จึงเป็นคลื่นสมองในระดับที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
แอลฟา (Alpha)	8-12	ทำงานในสภาพที่สงบ ผ่อนคลาย รู้สึกตัวแจ่มชัด เป็นสมองในภาวะพักตัว พบมากในคนที่นั่งหลับตาทำจิตสงบเบื้องต้น
ธีตา (Theta)	4-8	ทำงานในช่วงที่อยู่ระหว่างตื่นและหลับ เป็นสมองที่ผ่อนคลายในระดับลึกเข้าถึงภวังค์ แต่ยังรู้ตัว คือ สามารถรับรู้ข้อมูลภายนอกได้อยู่ เป็นช่วงสมองที่เหมาะสมในการเรียนรู้ของจิตได้สำนึก
เดลตา (Delta)	0.5-4	ทำงานในช่วงหลับลึก ไม่มีการฝัน จิตส่วนใหญ่เข้าสู่ภาวะที่ไม่รับรู้ข้อมูลภายนอก

West [64] พบว่า ผู้ที่สามารถ ทำสมาธิ ในระดับลึก จะเกิดปรากฏการณ์คลื่นเบต ความถี่สูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับการกระตุ้นการทำงานของ ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดความรู้สึกปีติสุข (ecstasy) และการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น

Yamamoto และคณะ [65] พบว่าการฝึกสมาธิ TM ทำให้เกิดคลื่นสมองชนิดแอลฟาเด่นที่สมองส่วนหน้าและส่วนกลาง เมื่อวิเคราะห์ตำแหน่งของคลื่นแอลฟา พบว่ามีความเด่นชัดที่สมอง

ส่วน medial prefrontal cortex (mPFC) และ anterior cingulate cortex (ACC) ซึ่งทำหน้าที่บริหารงาน (executive functions) และจัดการอารมณ์

Murata และคณะ [66] ทำการศึกษาค้นสมองในบุคคล 3 กลุ่มเปรียบเทียบกัน คือ กลุ่มผู้ทำสมาธิอย่างมาก กลุ่มที่ฝึกสมาธิปานกลาง และกลุ่มควบคุม ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำสมาธิมาก่อน หลังการทำสมาธิ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีคลื่นแอลฟาเพิ่มขึ้นเหมือนกัน แต่พบเฉพาะคลื่นธีตาในผู้ที่มีประสบการณ์สมาธิมาก่อนเท่านั้น จึงสามารถสรุปผลได้ว่าคลื่นธีตา มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ฝึกสมาธิ ผู้ที่ฝึกสมาธิมานานจะมีคลื่นธีตาและแอลฟามากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึก

2.3.4 พฤติกรรม

การฝึกสมาธิมีผลต่อการทำงานของ สมองส่วนที่ควบคุมเรื่องความใส่ใจ การตระหนักรู้ และด้านอารมณ์ มีจิตใจที่สงบแม้จะอยู่ภายใต้สถานการณ์ตึงเครียด จิตมีความสามารถในการสังเกต ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของร่างกาย โดยไม่ เข้าไปเปลี่ยนแปลงหรือต่อต้านกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น จิตใจมีความเข้มแข็งจนกระทั่งสามารถหยุดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเครียด การ รับประทาน อาหารตามใจปากเมื่อรู้สึกเศร้า การดื่มเหล้าหรือใช้ยาเสพติดเมื่อรู้สึกพ่ายแพ้ [67]

พริ้มเพรา ดิษยวณิช [68] ศึกษาผลของหลักสูตรวิปัสสนากรรมฐานอย่างเข้มข้นเป็นเวลา 5 วันในวัยรุ่นที่ติดยาบ้า (amphetamine dependence) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน พบว่าค่าความไวระหว่างบุคคล (interpersonal sensitivity) อาการหวาดระแวง (paranoid ideation) อาการโรคจิต (psychoticism) และระดับความเครียดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิปัสสนากรรมฐานทำให้จิตใจมั่นคง ไว้วางใจผู้อื่นและมองโลกตามที่เป็นจริงมากขึ้น

2.4 การศึกษาเรื่องการทำสมาธิในผู้ป่วยติดเชื้อมเอดส์และโรคเอดส์

ในปัจจุบันแนวทางการบำบัดรักษาโรคนั้นได้ขยายมุมมองจากการรักษาเฉพาะที่การเจ็บป่วยมาเป็นแนวทางการรักษาที่เป็นองค์รวม (Holistic Approach) ซึ่งรวมถึงการนำการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ในแนวทางต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการรักษาความเจ็บป่วย มีการศึกษานำการทำสมาธิเจริญสติซึ่งเป็นการบำบัดเชิงกาย-จิต (body-mind therapy) มาศึกษาผลในการบำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อมเอดส์และโรคเอดส์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

Creswell และคณะ [12] ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR) ที่มีต่อระดับซีดีโฟร์ ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 48 ราย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 6 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง พบว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีระดับ ซีดีโฟร์ ไม่แตกต่างจากระดับเดิมก่อนทำการศึกษา ในขณะที่กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง มีการลดลงของระดับ ซีดีโฟร์ เมื่อเปรียบเทียบกับระดับเดิมก่อนทำการศึกษา

Duncan และคณะ [13] ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานในการลดอาการข้างเคียงและความเครียดที่มีสาเหตุจากการเกิดอาการข้างเคียงในการใช้ยาต้านไวรัส ความร่วมมือในการใช้ยา และภาวะสุขภาพจิต ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีการเครียดจากการเกิดอาการข้างเคียงในการใช้ยาต้านไวรัส จำนวน 76 คน พบว่า สามารถลดอาการข้างเคียงและความเครียดจากการเกิดอาการข้างเคียงได้ แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับความร่วมมือในการใช้ยาและภาวะสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมลดความเครียด และกลุ่มควบคุม

Robinson และคณะ [14] ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่มีต่อความเครียดและอารมณ์ ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 57 คน พบว่าจำนวนและการทำงานของเนเชอรัล คิลเลอร์ เซลล์ (Natural killer cell; NK-cell) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของความเครียดและอารมณ์ การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากทำการศึกษาโดยให้ผู้ที่สนใจโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเป็นกลุ่มศึกษา และคัดเลือกผู้ที่ไม่สนใจเข้าฝึกโปรแกรมลดความเครียดเป็นกลุ่มควบคุม และมีผู้ออกจากการศึกษาสูงถึงร้อยละ 48

Jam และคณะ [15] ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่มีผลต่อภาวะจิตใจ ร่างกายและระดับซีดีโฟร์ ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ราย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานมีผลเพิ่มสุขภาวะทางจิต และมีผลเพิ่มระดับซีดีโฟร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gayner และคณะ [16] ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่มีต่อความเครียด อากา รวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความคิดในด้านบวกและด้านลบ ระดับ

ของความมีสติ ในกลุ่มผู้ป่วยชายรักชายจำนวน 117 ราย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานมีผลลดระดับความเครียด เพิ่มระดับความคิดในด้านบวก นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่ม ระดับของสติ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเครียด การเพิ่มระดับของความคิดด้านบวก และทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzalez และคณะ [17] ศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มความใส่ใจ การเพิ่มความรู้สึกร่างกายและการละวางโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่มีผลต่ออาการวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 98 คน พบว่าการเพิ่มของ ระดับของสติมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับอาการวิตกกังวล แต่ผลจากการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับการลดลงของอารมณ์ซึมเศร้า

สรุปผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การทำสมาธิเจริญสติมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยสามารถช่วยเพิ่มระดับซีดีโฟร์ เพิ่มการทำงานของ NK-cell ลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพิ่ม ระดับของสติ ส่งเสริมสุขภาวะทางจิต ลดความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้

2.5 โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (Consciousness Transformation Program for Stress Management)

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับพระราช ำทุนส่งเสริมบัณฑิต มูลนิธิอานันทมหิดล ระหว่างปี 2539-2542 ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในคลินิกสมาธิบำบัด มีชื่อว่า โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (The Consciousness Transformation Program for Stress Management) ที่รวบรวมแนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติทางศาสนา ปรัชญาทางด้านตะวันออกผสมผสานกับหลักจิตวิทยาทางตะวันตก เลือกเฉพาะส่วนที่เป็นแก่นสาระสำคัญ และสามารถนำมาฝึกปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน [18] โปรแกรมนี้ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาหรือความเชื่อ สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โปรแกรมการฝึกในแต่ละสัปดาห์ (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. การฝึกสมาธิลมหายใจขั้นที่ 1: การกำหนดรู้ลมหายใจ (Breathing meditation: recognition)
2. การฝึกสมาธิลมหายใจขั้นที่ 2: การเฝ้าดูลมหายใจ (Breathing meditation: awareness)
3. การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation awareness)
4. การระลึกรู้อารมณ์/การยอมรับอารมณ์ (Emotional recognition/acceptance)

5. การเฝ้าดูอารมณ์และความรู้สึกทางกาย (Emotional contemplation)
6. การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขความคิด (Awareness of thought and conditionings)
7. การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ (Absolute self-acceptance)
8. การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรัก/ความเข้าใจ (Consciousness of love and understanding)

รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ [18] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในการลดความเครียดและพัฒนาโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การทำสมาธิ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนทั่วไปผู้สนใจ จำนวน 139 คน รับการฝึกสัปดาห์ละครั้งติดต่อกันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วัดผลด้วยค่าคะแนนอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Symptom checklist-90 (SCL-90) ทั้งก่อนและหลังการฝึก พบว่าค่าคะแนนในหมวดต่าง ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 8 ใน 9 หมวด ได้แก่ การย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (interpersonal sensitivity) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) อารมณ์วิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobic anxiety) ความรู้สึกหวาดระแวง (paranoid ideation) และพฤติกรรมบ่งชี้อาการจิตกริต (psychoticism) โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในการลดความเครียดจึงช่วยเสริมการรักษาทางจิตเวช รวมทั้งช่วยลดอาการความเครียดในบุคคลทั่วไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ [20] ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 25 คน ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน SCL-90 พบว่ามีค่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 3 หมวด ได้แก่ การย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์ซึมเศร้า และความกลัวโดยไม่มีเหตุผล จึงสามารถช่วยลดอาการทางจิตเวชในวัยรุ่นที่ไม่ป่วยทางจิตได้

กิริณา แด่อารักษ์ และคณะ [19] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในการลดความเครียด และเพิ่มความจำของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด จำนวน 60 ข้อของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตและแบบวัดความจำของ Wechsler Memory Scale form I เก็บข้อมูลครั้งแรกก่อนเริ่มทดลองและครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 8 พบว่านักศึกษาที่ฝึกตามโปรแกรมครบถ้วนมีความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และมีความจำ

ระยะสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด จึงสามารถลดความเครียดและเพิ่มความจำของนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมได้

วัลลภา ศรีบุญพิมพ์สวาย และคณะ [21] ได้ทำการศึกษาผลของการทำสมาธิในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คนในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 199 คน ประยุกต์ใช้แนวทางการปฏิบัติจากโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด แต่ละระยะเวลาเดิมจาก 8 สัปดาห์เป็น 5 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการคลอดก่อนกำหนด คะแนน APGAR scores น้ำหนักทารกหลังคลอด และระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตัวเองของกรมสุขภาพจิต ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกการทำสมาธิสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และระดับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า สามารถนำโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดมาประยุกต์ ใช้เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาด้วยโปรแกรมสมาธิทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นการศึกษาในต่างประเทศ รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวจึงเป็นที่มาในการทำการวิจัยเรื่องนี้ เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่มีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความถี่ของอาการของเอชไอวี ลดความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับของสติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดร่วมกับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ผลของการศึกษาในครั้งนี้อาจทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในการรักษาที่เป็นองค์รวม และเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์รับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์

2.6.1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

ในปัจจุบันยังไม่มียาโรคเอดส์ให้หายขาด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด คือ มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่มากกว่าร้อยละ 95 เกสซ์กรจึงควรทำการติดตามระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ [69]

วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสมีหลากหลายวิธี ดังแสดงในตารางที่ 5 การเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จะทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด อย่างไรก็ตามควรเลือกใช้เครื่องมือมากกว่า 1 ชนิด [70] เพราะแต่ละเครื่องมือ มีความแม่นยำ ข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน สำหรับการศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือ 3 วิธี ได้แก่ การรายงานโดยผู้ป่วย (self report) แบบสอบถาม Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) และ Visual Analog Scale (VAS) ทั้ง 3 วิธีมีข้อดี คือ สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และใช้เวลาไม่นานในการประเมิน และเครื่องมือ self report และ SMAQ ยังมีข้อดีคือ สามารถให้ข้อมูล ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสได้ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

วิธีการนับเม็ดยา วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาได้เช่นกัน แต่ไม่เหมาะกับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้นำยาที่ได้รับทั้งหมดติดตัวมาด้วย และจากประสบการณ์การให้คำแนะนำการใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ชอบพกยาติดตัวเนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบว่าตนเองติดเชื้อ จึงมักเตรียมยาสำหรับรับประทานเฉพาะระหว่างการเดินทางมารับการรักษาเท่านั้น นอกจากนี้วิธีการนับเม็ดยายังมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี เพราะไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ายาที่หายไปนั้นผู้ป่วยรับประทานหรือไม่ หรือใช้ยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่

ตารางที่ 5 วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส [70, 71]

เครื่องมือ	ข้อดี	ข้อเสีย
การรายงานโดย ผู้ป่วย (Self-report)	- สะดวก ง่าย ประหยัด - ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (เช่น รับประทานยาไม่ตรงเวลากี่ครั้ง) และคุณภาพ (เช่น อะไรคือ เหตุผลที่ไม่ รับประทานยา หรืออะไรคือ เหตุผลที่ทำให้ รับประทานยา ไม่ต่อเนื่องหรือรับประทานเมื่อเวลาใดบ้าง)	- ข้อมูลได้จากความทรงจำของผู้ป่วย ข้อมูลจึง อาจไม่เป็นจริงหากผู้ป่วยจำเหตุการณ์ไม่ได้ หรือตั้งใจตอบข้อมูลเท็จ - ต้องใช้เวลานานในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย - อาจต้องอาศัยความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง - ถ้าผู้สัมภาษณ์ไม่มีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดีแล้วอาจได้ข้อมูลที่สูงกว่าความเป็นจริง - ไม่สามารถใช้ร้อยละ adherence จากการคำนวณเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ เป็นตัวแทนของร้อยละ adherence ทั้งหมด
SMAQ	- เหมาะในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยจำนวนมาก - สะดวก ประหยัด รวดเร็ว - ผ่านการวัดความเที่ยง ความตรงแล้ว - ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ	- อาศัยข้อมูลจากการทบทวนพฤติกรรมกร รับประทานยาในอดีต ข้อมูลจึงอาจไม่ถูกต้องและไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ - ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินทำให้ข้อมูลที่ให้มีแนวโน้มสูงเกินจริง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

เครื่องมือ	ข้อดี	ข้อเสีย
VAS	- สะดวก ประหยัด รวดเร็ว - ข้อมูลที่ได้สัมพันธ์กับข้อมูลการวัดจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และ self report	- ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินทำให้ข้อมูลที่ได้มีแนวโน้มสูงเกินจริง - ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของ adherence แตกต่างกัน ผลของการประเมินจึงแตกต่างกัน
การนับเม็ดยา (pill counts)	- สะดวก ง่าย ประหยัด ไม่ต้องพึ่งความทรงจำของผู้ป่วย - สามารถตรวจสอบการเก็บยาว่าเหมาะสมและมียาที่เสื่อมสภาพหรือไม่ - สามารถป้องกันไม่ให้ผู้ปวยนำยาไปให้อื่นรับประทาน	- ไม่สามารถใช้วิธีนี้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้นำยาดิดตัวมา - ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมี adherence ดีเพราะไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ายาที่หายไปนั้น ผู้ป่วย รับประทานหรือไม่ - บอกไม่ได้ว่าใช้ยาตรงเวลาหรือไม่ - ผลการประเมินมักจะสูงกว่าความเป็นจริง ผู้ป่วยจะนับเตรียมยาก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวถูกตำหนิ
บันทึกเวลาใช้ยา (pill taking record/ medical reminder card)	- ทราบเวลาที่ใช้ยาทุกมื้อ - ลดปัญหาการจำไม่ได้	- ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการลงบันทึก - ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี อ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้ เด็กเล็กที่ไม่สามารถลงข้อมูลได้ ผู้ป่วยที่จำชื่อยาไม่ได้ - ผู้ป่วยที่ลืมลงข้อมูล อาจมาลงข้อมูลหน้าห้องตรวจ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

เครื่องมือ	ข้อดี	ข้อเสีย
การติดตามการใช้ยา โดยใช้อุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ (electronic drug monitoring)	- สามารถตรวจสอบเวลาที่เปิดฝาขวดยา	- ค่าใช้จ่ายสูง - สิ่งที่วัดได้คือจำนวนครั้งที่ฝาถูกเปิด ไม่ได้ยืนยันว่าผู้ป่วย ใช้ยาทุกครั้ง - ไม่ได้วัดขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้
การมาตรวจตามนัด	- ทราบว่าผู้ป่วยจะมาตรวจและมารับยาตาม กำหนดนัดหรือไม่	- ไม่ทราบจำนวนยาและเวลาที่ใช้ - ผู้ป่วยมารับยาแต่อาจไม่ ใช้ยา หรือไม่มาตรวจตามนัด เพราะมียาเหลือจากครั้งก่อน
การให้รับประทานยา ต่อหน้า	- สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมี adherence ดี จริงหรือไม่	- ต้องใช้กำลังบุคลากรจำนวนมาก - ต้องเดินทางมาสถานบริการสุขภาพ - ต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติ - การรับประทานยาต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์จะใช้ได้ ดีในสถานที่ที่มีบุคลากรอยู่เต็มเวลา เช่น เรือนจำ โรงพยาบาล เป็นต้น

ตารางที่ 5 (ต่อ)

เครื่องมือ	ข้อดี	ข้อเสีย
การตรวจวัดปริมาณไวรัส ในเลือด (viral load assay)	- เป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางคลินิก - เป็น gold standard ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา	- ค่าใช้จ่ายสูง - ไม่สามารถบริการได้ทั่วถึงเนื่องจากสถานที่ที่สามารถตรวจได้มีจำกัด - มีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วยได้รับเชื้อ อุดยาตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ viral load สูงแม้จะมี adherence ดี
การตรวจวัดระดับยาในเลือด	- สามารถวัดปริมาณของยาในกระแสเลือดได้โดยตรงทำให้ทราบระดับยาในช่วงเวลาที่เก็บเลือดมาวิเคราะห์	- ค่าใช้จ่ายสูง - ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมี adherence ดีเนื่องจากผู้ป่วยอาจหยุดยาบางช่วงแต่กลับมาใช้ยาตรงเวลาก่อนที่จะมาตรวจ - มีความจำเป็นสำหรับการตรวจวัดยาแต่ละชนิด

2.6.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสำคัญที่ช่วยสะท้อนให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบผลกระทบจากการรักษาและอาการเจ็บป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง แบบประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป (generic HRQOL) เช่น Short Form Health Survey (SF 36) [72], WHOQOL-BREF [73], Sickness Impact Profile (SIP) [74], Nottingham Health Profile (NHP) [75] และ EQ-5D [76] และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะ (specific instrument) เช่น Functional Assessment of Cancer-FACT-G ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง [77] เป็นต้น แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไปสามารถวัดผลการรักษาในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคอื่น ๆ แต่เนื่องจากเครื่องมือไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง จึงมีความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคที่สนใจศึกษาค่อนข้างต่ำ ในขณะที่แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่สูงกว่า แต่อาจไม่ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ และไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่น ๆ ได้ [78]

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ EQ-5D ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป จากฉบับภาษาอังกฤษของ Richard Brooks [76]

ข้อดี

1. สามารถประเมินมิติของสุขภาพได้หลายมิติ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่
 - การเคลื่อนไหว (Mobility)
 - การดูแลตนเอง (Self care)
 - การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Usual activities)
 - ความเจ็บปวดและความไม่สบาย (Pain/discomfort)
 - ความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Anxiety/depression)
2. สามารถเปรียบเทียบระหว่างโรคต่าง ๆ ได้

3. สามารถใช้คำนวณอรรถประโยชน์ (utility) เพื่อคำนวณหาปีสุขภาวะ (quality-adjusted life years: QALYs) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นิยมมากที่สุดในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุน-อรรถประโยชน์

ข้อเสีย

1. ไม่ครอบคลุมถึงอาการหรือลักษณะเฉพาะเจาะจงของโรคต่าง ๆ
2. ไม่มีความไวหรือการตอบสนองที่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง

2.6.3 แบบประเมินความเครียด

ความเครียดสามารถเกิดได้กับทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยเอชไอวีที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ได้รับการยอมรับในสังคม ปัญหาหนี้สิน บางรายอาจขาดรายได้เพราะถูกไล่ออกจากงาน หากผู้ป่วยไม่มีความพึงพอใจ และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่บีบคั้นเหล่านั้น จะทำให้เกิดความเครียดที่ส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเครียดมีหลากหลายฉบับ เช่น แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง [79] แบบวัดความเครียดสวนปรง [80] แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย [81] และแบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา [82-84] เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) [83] เป็นแบบวัดความเครียดฉบับย่อที่ พัฒนาข้อคำถามเบื้องต้นจากแบบทดสอบความเครียดสวนปรงฉบับ 20 ข้อ (SST-20) ทำการศึกษาจนกระทั่งสามารถคัดเลือกข้อคำถามที่มีความสอดคล้องภายในสูงสุด จำนวน 5 ข้อ การศึกษาความตรงตามเกณฑ์เปรียบเทียบกับแบบประเมิน ชื่อ Hospital-anxiety-depression (HAD-scale) และการประเมินความเครียดโดยทั่วไป มีค่าความสัมพันธ์ Pearson's correlation ระหว่าง ST-5 กับ anxiety sub-scale, depression sub-scale และ การประเมินตนเองความเครียดโดยทั่วไป เท่ากับ 0.58, 0.59 และ 0.76 ตามลำดับ

2.6.4 แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

การทำสมาธิมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทางจิตวิญญาณ นั่นคือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการมองชีวิตของตนเองและผู้อื่น มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และมีความสพรทธาต่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งจะมีเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ ประเมินผลการศึกษาเกี่ยวกับจิตปัญญาและสุขภาพทางปัญญา ได้แก่ มาตรวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ Jarel (Jarel's Spiritual Well-being Scale) [85], Herth Hope Index (HHI) [86], Howdenis (1992) Spirituality Assessment Scale (SAS) [87] เป็นต้น สำหรับการศึกษานี้เลือกใช้แบบ ประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ (Spiritual well-being of the AIDS patients) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ พัฒนาแบบประเมิน โดย ฌวีวรรณ ไพรวลย์ [26] โดยยึดหลักตามแนวทางพุทธศาสนา และแนวคิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณของ Ellison [88] เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว มีค่าความสอดคล้องภายในระดับสูง มีความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงตามเนื้อหา จากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ พระภิกษุผู้ทรงคุณวุฒิด้านปริยัติ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านปรัชญาและศาสนา อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตวิญญาณ และพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

2.6.5 แบบประเมินระดับของสติ

จุดมุ่งหมายของการเจริญสติทางคลินิก มี 2 ประเด็น คือ เพิ่มความหยั่งรู้ถึงรูปแบบนิสัยความเคยชิน ได้ตอบหรือยึดติดต่อความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ที่เป็นที่มาของความเครียด และส่วนที่ 2 คือ การแก้ไขจิตใจให้มีความมั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ช่วยปรับสภาพจิตใจอย่างยั่งยืน [89-90] ความมีสติสามารถประเมินได้ 2 มิติ คือ การตั้งใจและใส่ใจต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในใจ (Awareness) และการมีทัศนคติต่อสิ่งที่รับรู้ นั้นด้วยใจที่ยอมรับ (Acceptance) แบบประเมิน ระดับของสติ ที่นิยมใช้ในคลินิก ได้แก่ Toronto Mindfulness Scale (TMS) [91], The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) [92] และ Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) [93] เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นฉบับภาษาอังกฤษ สำหรับ การศึกษานี้เลือกใช้แบบประเมิน PHLMS ที่ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นฉบับภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลตามมาตรฐานแปลไปและแปลกลับ (forward backward translation) การทดสอบคุณภาพของมือพบว่า

PHLMS ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ ความสอดคล้องภายในระดับสูง และมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับต้นฉบับ แต่ พบข้อจำกัด คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกที่ปรากฏขึ้นภายในร่างกายมีความลำบากในการอธิบายความรู้สึกของร่างกายในคนไทย ดังนั้นข้อคำถามการประเมินการตระหนักรู้ด้านความรู้สึกทางร่างกายอาจมีข้อจำกัด ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ฝึกสติสมาธิเสมอ [94]

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled clinical trial)

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของสถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี โดยเก็บข้อมูลคนไข้ตั้งแต่ 1 มีนาคม ถึง 31 ตุลาคม 2555

3.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย

- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์
- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
- ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน หรือ มีระดับซีดีโฟร์มากกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร

[หมายเหตุ; การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการเจาะเลือดวัดระดับซีดีโฟร์ ณ วันที่เก็บข้อมูลครั้งแรก แต่ใช้ข้อมูลระดับซีดีโฟร์ครั้งล่าสุดที่ปรากฏในเวชระเบียน เช่น การตรวจวัดระดับซีดีโฟร์เมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา หากพบว่า มีระดับน้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร แต่ได้รับยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พิจารณาให้สามารถเข้าร่วมโครงการได้]

- สามารถฟัง อ่านและพูดเป็นภาษาไทยได้
- รับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- ไม่มีภาวะพหุปัญญาเสื่อมระยะแรก (Cognitive Impairment) จากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Test (MOCA-T) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

3.2.2 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย

- ดิทยาเสพติด
- ป่วยเป็นจิตเวชรุนแรง ผู้ป่วยโรคสมองเรื้อรังและรุนแรง ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคสมอง ผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ
- มีสุขภาพร่างกายอาการบ่งบอกถึงระดับของโรคที่เลวลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง

3.2.3 เกณฑ์การให้อาสาสมัครถอนตัวออกจากการวิจัย

- มีอาการทางจิตที่บ่งบอกระดับที่เลวลง
- มีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนระหว่างการศึกษาวิจัย
- อาสาสมัครที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปได้

ผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาเสื่อม โรคสมองที่เรื้อรังและรุนแรงเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับเนื้อหาของโปรแกรม ไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้ที่มีความแปรปรวนทางจิตอย่างรุนแรงทั้งนี้เพราะขั้นตอนการฝึกที่ผู้ป่วยอาจไปรับรู้ปัญหาหรือความกดดันที่มีท่วมท้นในจิตใจแต่ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านั้นเองได้ จนทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วย คือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เพื่อฝันได้ ไม่เหมาะกับผู้ป่วยดิทยาเสพติดที่อาจขาดแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากอาจมีพฤติกรรมการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ระยะเวลาที่อาสาสมัครอยู่ร่วมในโครงการยาวนาน 5 สัปดาห์ จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ร่างกายยังไม่แข็งแรงเพียงพอ เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส และป้องกันการแพร่กระจายโรคจากการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น วัณโรคปอด เป็นต้น

3.2.4 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าอิทธิพล (Effect Size; EF) จากการศึกษาของ Jacob Cohen [95] ในการศึกษาที่ใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test, Independent t-test และ Pearson's correlation ค่าอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.25 อำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และ กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 (ภาคผนวก ก) จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 64 ราย รวมจำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 128 คน

จากการประชาสัมพันธ์โครงการนี้ไปยังแผนกต่าง ๆ ของสถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก และ Ambulatory care unit มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 298 ราย มีอาสาสมัครผ่านเกณฑ์การพิจารณาเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งสิ้น 180 ราย ทำการจัดสรรตัวอย่างด้วยวิธีการจัดสรรแบบบล็อก (Block randomization) ขนาด 4 เพื่อให้จำนวนอาสาสมัครแต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน ได้แก่ กลุ่มศึกษาที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ระยะเวลา 5 สัปดาห์ร่วมกับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาล จำนวน 90 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำนวน 90 ราย

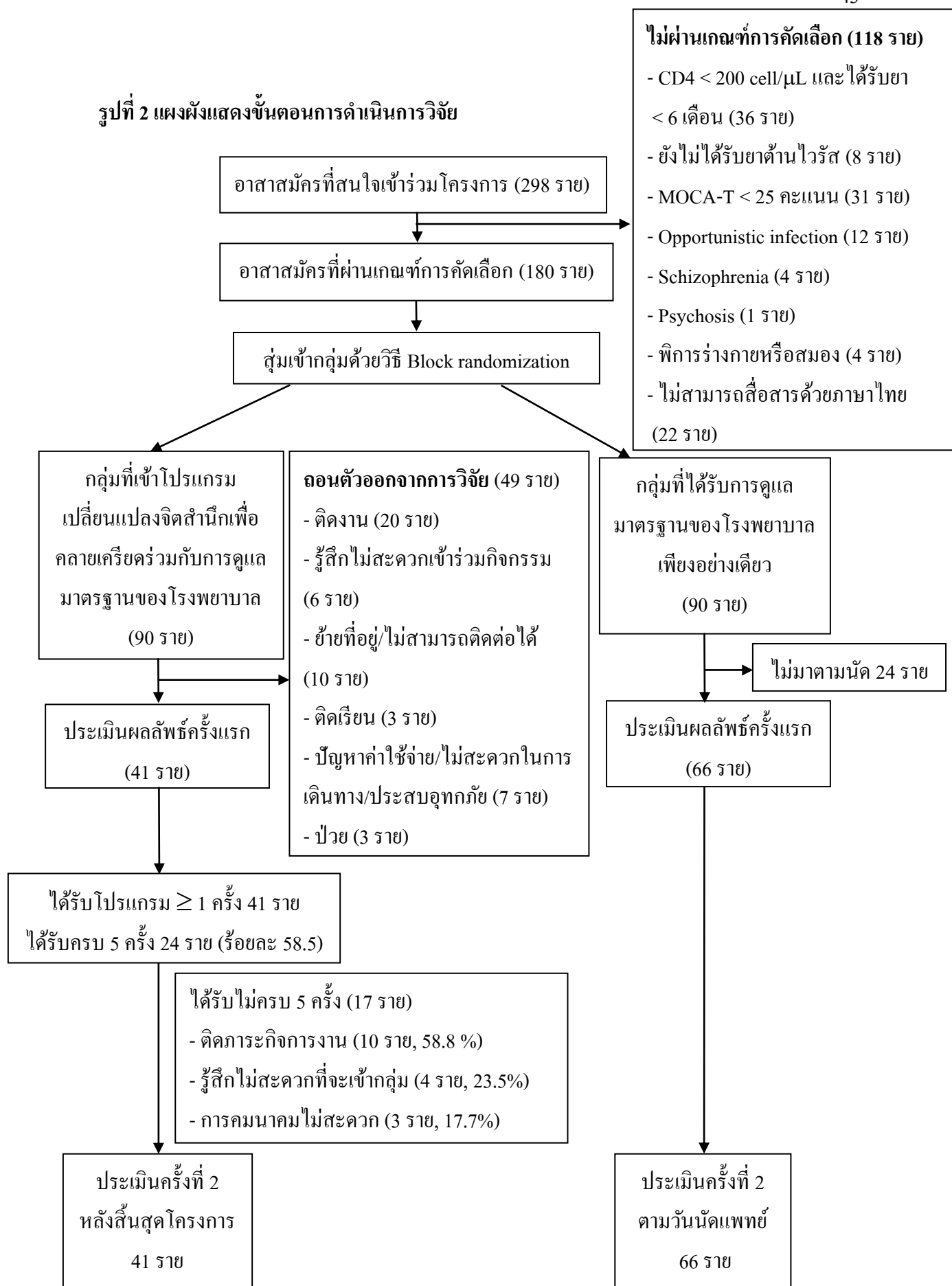
โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดเป็น กิจกรรมกลุ่มแบบปิด สมาชิกภายในกลุ่มประกอบด้วยวิทยากร (ผู้วิจัย) และผู้ป่วยติดเชื้อมาอีวีเท่านั้น ผู้วิจัยนัดหมาย วันร่วมกิจกรรม ให้อาสาสมัครทราบล่วงหน้า และโทรศัพท์ติดตามเพื่อยืนยันการเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนถึงวันนัด 1 สัปดาห์ จากการติดตามพบว่าผู้ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาเข้าร่วมการวิจัยทั้ง 180 ราย สามารถติดตามอาสาสมัครเพื่อเก็บข้อมูลได้รวมทั้งสิ้น 107 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 41 ราย และกลุ่มควบคุม 66 ราย แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังรูปที่ 2

อาสาสมัครในกลุ่มศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม 41 ราย มีผู้ที่เข้าฝึกอบรมครบทั้ง 5 ครั้ง จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 58.5) สาเหตุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งเกิดจาก ติดภาระกิจการทำงาน 10 ราย (ร้อยละ 58.8) รู้สึกไม่สะดวกที่จะเข้ากลุ่ม 4 ราย (ร้อยละ 23.6) และการคมนาคมไม่สะดวก 3 ราย (ร้อยละ 17.6) จำนวนผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละสัปดาห์ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนครั้งที่เข้ารับการฝึกของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา 41 ราย

จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนคน (%)
5	24 (58.5)
4	6 (14.6)
3	2 (4.9)
2	4 (9.8)
1	5 (12.2)

รูปที่ 2 แผงผังแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ขั้นตอนการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลกระทบของโรคเอดส์ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ การศึกษาเรื่องการทำสมาธิเจริญสติในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ และโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด
2. สร้างแบบบันทึกเพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และดำเนินการติดต่อผู้พัฒนาแบบประเมินต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย
3. ติดต่อประสานงานเพื่อดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและขอเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยในการดูแลของสถาบันบำราศนราดูร
4. ประชาสัมพันธ์ไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จัดอบรม ณ คลินิกให้คำปรึกษา สถาบันบำราศนราดูร
5. คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์พิจารณาที่กำหนด และประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
6. การจัดสรรกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มโดยวิธีการจัดสรรแบบบล็อกรandomized 4 เป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด และกลุ่มควบคุม
7. เก็บรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยได้แก่
 - 7.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการตรวจพบเชื้อครั้งแรก สาเหตุการติดเชื้อ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส
 - 7.2 ข้อมูลเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล ได้แก่ ผลทางห้องปฏิบัติการ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช และโรคทางสมอง
 - 7.3 การประเมินผล ลัทธิครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ได้แก่ ระดับความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความถี่ของอาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับของสติ
8. กลุ่มที่เข้าโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดจะได้รับการฝึกเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง และกลับไปฝึกต่อที่บ้าน
9. ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ เพื่อสอบถามความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติ และเพื่อติดตามผู้ป่วยให้กลับมาร่วมโปรแกรมการฝึกในแต่ละสัปดาห์

10. ประเมินผลลัพธ์ครั้งที่ 2 ได้แก่ ระดับความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความถี่ของอาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับของสติ หลังสิ้นสุดโปรแกรม และในวันนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป
11. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรโปรแกรมเปลี่ยนแปง ลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดจากผู้พัฒนาโปรแกรม รศ. นพ. ธวัชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์นันทนาการเพื่อปัญญาเมตตา และสันติสุข และได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะและเจตคติ ในการเป็นผู้บำบัด (โปรดดูใบประกาศนียบัตร ภาคผนวก ฉ) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ ให้แก่อาสาสมัครตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ รายละเอียดการอบรมในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย

1. การกำหนดรู้ลมหายใจและเฝ้าดูลมหายใจ (Breathing meditation, recognition and awareness)
2. การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation awareness)
3. การระลึกอารมณ์ การยอมรับอารมณ์ การเฝ้าดูอารมณ์ และความรู้สึกของร่างกาย (Recognition, acceptance and contemplation of emotions)
4. การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขของความคิด (Awareness of thought and conditionings)
5. การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรักและความเข้าใจ (Absolute self-acceptance, loving-kindness)

3.3.1 การฝึกตามโปรแกรม

การฝึกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10-20 ราย ที่ห้องของคลินิกให้คำปรึกษา สถาบันบำราศนราดูร ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงทุกสัปดาห์ 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ผู้วิจัยจะซักถามถึงผลการฝึก และให้กำลังใจในการฝึก อธิบายวิธีการ ขั้นตอน การยกตัวอย่างประกอบ การกระตุ้นความสนใจ และ ผู้ฝึกปฏิบัติทำความเข้าใจและทำแบบฝึกประจำสัปดาห์ด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วยช่วงเวลาแห่งความสงบ คือ การฝึกสมาธิเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อให้จิตใจได้กลับมาสงบและผ่อนคลาย โดย ใช้เวลา 2-3 นาที ทุก 2 ชั่วโมงในระหว่างที่กำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ ในช่วงเวลา 8.00 10.00 12.00 14.00 16.00 เพื่อฝึกตามแบบปฏิบัติของ

สัปดาห์นั้น และการฝึกในช่วงกลางคืนช่วงเวลา 20.00 น. หรือ ก่อนนอน ใช้เวลา 30 นาที ซึ่งในช่วงเวลานี้จะได้มีเวลาฝึกที่ยาวนานขึ้น ให้ฝึกต่อเนื่องทุกวันและบันทึกผลการฝึก ปัญหาในการปฏิบัติ ลงในแบบบันทึกประจำวัน (ภาคผนวก ก)

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด ยกเว้นเครื่องมือ self report ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 3.4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 3.4.2 แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA-T)
- 3.4.3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากการประเมินโดยเครื่องมือ 3 วิธี ได้แก่ Self-report (สัมภาษณ์ผู้ป่วย) Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) และ VAS
- 3.4.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQOL (EQ-5D)
- 3.4.5 อาการของเอชไอวี (HIV-Related Symptoms)
- 3.4.6 แบบประเมินความเครียด (ST-5)
- 3.4.7 แบบสอบถามวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ
- 3.4.8 แบบประเมินระดับของสติ (Philadelphia Mindfulness Scale; PHLMS)

3.4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แก่ เพศ สถานะภาพสมรส การนับศาสนา อายุ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการตรวจพบการติดเชื้อครั้งแรก สาเหตุของการติดเชื้อ ข้อมูลทางสังคม ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน ข้อมูลไม่พึงประสงค์จาก การใช้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ

3.4.2 แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA-T)

MoCA-T เป็นแบบคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก จากฉบับภาษาอังกฤษ Ziad S. Nasreddine และคณะ [96] แปลเป็นภาษาไทยโดย อาจารย์แพทย์หญิง โสพลินี เหมรุ่งเรือง [97] สามารถประเมินหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ (executive function) ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuoconstructional skills) ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาพรอบตัว (orientation) โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้มีการปรับการให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน สำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และคลินิกภูมิคุ้มกัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 170 คน ค่าทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.744 มีค่าความไวของการทดสอบ (sensitivity) เท่ากับ 0.70 และมีค่าความจำเพาะของการทดสอบ (specificity) เท่ากับ 0.95 [98]

3.4.3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

เนื่องจากไม่มีเครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยาใดที่ให้ผลแม่นยำที่สุด จึงควรมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสโดยการใช้เครื่องมือมากกว่า 1 ชนิด สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ รวบรวมผลการประเมินโดยใช้เครื่องมือ 3 วิธี ได้แก่

3.4.3.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เป็นการตั้งคำถามย้อนหลังถึงเวลา รับประทานยาของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา [70] (โปรดดูการสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสภาคผนวก ก)

$$\text{ร้อยละ Adherence ในการใช้ยาโดยวิธีการ self report} = \left(\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทาน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่รับประทานไม่ตรงกำหนด}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทาน}} \right) \times 100$$

3.4.3.2 Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)

แปลเป็นภาษาไทยโดยศุทธิณี ตันพงศ์เจริญ [99] จาก Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) ในการศึกษาชื่อ GEEMA [100] การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคำนวณออกมาเป็นค่าร้อยละ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ต้องการคำตอบคือ ใช่/ไม่ใช่ ประกอบด้วย ข้อคำถามเป็นคำถามเชิงคุณภาพ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5 และคำถามเชิงปริมาณ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 และ 6

ในการศึกษา GEEMA [100] แบบประเมินผ่านการทดสอบคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 3,004 ราย จากโรงพยาบาลทั้งสิ้น 64 แห่งในประเทศสเปน พบว่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75 ความเที่ยงเชิงความสอดคล้องระหว่าง อนุบุคคล มีค่า Kappa เท่ากับ 0.74 ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน ของเครื่องมือ SMAQ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 146 คน มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.58 (โปรดดูการคิดคะแนนความร่วมมือ SMAQ ภาคผนวก ๗)

3.4.3.3 Visual Analog Scale (VAS)

VAS เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร คะแนนเริ่มต้นจาก 0 ถึง 100 [70] เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของคนไข้ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยสเกลที่ 0 หมายถึง รับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่องทุกวัน และสเกลที่ 100 หมายถึง รับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา สม่ำเสมอ ต่อเนื่องทุกวัน

หมายเหตุ

ถูกต้อง หมายถึง ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด วิธีทาง วิธี และเวลา
ตรงเวลา หมายถึง คลาดเคลื่อนจากเวลาปกติไม่เกินครึ่งชั่วโมง
สม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาตรงเวลาเดียวกันทุกวัน
ต่อเนื่อง หมายถึง รับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง

3.4.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQOL (EQ-5D)

EQ-5D เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป จากฉบับภาษาอังกฤษของ Richard Brooks [76] ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นคำถาม 5 ข้อของ EQ-5D คำตอบในแต่ละมิติ ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหากลาง และมีปัญหาอย่างมาก คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ -0.454 ถึง 1 [101] ซึ่งคะแนน 0 หมายถึง การตาย คะแนน 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ส่วนคะแนนติดลบ หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะที่แย่กว่าการตาย และส่วนที่สองเป็น VAS (EQ-VAS) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 โดย คะแนน 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ และ 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ (โปรดดูการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ ภาคผนวก ข)

การศึกษาของ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง [102] ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบความเที่ยง เปรียบความสอดคล้องภายใน กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีของสถาบันบำราศนราดูร มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.56 การศึกษานี้ได้มีการ ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ EQ-5D มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.61

3.4.5 ความถี่ของอาการของเอชไอวี (HIV-Related Symptoms: Thai version)

แบบประเมินประกอบด้วยกลุ่ม อาการของเอชไอวี จำนวน 18 อาการ พัฒนาแบบประเมินโดยพรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ [102] จากรายงานการศึกษาอาการของเอชไอวีที่พบบ่อยจำนวน 16 อาการ [103-105] และเพิ่มเติม 2 อาการจากคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร [102] ผลการรวมคะแนนที่ได้อยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 54 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม	ไม่มีอาการนี้เลย	มีอาการนี้บ้าง (เช่น 1, 2 หรือ 3 วัน/สัปดาห์)	มีอาการนี้บ่อย (เช่น 4, 5 หรือ 6 วัน/สัปดาห์)	มีอาการนี้ทุกวัน
อาการของ เอชไอวี	0	1	2	3

การศึกษานี้ได้มีการ ทดสอบความเที่ยง เปรียบความสอดคล้องภายใน ของแบบประเมินอาการของเอชไอวี มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

3.4.6 แบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5)

พัฒนาแบบสอบถามโดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [82-83] ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ มีปัญหาการนอน มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด / กระทบกระวายเป็น - ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ/เซ็ง และไม่อยากจะพบปะผู้คน แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คือ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ คิดเป็นคะแนนรวม 0-15 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม	แทบไม่มี	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
ความเครียด	0	1	2	3

ผลการรวมคะแนน

0 – 4 คะแนน เครียดน้อย

5 - 7 คะแนน เครียดปานกลาง

8 – 9 คะแนน เครียดมาก

10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย ST-5 เปรียบเทียบกับจุดตัดของคะแนน HAD-anxiety (อาการวิตกกังวล) หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ไม่มีความเครียด, 5-7 คะแนน น่าจะมีปัญหาความเครียด และจุดตัดคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป มีอาการป่วยด้วยโรคเครียด [84]

การศึกษาของ อรรณณ ศิลปะกิจ [83] ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในจากทดสอบในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 110 ราย มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ST-5 ไปทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.77

3.4.7 แบบสอบถามวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

พัฒนาแบบสอบถาม โดย จวีวรรณ ไพรวลัย [26] โดยยึดหลักตามแนวทางพุทธศาสนา และ Ellison [88] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ 2 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ความผาสุกในการดำเนินชีวิต เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกว่าชีวิตมีเป้าหมายหรือมีจุดมุ่งหมาย พึงพอใจในชีวิตของตนเอง มีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวังและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15
2. ความผาสุกด้านความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นสุขสงบภายในจิตใจที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนา จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-30

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านบวก	1	2	3	4	5
ด้านลบ	5	4	3	2	1

ลักษณะคำถาม ประกอบด้วย

คำถามเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30

คำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 24

เกณฑ์การประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ มี 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00 คะแนน ความผาสุกทางจิตวิญญาณมากที่สุด

3.50-4.49 คะแนน ความผาสุกทางจิตวิญญาณมาก

2.50-3.49 คะแนน ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง

1.50-2.49 คะแนน ความผาสุกทางจิตวิญญาณน้อย

1.00-1.49 คะแนน ไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การศึกษาของ จีวีวรรณ ไพรวลัย [26] ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยนำแบบประเมิน แบบสอบถามวัดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณไปทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87

3.4.8 แบบประเมินระดับของสติ Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)

แปลเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และคณะ [94] จากแบบสอบถามของ Lee Ann Cardaciottto [93] ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่

1. การตระหนักรู้ (Awareness) มีคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 คะแนนรวมจากต่ำสุดถึงสูงสุด 10-50
2. การยอมรับ (Acceptance) มีคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 คะแนนรวมจากต่ำสุดถึงสูงสุด 10-50

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	บ่อยมาก
การตระหนักรู้	1	2	3	4	5
การยอมรับ	5	4	3	2	1

การศึกษาของ ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และคณะ [94] ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเมื่อแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ (Test retest reliability) โดยบุคลากรภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลราม ธิบดี จำนวน 30 คน ได้ค่า Pearson's correlation ของการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ การศึกษาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) เมื่อนำไปทดสอบกับบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลราม ธิบดี จำนวน 103 ราย มีค่า Cronbach's alpha ของการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบประเมิน PHLMS ไปทดสอบความเที่ยง มีค่า Cronbach's alpha ของการตระหนักรู้และการยอมรับเท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลา	การเก็บข้อมูล
1. เริ่มต้นก่อนได้รับการฝึกโปรแกรม เปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด	1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยาและผลทางห้องปฏิบัติการ
2. เมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่เวลา 5 สัปดาห์	2. แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA-T) 3. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสโดยการรายงานโดยผู้ป่วย (Self-report) แบบประเมิน Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) และ VAS 4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQOL (EQ-5D) 5. อาการของเอชไอวี (HIV-Related Symptoms) 6. แบบประเมินความเครียด (ST-5) 7. แบบประเมินวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ 8. แบบประเมินระดับของสติ (PHLMS)
ติดตามผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์	ประเมินความเข้าใจ ผลการปฏิบัติและปัญหาจากการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล การทดสอบสมมติฐานกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (1 tail) โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS for windows (version 17.0, SPSS Inc. Bangkok, Thailand) กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 80 ($\alpha = 0.05$) การวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ตามกลุ่มที่ถูกแบ่งไว้ตอนต้น (intention to treat analysis)

สมมติฐาน	ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	สถิติที่ใช้
ผลการเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ	โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด	ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา	Repeated measure ANOVA
ผลการเพิ่มของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ	
ผลการลดขอ กระดับ ความถี่ของ อาการของเอชไอวี ในกลุ่มศึกษาลดลงมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการของเอชไอวี	
ผลการลดระดับความเครียดในกลุ่มศึกษาลดลงมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ยความเครียด	
ผลการเพิ่มระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	
ผลการเพิ่มของระดับของสติ (PHLMS) ในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ยระดับของสติ	

ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยไม่ยากเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญ และจะป้องกันโดยการเก็บข้อมูลอย่างระมัดระวัง โดยการทำการเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยในห้องที่ปิดมิดชิด เพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยตระหนักดีถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย ฉะนั้นก่อนคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และผู้ป่วยมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยได้ยื่นเสนอโครงร่างงานวิจัย และการวิจัยจะดำเนินต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูรแล้วเท่านั้น แบบสรุปผลการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ตามภาคผนวก ก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส
- ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 ความถี่ของอาการของเอชไอวี
- ส่วนที่ 5 ความเครียด
- ส่วนที่ 6 ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ
- ส่วนที่ 7 สติ
- ส่วนที่ 8 การประเมินความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ระดับพุทธิปัญญา เพศ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับเงินเดือน ประวัติการใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่และ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สาเหตุของการติดเชื้อ ระดับ ซีดีโฟร์ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีระยะเวลาที่ รับประทานยาต้านไวรัส และสูตรยาต้านไวรัสที่ รับประทาน ทดสอบทางสถิติด้วย Independent t-test และ Pearson Chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นข้อมูลอายุที่พบว่าอายุเฉลี่ยของอาสาสมัครกลุ่มศึกษาสูง กว่ากลุ่มควบคุม สาเหตุมาจากกลุ่มศึกษาที่เป็นวัยรุ่น มีอาชีพเป็นนักเรียน -นักศึกษา ปฏิเสธการกลับมาเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากติดภารกิจการเรียนและให้ความสำคัญกับการพัฒนาจิตใจน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า ผลวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครจึงพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคืออายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา 43.2 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 25 - 68 ปี และอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 38.4 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 18 - 61 ปี ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง 2 กลุ่ม

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (41 ราย)	กลุ่มควบคุม (66 ราย)	p-value
ระดับพุทธิปัญญาประเมินด้วยแบบประเมิน MOCA-T (mean, SD)	27.1 (1.8)	27.0 (1.5)	0.78
อายุ (ปี) (mean, range)	43.2 (25-68)	38.4 (18-61)	0.01
เพศ (จำนวน, %)			
ชาย	25 (61.0)	40 (60.6)	0.97
หญิง	16 (39.0)	26 (39.4)	
นับถือศาสนาพุทธ (จำนวน, %)	40 (97.6)	66 (100)	0.20
สถานภาพสมรส (จำนวน, %)			
โสด	12 (29.3)	32 (48.5)	0.12
คู่	20 (48.8)	26 (39.4)	
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	9 (22.0)	8 (12.1)	
ระดับการศึกษา (จำนวน, %)			
ประถมศึกษา	7 (17.7)	8 (14.0)	0.31
มัธยมศึกษา	15 (36.6)	18 (31.6)	
อนุปริญญา	6 (14.6)	17 (29.8)	
≥ ปริญญาตรี	13 (31.7)	13 (22.8)	
อาชีพ (จำนวน, %)			
ว่างงาน	1 (2.4)	4 (6.0)	0.57
ข้าราชการ	5 (12.2)	4 (6.1)	
รับจ้าง	19 (46.3)	25 (37.9)	
แม่บ้าน	3 (7.3)	3 (4.5)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	11 (26.8)	23 (34.8)	
นักเรียน-นักศึกษา	0	3 (4.5)	
พนักงานบริษัทเอกชน	2 (4.9)	2 (3.0)	
เกษตรกร	0	2 (3.0)	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (41 ราย)	กลุ่มควบคุม (66 ราย)	p-value
ระดับเงินเดือน (บาท/เดือน) (จำนวน, %)			
ไม่มีรายได้	0 (0.0)	2 (3.0)	0.65
น้อยกว่า 5,000	7 (17.1)	6 (9.1)	
5,000-10,000	14 (34.1)	26 (39.4)	
10,001-15,000	10 (24.4)	19 (28.8)	
15,001-20,000	1 (2.4)	2 (3.0)	
มากกว่า 20,000	9 (22.0)	11 (16.7)	
ประวัติการสูบบุหรี่ (จำนวน, %)			
ไม่สูบ	34 (82.9)	54 (81.8)	0.88
สูบเป็นประจำ	7 (17.1)	12 (18.2)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (จำนวน, %)			
ไม่ดื่ม	34 (82.9)	48 (72.7)	0.23
ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง	7 (17.1)	18 (27.3)	
ประวัติการใช้ยาเสพติด (จำนวน, %)			
ไม่เคยใช้	40 (97.6)	102 (96.2)	0.39
เคยใช้	1 (2.4)	4 (3.8)	
สาเหตุการติดเชื้อ (จำนวน, %)			
Heterosexual	33 (80.5)	47 (71.2)	0.63
Homosexual	6 (14.6)	15 (22.7)	
ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	1 (2.4)	1 (1.5)	
กรรมมารดา/ผลิตภัณฑ์ จากเลือด	1 (2.4)	3 (4.5)	
ระดับซีดีโฟร์ (cell/ μ l) (จำนวน, %)			
<200	6 (14.6)	12 (18.2)	0.47
200-499	25 (61.0)	29 (43.9)	
>500	10 (24.4)	25 (37.9)	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (41 ราย)	กลุ่มควบคุม (66 ราย)	p-value
ระดับซีดีโฟร์เจ็ล (mean, SD)	392.0 (209.5)	413.4 (231.5)	0.64
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (ปี) (mean, SD)	9.0 (5.5)	8.8 (5.8)	0.85
ระยะเวลาที่ใช้ยาต้านไวรัส (ปี) (mean, range)	6.5 (0.5-13)	5.6 (0.5-19)	0.31
จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน	3.56 (1.5)	3.33 (1.6)	0.46
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ (จำนวน, %)			
D4T+3TC+NVP	3 (7.3)	8 (12.1)	0.23
AZT+3TC+NVP	13 (31.7)	25 (37.9)	
TDF+3TC+NVP	15 (36.6)	11 (16.7)	
AZT+3TC+ATZ	1 (2.4)	0 (0.0)	
TDF+3TC+LPV/r	2 (4.9)	7 (10.6)	
TDF+3TC+EFV	2 (4.9)	6 (9.1)	
D4T+3TC+EFV	1 (2.4)	2 (3.0)	
ABC+3TC+ETV	0 (0.0)	1 (1.5)	
AZT+3TC+EFV	2 (4.9)	5 (7.6)	
AZT+3TC+ LPV/r	2 (4.9)	0 (0.00)	
LPV/r (800/200)	0 (0.00)	1 (1.5)	

D4T = stavudine, 3TC = lamivudine, NVP = nevirapine, TDF = tenofovir, AZT = zidovudine, EFV = efavirenze, ETV = etravirine, LPV = lopinavir, RTV = ritonavir, ATV = atazanavir, DDI = didanosine, ABC = abacavir

ส่วนที่ 2 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือสำหรับประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส 3 วิธี ได้แก่ การรายงานโดยผู้ป่วย (self report) ที่ได้ข้อมูลมาจากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมิน SMAQ และ VAS ที่ให้ผู้ป่วยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ที่ผ่านมาด้วยเอง ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความร่วมมือในการใช้ยาก่อนได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

การประเมิน	ระดับคะแนน	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	
self report	มากกว่า ร้อยละ 95	29 (70.7)	57 (86.4)	0.06
	ช่วงระหว่างร้อยละ 75-94	10 (24.4)	9 (13.6)	
	น้อยกว่าร้อยละ 74	2 (4.9)	-	
SMAQ	มากกว่า ร้อยละ 95	15 (36.6)	31 (47)	0.54
	ช่วงระหว่างร้อยละ 75-94	25 (61.0)	33 (50)	
	น้อยกว่าร้อยละ 74	1 (2.4)	2 (3)	
VAS	มากกว่า ร้อยละ 95	31 (75.6)	48 (72.7)	0.77
	ช่วงระหว่างร้อยละ 75-94	8 (19.5)	16 (24.2)	
	น้อยกว่าร้อยละ 74	2 (4.9)	2 (3)	

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากการ ประเมินด้วยวิธี Self report และ VAS ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับสูง คือ มากกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 70.7 และ 75.6 ในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 86.4 และ 72.7 ในกลุ่มควบคุม ในขณะที่การประเมินด้วยวิธี SMAQ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง คือ อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 75 – 94 คิดเป็นร้อยละ 61 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 9 ระดับความร่วมมือในการใช้ยา ด้านไวรัส ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม เปลี่ยนแปลง
จิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

คะแนน (mean, SD)	กลุ่มศึกษา (จำนวน 41 ราย)			กลุ่มควบคุม (จำนวน 66 ราย)			p-value
	ก่อน	หลัง	ความ แตกต่าง	ก่อน	หลัง	ความ แตกต่าง	
self report	95.8 (8.8)	98.6 (5.1)	2.8 (5.3)	98.3 (4.5)	97.6 (5.2)	-0.7 (5.5)	0.002
SMAQ	92.9 (6.9)	95.9 (6.6)	2.9 (5.5)	94.4 (7.0)	94.2 (6.2)	-0.1 (7.0)	0.019
VAS	94.1 (7.9)	96.4 (4.3)	2.3 (6.4)	93.6 (8.7)	94.7 (8.1)	1.1(5.9)	0.314

การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัส เกลี่ย แสดงผลใน ตารางที่ 9 ค่าความแตกต่างได้คะแนนเป็นบวก หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นหลัง สิ้นสุดการเข้าโปรแกรม คะแนนติดลบ หมายถึง ระดับความร่วมมือในการใช้ยา ที่ลดลงหลังสิ้นสุด การเข้าโปรแกรม พบว่ากลุ่มศึกษามีการเพิ่มขึ้นของระดับความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิธี Self report และเครื่องมือ SMAQ มีระดับ ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ เป็นการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุม ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัส ลดลงร้อยละ 0.7 และ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ ($p = 0.002$, $p = 0.019$ ตามลำดับ) ในขณะที่ผลการ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ด้านไวรัสด้วยเครื่องมือ VAS ในกลุ่มศึกษามีระดับความร่วมมือ ในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.3 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้น 1.1 คะแนน ($p = 0.314$)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยเครื่องมือ EQ-5D ของอาสาสมัครก่อนได้รับโปรแกรม แสดงผลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแต่ละมิติก่อนได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

EQ-5D	ระดับคะแนน	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มศึกษา	
การเคลื่อนไหว	ไม่มีปัญหา	33 (80.5)	62 (93.9)	0.06
	มีปัญหาปานกลาง	8 (19.5)	4 (6.1)	
	มีปัญหาอย่างมาก	-	-	
การดูแลตนเอง	ไม่มีปัญหา	40 (97.6)	66 (100)	0.38
	มีปัญหาปานกลาง	1 (2.4)	-	
	มีปัญหาอย่างมาก	-	-	
การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	ไม่มีปัญหา	32 (78)	49 (74.2)	0.82
	มีปัญหาปานกลาง	9 (22)	17 (25.8)	
	มีปัญหาอย่างมาก	-	-	
ความเจ็บปวด/ไม่สบาย	ไม่มีปัญหา	22 (53.7)	44 (66.7)	0.22
	มีปัญหาปานกลาง	18 (43.9)	22 (33.3)	
	มีปัญหาอย่างมาก	1 (2.4)	-	
วิตกกังวลและซึมเศร้า	ไม่มีปัญหา	19 (46.3)	42 (63.6)	0.21
	มีปัญหาปานกลาง	21 (51.2)	23 (34.8)	
	มีปัญหาอย่างมาก	1 (2.4)	1 (1.5)	

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ยกเว้นมิติด้านอารมณ์ที่อาสาสมัครกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 63.6 ไม่มีปัญหาในมิตินี้ ในขณะที่อาสาสมัครในกลุ่มศึกษาร้อยละ 51.2 มีปัญหาวิตกกังวลและซึมเศร้าในระดับปานกลาง

ตารางที่ 11 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

คะแนน (mean, SD)	กลุ่มศึกษา (จำนวน 41 ราย)			กลุ่มควบคุม (จำนวน 66 ราย)			p-value
	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	
EQ-5D	0.75 (0.2)	0.82 (0.2)	0.06 (0.2)	0.82 (0.2)	0.80 (0.2)	-0.02 (0.2)	0.006
EQ-VAS	83.2 (18.1)	87.2 (11.3)	4.1 (17.0)	86.9 (14.4)	88.6 (13.0)	1.7 (13.0)	0.412

การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ย แสดงผลในตารางที่ 11 ความแตกต่างได้คะแนนเป็นบวก หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นหลังสิ้นสุด การเข้าโปรแกรม คะแนนเป็นติดลบ หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าการเพิ่มค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D ในกลุ่มศึกษามีค่าเพิ่มขึ้น 0.06 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับคุณภาพชีวิตลดลง 0.02 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง การเพิ่มขึ้นของคะแนนดังกล่าว เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) ในขณะที่ส่วนที่สองซึ่งเป็น VAS (EQ-VAS) พบว่ากลุ่มศึกษามีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 4.1 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 1.7 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.412$)

ส่วนที่ 4 ความถี่ของอาการของเอชไอวี

การวิเคราะห์ระดับความถี่ของอาการของเอชไอวีก่อนได้รับ โปรแกรม แสดงผลในตารางที่

12

ตารางที่ 12 ระดับความถี่ของอาการของเอชไอวีก่อนได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

อาการของเอชไอวี	ระดับความถี่	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มศึกษา	
มีไข้	ไม่มีอาการนี้เลย	31 (75.6)	56 (84.8)	0.492
	มีอาการนี้บ้าง	9 (22.0)	9 (13.6)	
	มีอาการนี้บ่อย	1 (2.4)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	0	
มีอาการเพื่อยหรือเหนื่อยล้า	ไม่มีอาการนี้เลย	14 (34.1)	25 (37.9)	0.218
	มีอาการนี้บ้าง	22 (53.7)	39 (59.1)	
	มีอาการนี้บ่อย	3 (7.3)	2 (3.0)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	2 (4.9)	0	
มีอาการปวดหัว	ไม่มีอาการนี้เลย	19 (46.3)	48 (72.7)	0.016
	มีอาการนี้บ้าง	19 (46.3)	18 (27.3)	
	มีอาการนี้บ่อย	1 (2.4)	0	
	มีอาการนี้ทุกวัน	2 (4.9)	0	
มีอาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า	ไม่มีอาการนี้เลย	16 (39.0)	37 (56.1)	0.038
	มีอาการนี้บ้าง	16 (39.0)	26 (39.4)	
	มีอาการนี้บ่อย	5 (12.2)	2 (3.0)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	4 (9.8)	1 (1.5)	
มีอาการทรงตัวไม่ค่อยได้เวลาเดินหรือลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้หรือเตียง	ไม่มีอาการนี้เลย	29 (70.7)	59 (89.4)	0.018
	มีอาการนี้บ้าง	9 (22.0)	7 (10.6)	
	มีอาการนี้บ่อย	0	0	
	มีอาการนี้ทุกวัน	3 (7.3)	0	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

อาการของเชื้อไอวี	ระดับความถี่	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มศึกษา	
มีผื่นหรือมีอาการเจ็บแสบ ตาม ผิวหนังหรือรู้สึกผิวหนังแสบ	ไม่มีอาการนี้เลย	27 (65.9)	37 (56.1)	0.312
	มีอาการนี้บ้าง	12 (29.3)	21 (31.8)	
	มีอาการนี้บ่อย	0	5 (7.6)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	2 (4.9)	3 (4.5)	
มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก หรือมักจะนอนหลับระหว่างวัน	ไม่มีอาการนี้เลย	16 (39.0)	38 (57.6)	0.142
	มีอาการนี้บ้าง	19 (46.3)	25 (37.9)	
	มีอาการนี้บ่อย	3 (7.3)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	3 (7.3)	2 (3.0)	
มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ, มักจำอะไรไม่ค่อยได้	ไม่มีอาการนี้เลย	21 (51.2)	47 (71.2)	0.094
	มีอาการนี้บ้าง	14 (34.1)	16 (24.2)	
	มีอาการนี้บ่อย	4 (9.8)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	2 (4.9)	2 (3.0)	
มีอาการซึมเศร้าหรือหดหู่	ไม่มีอาการนี้เลย	22 (53.7)	45 (68.2)	0.268
	มีอาการนี้บ้าง	15 (36.6)	19 (28.8)	
	มีอาการนี้บ่อย	3 (7.3)	2 (3.0)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	1 (2.4)	0	
มีอาการไอ	ไม่มีอาการนี้เลย	25 (61.0)	45 (68.2)	0.701
	มีอาการนี้บ้าง	15 (36.6)	19 (28.8)	
	มีอาการนี้บ่อย	1 (2.4)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	1 (1.5)	
มีอาการท้องเสีย	ไม่มีอาการนี้เลย	34 (82.9)	56 (84.8)	0.886
	มีอาการนี้บ้าง	5 (12.2)	8 (12.1)	
	มีอาการนี้บ่อย	2 (4.9)	2 (3.0)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	0	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

อาการของเชื้อไอวี	ระดับความถี่	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มศึกษา	
มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน	ไม่มีอาการนี้เลย	32 (78.0)	54 (81.8)	0.871
	มีอาการนี้บ้าง	8 (19.5)	11 (16.7)	
	มีอาการนี้บ่อย	1 (2.4)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	0	
มีอาการเจ็บเวลากินอาหารหรือ กลืนอาหารลำบาก	ไม่มีอาการนี้เลย	40 (97.56)	64 (97.0)	0.240
	มีอาการนี้บ้าง	1 (2.44)	2 (3.0)	
	มีอาการนี้บ่อย	0	0	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	0	
มีอาการหายใจขัดหรือลำบาก	ไม่มีอาการนี้เลย	30 (73.2)	54 (81.8)	0.568
	มีอาการนี้บ้าง	9 (22.0)	10 (15.2)	
	มีอาการนี้บ่อย	2 (4.9)	2 (3.0)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	0	
มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือเจ็บตา	ไม่มีอาการนี้เลย	23 (56.1)	53 (80.3)	0.050
	มีอาการนี้บ้าง	10 (24.4)	9 (13.6)	
	มีอาการนี้บ่อย	2 (4.9)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	6 (14.6)	3 (4.5)	
มีอาการเบื่ออาหาร	ไม่มีอาการนี้เลย	27 (65.9)	47 (71.2)	0.143
	มีอาการนี้บ้าง	12 (29.3)	16 (24.2)	
	มีอาการนี้บ่อย	2 (4.9)	0	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	3 (4.5)	
มีอาการน้ำหนักลด	ไม่มีอาการนี้เลย	29 (70.7)	53 (80.3)	0.200
	มีอาการนี้บ้าง	11 (26.8)	9 (13.6)	
	มีอาการนี้บ่อย	1 (2.4)	1 (1.5)	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	3 (4.5)	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

อาการของเอชไอวี	ระดับความถี่	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มศึกษา	
มีอาการคลื่นเป็นไข้	ไม่มีอาการนี้เลย	36 (87.8)	62 (93.9)	0.223
	มีอาการนี้บ้าง	5 (12.2)	4 (6.1)	
	มีอาการนี้บ่อย	0	0	
	มีอาการนี้ทุกวัน	0	0	

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าความถี่ของการเกิดอาการของเอชไอวีในกลุ่มอาสาสมัครนั้น จัดว่าอยู่ในระดับต่ำมากตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นั่นคือในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการดังต่อไปนี้เลย ได้แก่ อาการ ไข้ ทรงตัวไม่ค่อยได้เวลาเดินหรือลุกขึ้นยืน มีผื่นหรืออาการเจ็บแสบตามผิวหนังหรือรู้สึกผิวแห้ง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ซึมเศร้าหรือหุดหือ ท้องเสีย คลื่นไส้ หรืออยากอาเจียน เจ็บเวลากินอาหาร หรือกินอาหารลำบาก หายใจขัดหรือลำบาก ปัญหาเกี่ยวกับสายตา หรือเจ็บตา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นเป็นไข้ แต่สามารถพบอาการเหล่านี้ได้บ้าง (1, 2 หรือ 3 วัน/สัปดาห์) ได้แก่ อาการเพลียหรือเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดหรือชาที่มือหรือเท้า นอนไม่หลับหรือหลับยากหรือมักจะนอนหลับระหว่างวัน

ตารางที่ 13 ระดับความถี่ของอาการของเอชไอวีเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลง
จิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

คะแนน (mean, SD)	กลุ่มศึกษา (จำนวน 41 ราย)			กลุ่มควบคุม (จำนวน 66 ราย)			p-value
	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	
อาการของ เอชไอวี	8.5 (6.3)	6.1 (4.0)	-2.4 (5.1)	5.6 (4.1)	6.4 (4.6)	0.8 (3.8)	0.000

การวิเคราะห์ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความถี่ของ อาการของเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แสดงผลในตารางที่ 13 ค่าความแตกต่างได้คะแนนเป็นบวก หมายถึง ความถี่ของอาการของเอชไอวี ที่มากขึ้นหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม คะแนนติดลบ หมายถึง ความถี่ของอาการของเอชไอวีที่ ลดลงหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มศึกษามีระดับความถี่ของอาการ ของเอชไอวีลดลง 2.4 คะแนน เป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับความถี่ของอาการของเอชไอวีเพิ่มขึ้น 0.8 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความเครียด

การวิเคราะห์ผลการประเมินความเครียดในกลุ่มอาสาสมัครก่อนได้รับ โปรแกรม แสดงใน ตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ระดับความเครียดก่อนได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

การประเมิน	ระดับคะแนน	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	
ST-5	ไม่มีปัญหาความเครียด	24 (58.5)	41 (62.1)	0.458
	น่าจะมีปัญหาความเครียด	10 (24.4)	19 (28.8)	
	อาจจะป่วยด้วยโรคเครียด	7 (17.1)	6 (9.1)	

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.5 ของ กลุ่มศึกษา และ ร้อยละ 62.1 ของกลุ่มควบคุม ไม่มีปัญหาความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ พบว่ามีอาสาสมัคร ส่วนน้อยที่อาจจะป่วยด้วยโรคเครียด คือ ร้อยละ 17.1 ของกลุ่มศึกษา และ ร้อย ละ 9.1 ของกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ระดับความเครียดเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

คะแนน (mean, SD)	กลุ่มศึกษา (จำนวน 41 ราย)			กลุ่มควบคุม (จำนวน 66 ราย)			p-value
	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	
ST-5	4.2 (3.0)	3.0 (2.2)	-1.2 (2.6)	3.7 (2.8)	3.3 (2.8)	-0.4 (2.4)	0.072

การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความเครียด เฉลี่ย แสดงผลในตารางที่ 15 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเครียดได้คะแนนเป็นบวก หมายถึง ระดับความเครียดที่มากขึ้นหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม คะแนนติดลบ หมายถึง ระดับความเครียดที่ ลดลงหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ากลุ่มศึกษา มีระดับความเครียดลดลง 1.2 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับความเครียดลดลง 0.4 คะแนน แต่อย่างไรก็ตาม การลดลงของคะแนนดังกล่าวไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.072$)

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณ

การวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ระดับความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณก่อนได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

การประเมิน	ระดับคะแนน	จำนวน (%)		p-value
		กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	
ความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณ	มากที่สุด	11 (26.8)	21 (31.8)	0.86
	มาก	26 (63.4)	39 (59.1)	
	ปานกลาง	4 (9.8)	6 (9.1)	
	น้อย	-	-	
	ไม่มี	-	-	

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.4 ของกลุ่มศึกษา และร้อยละ 59.1 ของกลุ่มควบคุมมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และไม่พบผู้ป่วยที่ไม่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ หรือความผาสุกด้านจิตวิญญาณระดับน้อยเลย

ตารางที่ 17 ระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

คะแนน (mean, SD)	กลุ่มศึกษา (จำนวน 41 ราย)			กลุ่มควบคุม (จำนวน 66 ราย)			p-value
	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	
การดำเนินชีวิต	4.1 (0.6)	4.4 (0.5)	0.3 (0.5)	4.1 (0.6)	4.2 (0.6)	0.1 (0.5)	0.103
ความผูกพันยึดมั่นในศาสนา	4.3 (0.5)	4.4 (0.5)	0.1 (0.4)	4.3 (0.5)	4.3 (0.5)	0.0 (0.4)	0.086
ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (รวม)	4.2 (0.5)	4.4 (0.5)	0.2 (0.3)	4.2 (0.4)	4.3 (0.5)	0.1 (0.4)	0.037

การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ แสดงผลในตารางที่ 17 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ได้คะแนนเป็นบวก หมายถึง ระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณที่ดีขึ้นหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม คะแนนติดลบ หมายถึง ระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณที่ลดลงหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มศึกษามีระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (รวม) เพิ่มขึ้น 0.2 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น 0.1 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง การเพิ่มดังกล่าวเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$)

ผลวิเคราะห์ความผาสุกด้านจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิตและความผูกพันยึดมั่นในศาสนา พบว่ากลุ่มศึกษามีระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น 0.3 คะแนน และความผูกพันยึดมั่นในศาสนาเพิ่มขึ้น 0.1 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนด้านการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น 0.1 และความผูกพันยึดมั่นในศาสนามีคะแนนคงเดิม การเพิ่มขึ้นของคะแนนดังกล่าวจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.103$ และ $p = 0.086$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 7 ระดับของสติ

การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับของสติ แสดงผลในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ระดับของสติเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

คะแนน (mean, SD)	กลุ่มศึกษา (จำนวน 41 ราย)			กลุ่มควบคุม (จำนวน 66 ราย)			p-value
	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	ก่อน	หลัง	ความแตกต่าง	
การตระหนักรู้	31.3 (7.1)	36.3 (8.3)	5.0 (7.2)	32.1 (7.5)	31.9 (7.7)	-0.2 (5.5)	0.000
การยอมรับ	30.4 (8.1)	31.9 (7.7)	1.5 (8.3)	30.0 (8.3)	31.6 (7.5)	1.7 (6.9)	0.912
ระดับของสติ (รวม)	61.7 (7.2)	68.2 (10.4)	6.5 (10.6)	62.0 (7.3)	63.5 (6.7)	1.5 (6.2)	0.003

การวิเคราะห์ความแตกต่างระดับของสติ แสดงผลในตารางที่ 18 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับของสติ ได้คะแนน เป็นบวก หมายถึง ระดับของสติ ที่ดีขึ้นหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม คะแนนเป็นลบ หมายถึง ระดับของสติ ที่ลดลงหลังสิ้นสุดการ เข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มศึกษามี ระดับของสติ (รวม) เพิ่มขึ้น 6.5 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มี ระดับของสติเพิ่มขึ้น 1.5 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) เมื่อวิเคราะห์ระดับของสติด้านการตระหนักรู้และการยอมรับ พบว่า กลุ่มศึกษามีระดับการตระหนักรู้เพิ่มขึ้น 5.0 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับการตระหนักรู้ลดลง 0.2 คะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ในขณะที่มีระดับของการยอมรับเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.5 และ 1.7 คะแนนตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.912$)

ส่วนที่ 8 การประเมินความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติ

อาสาสมัครกลุ่มศึกษาทุกราย ที่ร่วมโครงการ วิจัยนี้ จะได้รับคู่มือโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (ภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาการฝึกแต่ละสัปดาห์ การบันทึกลงในตารางเมื่อ ได้กลับมาดูลมหายใจใน ช่วงเวลาแห่งความสงบ คือในช่วงเวลา 8.00 10.00 12.00 14.00 16.00 เพื่อฝึกตามแบบปฏิบัติของสัปดาห์นั้น และการฝึกในช่วงกลางคืนช่วงเวลา 20.00 น. หรือ ก่อนนอน ใช้เวลา 30 นาที รวมทั้งบันทึกปัญหาการฝึกแต่ละสัปดาห์ การประเมินความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติจะวิเคราะห์จาก ข้อมูลที่บันทึก ลงในคู่มือการฝึก ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติพิจารณาจากความสามารถในการดึงความรู้ตัวกลับมาเฝ้าดูลมหายใจในช่วงเวลาแห่งความสงบได้อย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง พบว่าอาสาสมัครทุกรายให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างดีเยี่ยม แม้ในช่วงสัปดาห์แรกจะไม่สามารถดึงความรู้สึกตัวกลับมาที่ลมหายใจได้ทุกครั้ง แต่เมื่ออาสาสมัครได้กลับมาทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ พบว่า ในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน อาสาสมัครสามารถ ดึงความรู้สึกตัว กลับมารับรู้ความรู้สึกของลมหายใจเข้าและออก ได้ทุก 2 ชั่วโมงหรือบ่อยครั้งกว่านั้น และไม่มีอาสาสมัครรายใดที่ไม่สามารถดึงความรู้สึกตัวกลับมารับรู้ความรู้สึกของลมหายใจในช่วงเวลาแห่งความสงบเลย

ตัวอย่าง ผลตอบรับจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ เป็นดังนี้

“มาร่วมกิจกรรมแล้วรู้สึกว่าการจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย”

“เมื่อก่อนนอนหลับยาก เดี่ยวนี้กลับมาดูลมหายใจก่อนนอน นอนหลับได้ง่ายขึ้น”

“เมื่อก่อนใครมาหาเรื่องก็โกรธ ได้ตอบเค้าไป เดี่ยวนี้ใครร้ายใส่ ก็ดูความรู้สึกของร่างกาย และอารมณ์ในใจก่อนว่าเป็นอย่างไร จะแสดง ออกไปอย่างไรถึงจะสมเหตุสมผลกว่าเดิม บางครั้งก็หายโกรธไปเลย”

“สมาธิของโครงการนี้..ใช้คำที่ฟังเข้าใจง่าย เอามาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย”

“สนุกดี ไม่น่าเบื่อ ควรจะขยายผลไปใช้กับคนใช้กลุ่มอื่น ๆ และไปใช้กับนักเรียน นักศึกษาด้วย”

“ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น เข้าใจตัวเองและรักตัวเองมากขึ้น”

“แต่ก่อนกลัวการมาโรงพยาบาล ไม่อยากให้คนรู้ว่าเราป่วยเป็นอะไร แต่ตอนนี้ยอมรับกับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ไม่กลัวการมาโรงพยาบาลแล้ว”

“น่าดีใจที่มีสมาธิทางการแพทย์แบบนี้ด้วย ดีใจที่คนรุ่นใหม่หันมาสนใจกับการทำสมาธิมากขึ้น เพราะว่าผมรู้สึกว่าการนี้ช่วยผมได้จริง จิตใจผมดีขึ้นจริง ๆ”

“ผมรู้สึกมีความสุขที่ได้รับจากการฝึกมันทำให้ผมแข็งแรงขึ้น หลังสิ้นสุดโครงการผมมีน้ำใจจะเลือดพอดี ปรากฏว่าชีวิตีไฟร์ของผมเพิ่มขึ้นด้วยนะครับ”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled clinical trial) ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีของสถาบันบำราศนราดูรที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 107 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาที่ได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดร่วมกับการได้รับบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาล จำนวน 41 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำนวน 66 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2555 ผลการศึกษา พบว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดสามารถเพิ่ม ความร่วมมือในการใช้ยา ด้านไวรัส เพิ่มระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เพิ่ม ระดับของสติ และลดความถี่ของ อาการของเอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญที่พบมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากการคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมการวิจัย พบว่ามีคนไข้ที่สนใจแนวทางการดูแลตนเองด้วยการแพทย์ทางเลือกแต่ต้องถูกคัดเลือกรอกจากการวิจัยไป ได้แก่ ผู้ป่วยที่สุขภาพไม่แข็งแรงเพียงพอในการเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลายาวนาน ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมยาเสพติด มีอาการทางจิตที่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ทำความเข้าใจโปรแกรม แรงงานต่างด้าวและชาวต่างชาติที่มีปัญหาในการสื่อสาร ไม่สามารถตอบแบบประเมินที่ต้องตอบด้วยตนเองหรือทำความเข้าใจกับโปรแกรมที่มีการใช้ภาษาไทย เมื่อผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อของอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา มาทำการจัดสรรตัวอย่างด้วยวิธี Blocked randomization เพื่อให้จำนวนอาสาสมัครแต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน จนกระทั่งได้จำนวนอาสาสมัครเพียงพอสำหรับการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (กลุ่มละ 90 คน) จึงโทรศัพท์ติดตามกลุ่มอาสาสมัครกลับมา ประเมินผลลัพธ์ครั้งแรกและนัดมาเข้า ร่วมกิจกรรม

จากการติดตามอาสาสมัครทั้งหมด พบว่าประมาณร้อยละ 40.6 (กลุ่มควบคุมจำนวน 49 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย) ต้องออกจากการศึกษาไป สาเหตุเกิดจาก ติดงาน รู้สึกไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรม ข้างที่อยู่ โทรศัพท์ไม่สามารถติดต่อได้ ติดเรียน ปัญหาค่าใช้จ่าย ไม่สะดวกในการเดินทาง ประสบอุบัติเหตุ มีอาการป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ และไม่มาพบแพทย์ตามนัด

ผู้วิจัยพยายามแก้ไขปัญหที่อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากโครงการด้วยการมอบค่าตอบแทนครั้งละ 200 บาท/ราย ให้กับอาสาสมัครทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การกำหนดวันร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะคำนึงถึงวันเวลาที่อาสาสมัครสะดวกมากที่สุด และโทรศัพท์ติดตามอาสาสมัครกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ แต่อาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงติดภาระกิจการทำงานไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 58.8 ลักษณะกิจกรรมที่เป็นกลุ่มปิดมีสมาชิกในกลุ่มที่ประกอบด้วยวิทยากร (ผู้วิจัย) และผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีเท่านั้น แต่พบอาสาสมัครร้อยละ 23.6 รู้สึกไม่สะดวกมาเข้ากลุ่มเพราะไม่ต้องการเปิดเผยว่าตนเองติดเชื่อเอชไอวี กลัวทัศนคติของสังคมที่มองผู้ป่วยติดเชื่อในด้านลบ เมื่อสิ้นสุดโครงการจึงมีอาสาสมัครเพียงร้อยละ 58.5 ที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้แก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ผลการศึกษาจากอาสาสมัครทุกรายตามกลุ่มที่ได้แบ่งไว้ตอนต้น

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

ผลการศึกษาทำ วิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครทุกราย พบว่าโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดมีผลดีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่มศึกษาที่ 1 ด้วยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย และเครื่องมือ SMAQ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่เพิ่มขึ้นมีสาเหตุมาจากการฝึกจิตใจให้มีวินัย ระดับของสติและการตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นฝึกให้จิตสามารถจดจ่อกับเรื่องที่สำคัญ เอาใจใส่ในทุกกิจกรรมที่ทำระหว่างวัน โดยเฉพาะวินัยในการรับประทานยาให้ตรงตามเวลา มีความรักตนเองและผู้อื่นที่พัฒนางอกงามขึ้นในใจจึงหันกลับมาดูแลเอาใจใส่กับสุขภาพร่างกายตนเองด้วยการ รับประทานยาตามแพทย์สั่งมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยเครื่องมือ VAS สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Duncan และคณะ [13] ที่ใช้เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ 2 วิธี คือ ใช้วิธีการนับเม็ดยา และ VAS ที่ไม่พบความแตกต่างของระดับความร่วมมือในการใช้ยาด้วยเช่นกัน สาเหตุอาจเกิดจาก

การที่อาสาสมัครเป็นผู้ประเมินคำตอบใน VAS ด้วยตัวเองทำให้ข้อมูลที่ได้นั้นมีแนวโน้มสูงเกินจริง ตั้งแต่ต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยลืมคำตอบ เช่น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรก พบว่าผู้ป่วย รับประทานยาตรงเวลาทุกมื้อ ไม่เคยลืม รับประทานยาเลย เมื่อประเมิน VAS ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงให้คะแนน pre-test ที่ร้อยละ 100 เมื่อสิ้นสุดโครงการมีการประเมินผลลัพธ์ครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลาทุกมื้อ ไม่เคยลืมรับประทานยาเลยเช่นเดิม แต่การประเมิน VAS ผู้ป่วยให้คะแนน post-test ของตนเองลดลงเหลือที่ร้อยละ 95 เป็นต้น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการที่ผู้ฝึกนำหลักการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์มาปรับใช้จริงในชีวิตประจำวันอย่างค่อยเป็นค่อยไป การมีทำที่ถูกต้องต่อการฝึก พร้อมรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตด้วยใจที่เป็นกลางก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ตัว เปลี่ยนวิธีการคิดและตอบสนองต่อสิ่งเร้า ก่อเกิดการปรับตัว ลดความเครียด สามารถจัดการแก้ไขปัญหาและใช้ชีวิต ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความ แตกต่างกับจากการศึกษาของ Robinson และคณะ [14] ที่ใช้ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ชื่อ Functional Assessment of HIV Infection (FAHI) วิเคราะห์ผลเฉพาะ ในกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วม กิจกรรมครบทุกครั้ง (completed case analysis) มีเพียง 24 รายที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง (จาก กลุ่มศึกษาทั้งหมด 46 ราย) และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ราย ไม่พบความแตกต่างของระดับคุณภาพ ชีวิต ซึ่งมีสาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กทำให้อำนาจในการทดสอบมีไม่เพียงพอในการ วิเคราะห์ความแตกต่าง อย่างไรก็ตามเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความ แตกต่างกัน ทั้งหมดยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมมากกว่านี้ในการยืนยันผลที่ชัดเจน

อาการของเอชไอวี

ผลการลด อาการของเอชไอวี เกิดที่พบในการศึกษานี้ อาจมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความสามารถของจิตในการเฝ้าดูและยอมรับความรู้สึกร่างกายที่เกิดขึ้นด้วยความสงบ ไม่รู้สึก ต่อต้าน จนกระทั่งความรู้สึกเจ็บป่วยเหล่านั้นหายไป รวมทั้งสาเหตุจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเนื่องจากผู้ป่วยใส่ใจกับการ รับประทานยาให้ตรงเวลาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ตามอาสาสมัครในการศึกษานี้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ได้รับยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

ระดับอาการของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มจัดอยู่ในระดับที่ต่ำมาก (กลุ่มศึกษา 8.5 คะแนน และกลุ่มควบคุม 5.6 ตามลำดับ) โดยเฉพาะในกลุ่มควบคุม ที่มีระดับอาการน้อยตั้งแต่ต้นอยู่แล้ว การลดระดับอาการให้ต่ำลงอีกจึงทำได้ยาก

ความเครียด

ผลการลดระดับความเครียด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากการศึกษาของ กิรณา เต๋ออาร์ักษ์ และคณะ [19] เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด จำนวน 60 ข้อ ของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่านักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขศาสตร์ ที่ฝึกตามโปรแกรมครบถ้วนมีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ วัลลภา ศรีบุญพิมพ์สวาย และคณะ [21] เก็บข้อมูลระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตัวเอง ของกรมสุขภาพจิต ผลจากการศึกษาพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกการทำสมาธิสามารถลดระดับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าผลของการทำสมาธิมีผลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุที่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกิด จากการที่ระดับความเครียด ของกลุ่มตัวอย่างจึงจัดอยู่ในระดับเครียดน้อยตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโครงการ (กลุ่มศึกษา 4.2 คะแนน และกลุ่มควบคุม 3.7 คะแนน ตามลำดับ) เพราะอาสาสมัครมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้จริง หรือการที่ผู้ตอบแบบประเมินไม่สามารถแยกความแตกต่างในการเลือกคำตอบของ ST-5 ระหว่าง “แทบไม่มี” และ “เป็นบางครั้งได้” ผู้ที่มีอาการตามข้อคำถามบ้างเป็นบางครั้งมีแนวโน้มจะเลือกตอบ “แทบไม่มี” จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การประเมินมีคะแนนต่ำยากที่จะลดระดับลงจากเดิมได้อีก แม้การศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างของระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าระดับความเครียดที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่ประเมินด้วยเครื่องมือในการศึกษานี้ทั้ง 3 วิธี การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และความถี่ของอาการของเอชไอวีที่ลดลงอีกด้วย

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

การประเมินผลที่มีต่อระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ พบว่าระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดูแลทางจิตวิญญาณมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความรู้สึกมั่นใจ เห็นคุณค่าของชีวิต เห็น

ความหมายของการดำเนินชีวิตต่อไป ให้อภัยในความผิดพลาดของ ตนเอง รู้สึกเป็นอิสระจากตรา บาบที่เกิดขึ้นในใจ ลดความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jam และคณะ [15] พบว่าโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญ สติเป็นฐานมีผลเพิ่มสุขภาวะทางจิต และมีผลเพิ่มระดับ ซีดีโฟร์อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของธวัช ชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ [18] พบว่าค่าคะแนนอาการทางจิตในหมวดต่าง ๆ ลดลงอย่างมี นัยสำคัญ 8 ใน 9 หมวด ได้แก่ การย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ความรู้สึกบกพร่องในการ ติดต่อกับผู้อื่น (interpersonal sensitivity) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) อารมณ์วิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobic anxiety) ความรู้สึกหวาดระแวง (paranoid ideation) และพฤติกรรมบ่งชี้อาการจิตเภท (psychoticism) โดยมีเหตุผลหลายประการ ได้แก่ 1) ผลของการฝึกตามโปรแกรมที่ประกอบ ด้วยการทำสมาธิ การเรียนรู้และเข้าใจอารมณ์ ความคิด การมีทัศนคติที่ยอมรับตนเอง มีความรักและเข้าใจตนเอง 2) ผลของการใช้กลุ่มบำบัดที่มี ปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกภายในกลุ่ม 3) ผลจากความคาดหวัง ศรัทธาต่อวิธีการรักษาด้วยการ ทำสมาธิที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทย [18]

ระดับของสติ

การทำสมาธิฝึกฝนทางจิตเพื่อให้ห่างจากความคิด และเพื่อให้ผู้ฝึกได้สังเกตและยอมรับ กระบวนความคิด โดยไม่สนใจวิเคราะห์ความคิดนั้น ช่วยให้จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน เพิ่ม ความสามารถที่จะใส่ใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นปัจจุบัน ทำให้เพิ่มระดับของสติ คือ ความรู้ตัวต่อสิ่งที่ ใ้ใจในปัจจุบันขณะอันได้แก่ ลมหายใจ ความรู้สึกของร่างกาย ความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น เห็น ความเปลี่ยนแปลงอันได้แก่การเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไป หลังสิ้นสุดโปรแกรมเปลี่ยนแปลง จิตสำนึกเพื่อคลายเครียด พบว่าระดับของสติของอาสาสมัครกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gayner และคณะ [16] ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียด โดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่มีต่อระดับของความมีสติ ในกลุ่มผู้ป่วยชายรักชายจำนวน 117 ราย พบว่าหลังสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยมี ระดับเพิ่ม ระดับของสติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยัง พบว่าการเพิ่ม ระดับของสติ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเครียด เพิ่มความคิดด้าน บวก และทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง

1.3 การประยุกต์ใช้ผลของการศึกษาในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ให้สัมฤทธิ์ผล จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) แนวคิดหลักที่สำคัญของการ บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) คือ การให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) เป็นความรับผิดชอบของ ผู้ปฏิบัติ ที่มีต่อความต้องการใช้ยาของ ผู้ป่วย เป็นภารกิจของผู้ปฏิบัติที่พึงกระทำ จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกรที่มีต่อการให้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตาม ต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ให้กับผู้ป่วย [107] การให้บริบาลทางเภสัชกรรม ใน การศึกษานี้จึงมิได้มุ่งหวังที่จะก้าวข้ามหรือทำหน้าที่แทนผู้ใด เภสัชกรไม่ได้มีหน้าที่เพียงแค่จ่ายยาที่ ถูกคนและถูกโรค ให้กับคนไข้ แต่สามารถเข้าไปมีบทบาทในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิต ใจ สังคม และจิตวิญญาณได้เช่นกัน บุคลากรทุกคนสามารถนำองค์ความรู้ ต่างที่ได้จากโปรแกรมการเปลี่ ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลาย เครียดไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางการรักษาสูงสุด กับผู้ป่วย เภสัชกรสามารถแนะนำ ให้ผู้ป่วยที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมนี้เพื่อใช้เป็นทางเลือกห นึ่งในการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วย และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาได้เป็นอย่างดี

การฝึกสมาธิ โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดเป็น โปรแกรมสมาธิที่ไม่ เกี่ยวข้องกับศาสนา เข้าใจง่าย นำมาใช้ได้กับทุกวัฒนธรรม สามารถนำมาประยุกต์เพื่อส่งเสริม สุขภาพให้กับผู้ป่วยร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ทำให้เพิ่ม ความร่วมมือในการ ใช้ยาด้านไวรัส เพิ่มระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มความผาสุกด้านจิตวิญญาณเพิ่ม ระดับของสติ และลด ความถี่ของอาการของเอชไอวีซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างมากหากในอนาคต สามารถขยายการใช้โปรแกรมนี้ควบคู่ไปกับการรักษาตามมาตรฐาน ไปยังสถานพยาบาลทุกระดับ

1.4 จุดแข็ง และข้อจำกัดในการทำวิจัย

จุดแข็งของการวิจัยนี้ คือ รูปแบบงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled clinical trial) จึงช่วยควบคุมปัจจัยภายนอกอื่นที่มีผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ เช่น การที่ อาสาสมัครป่วยด้วยโรคทางร่างกาย หรือจิตใจอื่น ๆ ระหว่างการทำวิจัย สภาพแวดล้อมรอบตัวของ ผู้ป่วยที่เกิดร่วมภายหลังการรับผู้ป่วยมาในการศึกษา รวมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์ (outcome) ที่

หลากหลายที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน เช่น ระดับความร่วมมือในการใช้ยา อาการของเอชไอวี เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษาคือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยจนมี statistical power ไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างของระดับความเครียดได้ และจำนวนอาสาสมัครที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งมีมากถึงร้อยละ 41.5 ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครทุกรายตามกลุ่มที่แบ่งไว้ตอนต้น (intention to treat analysis) รวมทั้งการที่ไม่สามารถปกปิดผู้วิจัยได้ว่า กลุ่มตัวอย่างใด ที่จะได้รับหรือไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการประเมินผลลัพธ์ได้ ผู้วิจัยได้ แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองทั้งหมด ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อาจไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก เช่น ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย 0.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 1 ความแตกต่างนี้แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มี statistical significant แต่คะแนนที่เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 6 นี้ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinical significant) เนื่องจากค่าความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มศึกษา มีระดับที่ต่ำกว่าค่าความแตกต่างที่น้อยที่สุดที่สามารถแสดงนัยสำคัญทางคลินิก (Minimally important difference; MID) จากการศึกษาก่อนของ Walters และคณะ [106] ของเครื่องมือ EQ-5D ในกลุ่มผู้ป่วย 11 กลุ่มโรค ที่มีค่าเท่ากับ 0.074 เป็นต้น

1.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการศึกษาล้างผ่านการฝึกในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นและติดตามระดับซีดีโฟร์ ที่ 6 และ 12 เดือน เพื่อศึกษาว่าความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการฝึกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับซีดีโฟร์ด้วยหรือไม่ และควรมีการขยายการศึกษาไปในกลุ่มโรคอื่น ๆ ด้วย

รายการอ้างอิง

1. UNAIDS/WHO. UNAIDS report on the global AIDS epidemic [Online]. 2012. Available from : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf [2013, March]
2. สำนักงานสถิติ. เอกสารสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2554 : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักงานสถิติ กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110401_67083155.pdf [10 สิงหาคม 2554]
3. Kubotani, T., and Engstrom, D. The Roles of Buddhist Temples in the Treatment of HIV/AIDS in Thailand. Journal of Sociology and Social Welfare 32 (2005) : 5-21.
4. Li, L., Lee, S.J., Wen, Y., Lin, C., Wan, D., and Jiraphongsa, C. Antiretroviral therapy adherence among patients living with HIV/AIDS in Thailand. Nurs Health Sci 12 (Jun 2010) : 212-220.
5. Do, N.T., Phiri, K., Bussmann, H., Gaolathe, T., Marlink, R.G., and Wester, C.W. Psychosocial factors affecting medication adherence among HIV-1 infected adults receiving combination antiretroviral therapy (cART) in Botswana. AIDS Res Hum Retroviruses 26 (Jun 2010) : 685-691.
6. Protopopescu, C., Raffi, F., Roux, P., Reynes, J., Dellamonica, P., Spire, B., et al. Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy : a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. J Antimicrob Chemother 64 (Sep 2009) : 599-606.
7. Nilsson Schonnesson, L., Williams, M.L., Ross, M.W., Bratt, G., and Keel, B. Factors associated with suboptimal antiretroviral therapy adherence to dose, schedule, and dietary instructions. AIDS Behav 11 (Mar 2007) : 175-183.
8. Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 133 (Jul 4 2000) : 21-30.

9. Stone, V.E. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: lessons from research and clinical practice. Clin Infect Dis 33 (2001) : 865-872.
10. Tuldra, A., and Wu, A.W. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. J Acquir ImmuneDefic Syndr 31 (2002) : S154-157.
11. Kleeberger, C.A., Phair, J.P., Strathdee, S.A., Detels, R., Kingsley, L., and Jacobson, L.P. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr 26 (Jan 1 2001) : 82-92.
12. Creswell, J.D., Myers, H.F., Cole, S.W., and Irwin, M.R. Mindfulness meditation Training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: a small randomized controlled trial. Brain Behav Immun 23 (Feb 2009) : 184-188.
13. Duncan, L.G., Moskowitz, J.T., Neilands, T.B., Dilworth, S.E., Hecht, F.M., and Johnson, M.O. Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects : a randomized, wait-list controlled trial. J Pain Symptom Manage 43 (Feb 2012) : 161-171.
14. Robinson, F.P., Mathews, H.L., and Witek-Janusek, L. Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus : a quasiexperimental study. J Altern Complement Med 9 (Oct 2003) : 683-694.
15. Jam, S., Imani, A.H., Foroughi, M., SeyedAlinaghi, S., Koochak, H.E., and Mohraz, M. The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study. Acta Med Iran 48 (Mar-Apr 2010) : 101-106.
16. Gayner, B., Esplen, M.J., DeRoche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. J Behav Med 35 (Jun 2012) : 272-285.

17. Gonzalez, A., Solomon, S.E., Zvolensky, M.J., and Miller, C.T. The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. J Health Psychol 14 (Apr 2009) : 403-413.
18. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร์ มณีกานนท์ และ สมจิตร์ ห่องบุตรศรี. ประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46 (2544) : 13-24.
19. กิรณา เต้าอาร์กซ์, ศรีสมพร ปรีเปรม และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. ผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดต่อการลดความเครียดและเพิ่มความจำ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 55 (2553) : 165-175.
20. นวนันท์ ปิยะวัฒน์วัฒนกุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, พรทิพย์ บุญเรืองศรี, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี และจินตนา สิงขรอาจ . ผลของโปรแกรมการยกระดับจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46 (2544) : 301-309
21. Sriboonpimsuay, W., Promthet, S., Thinkhamrop, J., and Krisanaprakornkit, T. Meditation for Preterm Birth Prevention: A Randomized Controlled Trial in Udonthani, Thailand. International Journal of Public Health Research 1 (2011) : 31-39.
22. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. การวัดผลของสมาธิในทางคลินิก. ใน สมาธิบำบัดทางจิตเวช ศาสตร์และสุขภาพจิต Meditation Therapy in Psychiatry and Mental Health, หน้า 179. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
23. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2549.
24. Bootman, J.L., Townsend, R.J., and McGhan, W.F. Principle of pharmacoeconomics. Cincinnati (OH): Wharvey Whitney Books. 1996, อ้างอิงใน พรณทิพา ศักดิ์ทอง . คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.

25. กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาแบบประเมินและการวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
26. นววิวัฒน์ ไพรวัลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
27. ดุสิต สดาวร. Overview of End-of-Life Care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า 322. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2552.
28. ปรีชา มณฑาทิฏฐ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์. ใน ปรีชา มณฑาทิฏฐ, ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล และชาญกิจ พุดิเลพงษ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์, หน้า 20-24. กรุงเทพฯ : กลุ่มเกศจักร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ประเทศไทย), 2551.
29. World Health Organization. Basic documents: World Health Organization. Geneva, Switzerland: WorldHealth Organization, 1948.
30. Fauci, A.S., Pantaleo, G., Stanley, S., and Weissman, D. Immunopathogenic mechanisms of HIV infection. Ann Intern Med 124 (Apr 1 1996) : 654-663.
31. สำนักโรคเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา, 2547.
32. Center for Disease Control and Prevention. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults [Online]. 1993. Available from : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm> [2012, January]
33. Holland, J.C., Jacobson, P., and Breibart W. Psychiatric and psychosocial aspect of HIV infection. In V.T. Devita, S. Hellman, and S.A. Rosenberg (Eds.), AIDS: Etiology, diagnosis, treatment, and prevention. pp. 347-354. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1992.
34. ธนา นิลชัยโกวิทย์. เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ป่วย HIV. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2538.

35. Lang, C. Positive steps. Nursing Time 89 (1993) : 54-56.
36. สมภพ เรืองตระกูล. โรคเอดส์อาการทางจิตเวชและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2548.
37. Belcher, A.E., Dettmore, D., and Holzemer, S.P. Spiritititual and sense of well-being in person with AIDS. Holistic Nursing Practice 3 (1989) : 16-25.
38. วิลาวัณย์ เสนารัตน์, ประสงค์ ลิมตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประไพศ, ชมนาด พจนามาตร์ และคาราวรรณ ต๊ะปันตา. การพัฒนาศักยภาพ บุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์..... รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
39. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิต: สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. หมอชาวบ้าน 22 (2543) : 41-46.
40. เรณูการ์ ทองคำรอด. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
41. ธวัชชัย กลุณณะประกกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี และผ่องพรรณ กลุณณะประกกรกิจ. สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต Meditation Therapy in Psychiatry and Mental Health. พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
42. Naranjo, C., and Ornstein, R.E. On the psychology of meditation. Penquin (Non-Classics), 1972.
43. Ospina, M.B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., et al. Meditation practices for health: state of the research. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). (Jun 2007) : 1-263.
44. สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลสังฆปริณายก. วิธีสร้างบุญบารมี. พิมพ์ครั้งที่ 40. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย, 2555.
45. เจก ธนะสิริ. ชีวิตนั้มหัศจรรย์ยิ่งนัก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คราฟแมนเพลส, 2542.
46. The Transcendental meditation (TM) Program. [Online]. 2013. Available from : <http://www.tm.org>. [2013, March]

47. Shah, A.H., Joshi, S.V., Mehrotra, P.P., Potdar, N., and Dhar, H.L. Effect of Saral meditation on intelligence, performance and cardiopulmonary functions. Indian J Med Sci 55 (Nov 2001) : 604-608.
48. Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York : Dell Publishing, 1990.
49. Segal, Z.J., Williams, J.M., and Teasdale, J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York : Guilford Press, 2002.
50. Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosom Med 65 (Jul-Aug 2003) : 564-570.
51. Solberg, E.E., Ekeberg, O., Holen, A., Ingjer, F., Sandvik, L., Standal, P.A., et al. Hemodynamic changes during long meditation. Appl Psychophysiol Biofeedback 29 (Sep 2004) : 213-221.
52. Cysarz, D., and Bussing, A. Cardiorespiratory synchronization during Zen meditation. Eur J Appl Physiol 95 (Sep 2005) : 88-95.
53. Gallois, P., Forzy, G., Dhont, J.L. [Hormonal changes during relaxation]. Encephale 10 (1984) : 79-82.
54. Michaels, R.R., Parra, J., McCann, D.S., and Vander, A.J. Renin, cortisol, and aldosterone during transcendental meditation. Psychosom Med 41 (Feb 1979) : 50-54.
55. Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M.J., Cropley, T.G., et al. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). Psychosom Med 60 (Sep-Oct 1998) : 625-632.

56. Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Edman, J.S., Jasser, S.A., McMearty, K.D., et al. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. Altern Ther Health Med 13 (Sep-Oct 2007) : 36-38.
57. Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., and Kesper, U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. Psychother Psychosom 76 (2007) : 226-233.
58. Zautra, A.J., Davis, M.C., Reich, J.W., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., et al. Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. J Consult Clin Psychol 76 (Jun 2008) : 408-421.
59. Smith, J.E., Richardson, J., and Hoffman, C., Pilkington, K. Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. J Adv Nurs 52 (Nov 2005) : 315-327.
60. Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry 149 (Jul 1992) : 936-943.
61. Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. Arthritis Rheum 57 (Feb 15 2007) : 77-85.
62. อัมพร หัสศิริ,ขวัญใจ ธรรมขันโท และแสงอรุณ วงศ์ปัญญา. คู่มือการฝึกสมาธิและการจินตนาการในเด็กสมาธิสั้น อายุ 5-11 ปี. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด : 171-172.
63. Kreitzer, M.J., Gross, C.R., Ye, X., Russas, V., and Treesak, C. Longitudinal impact of mindfulness meditation on illness burden in solid-organ transplant recipients. Prog Transplant 15 (Jun 2005) : 166-172.
64. West, M.A. Meditation and the EEG. Psychol Med 10 (1980) : 369-75.

65. Yamamoto, S. Kitamura, Y., Yamada N, Nakashima Y, and Kuroda S. Medial prefrontal cortex and anterior cingulated cortex in the generation of alpha activity induced by Transcendental Meditation: a magnetoencephalographic study. Acta Med Okayama 60 (2006) : 51-8.
66. Murata, T., Takahashi, T., Hamada, T., Omori, M., Kosaka, H., Yoshida, H., et al. Individual trait anxiety levels characterizing the properties of zen meditation. Neuropsychobiology 50 (2004) : 189-194.
67. Greeson, J.M. Mindfulness Research Update : 2008. Complement Health Pract Rev, 2009.
68. พริ้มเพระ ดิษยณิข, วาสนา พัฒนกำจร. การใช้วิถีปัสสนากรรมฐานในการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดประเภทยาบ้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 7 (2542) : 91-100.
69. Paterson D, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 133, (2000) : 21-30.
70. อรรณพ หิรัญศิษฐ์. Strategies to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy. ใน ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล และชาญกิจ พุดิเลพงษ์ (บรรณาธิ การ), การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ , หน้า 20-24. กรุงเทพฯ: กลุ่มเภสัชกรดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ประเทศไทย), 2551.
71. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2553.
72. Ware, J.E., Jr., and Sherbourne, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 30 (Jun 1992) : 473-483.
73. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med 28 (May 1998) : 551-558.
74. Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B., and Gilson, B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med Care 19 (Aug 1981) : 787-805.

75. Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Backett, E.M., Williams, J., and Papp, E.
A quantitative approach to perceived health status: a validation study.
J Epidemiol Community Health 34 (Dec 1980) : 281-286.
76. Brooks, R. EuroQol: the current state of play. Health Policy. 37 (Jul 1996) : 53-72.
77. Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al.
The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol 11 (Mar 1993) : 570-579.
78. พรรณทิพา สักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ Health-Related Quality of life. Thai Pharm Health Sci J 3 (2007) : 327-337.
79. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง. [ออนไลน์]. 2556.
แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=134> [28 มีนาคม 2556]
80. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียดสวนปรง. [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา:
<http://www.dmh.go.th/test/stress/> [28 มีนาคม 2556]
81. สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 45 (2543) : 237-50.
82. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด (ST-5). [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา:
<http://www.dmh.go.th/test/qtests/>. [19 มีนาคม 2556]
83. อรพรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 16 (2551) : 177-182.
84. อรพรรณ ศิลปกิจ. ความเครียดของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 17 (2551) : 37-44.
85. Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., and Stollenwerk, R. Focus on spiritual well-being: harmonious interconnectedness of mind-body-spirit--use of the JAREL spiritual well-being scale. Geriatr Nurs 17 (Nov-Dec 1996) : 262-266.
86. Herth, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs 17 (Oct 1992) : 1251-1259.
87. Howden, J.W. Development and psychometric characteristics of spirituality assessment scale. [abstracts].[Ph.D. Dissertation]:Texas Woman's University: 1992.
Available from : Dissertation Abstract Interational/UMI No.9312917.

88. Ellison, W.C. Spiritual Well-Belling : Conceptualization and Measurement. Journal of Psychology and Theology 11 (1983) : 330-40.
89. Linehan, M.M. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. Bull Menninger Clin. 51 (May 1987) : 261-276.
90. Teasdale, J.D. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. Behav Res Ther 37 (Jul 1999) : S53-77.
91. Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L., et al. The Toronto Mindfulness Scale : development and validation. J Clin Psychol 62 (Dec 2006) : 1445-1467.
92. Brown, K.W., and Ryan, R.M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol 84 (Apr 2003) : 822-848.
93. Cardaciotto, L., Herbert, J.D., Forman, E.M., Moitra, E., and Farrow, V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. Assessment 15 (Jun 2008) : 204-223.
94. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อรวรรณ ศิลปกิจ และภัทราพร วิสาจันทร์. ความตรงของ Philadelphia Mindfulness Scale ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 19 (2554) : 140-147.
95. Cohen, J. Quantitative Methods in Psychology. Psychological Bulletin 112 (1992) : 155-159.
96. Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 53 (Apr 2005) : 695-699.
97. Hemrungronj, S. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai Version March 15, 2007 [Online]. 2007. Available from : [http://www.cueid.org/ component/option,com_docman/task,doc_download/gid,1651/Itemid,42/](http://www.cueid.org/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,1651/Itemid,42/) [2011, December]

98. นายไพศาล แดงพัฒนพงศ์. ความทุกข์ของภาวะทุพพรธิปัญญาเสื่อมระยะแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และคลินิกภูมิคุ้มกัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ , สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
99. ศุทธิณี ตันพงศ์เจริญ. การให้ความรู้โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2546.
100. Knobel, H., Alonso, J., Casado, J.L., Collazos, J., Gonzalez, J., Ruiz, I., et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS 16 (Mar 2002) : 605-613.
101. Tongsiri, S. The Thai population-based preference scores for EQ-5D health states. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2009.
102. Sakthong, P., Schommer, J.C., Gross, C.R., Prasithsirikul, W., and Sakulbumrungsil R. Health Utility in Patients with HIV/AIDS in Thailand. Value in Health 12 (2009) : 377-384.
103. Cleary, P.D., Fowler, F.J., Jr., Weissman, J., Massagli, M.P., Wilson, I., and Seage, G.R., 3rd, et al. Health-related quality of life in persons with acquired immune deficiency syndrome. Med Care 31 (Jul 1993) : 569-580.
104. Cunningham, W.E., Bozzette, S.A., Hays, R.D., Kanouse, D.E., and Shapiro, M.F. Comparison of health-related quality of life in clinical trial and nonclinical trial Human immunodeficiency virus-infected cohorts. Med Care 33 (Apr 1995) : AS15-25.
105. Whalen, C.C., Antani, M., Carey, J., Landefeld, C.S. An index of symptoms for infection with human immunodeficiency virus: reliability and validity. J Clin Epidemiol 47 (May 1994) : 537-546.

106. Walters, S.J., and Brazier, J.E. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. Qual Life Res 14 (Aug 2005) : 1523-1532.
107. Cipolle, R.J., Strand, L.M., Morley, P.C. Pharmaceutical care practice. New York : McGill Hill, 1998.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสรุปผลการพิจารณาโครงการวิจัย

งานธุรการ	จดหมายเวียน
เลขที่	210
วันที่	๕ ก.พ. 55
เวลา	11.00

FM-REC-06-01

แบบสรุปผลการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

เลขที่งานวิจัย BIR-๑๑-๓๑

วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

เรื่อง การสรุปการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

จากการพิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดใน

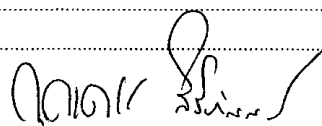
ผู้ป่วยติดเชื้อมีไข้หวัดและโรคเอดส์

ผู้วิจัย นางสาวอาทิตา ปันณานุสรณ์ และคณะ

มีผลการพิจารณาของคณะกรรมการดังนี้

- | | | |
|---|--|--|
| ☒ คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย | ☒ ผ่านการพิจารณา | ☐ ไม่ผ่านการพิจารณา |
| ☐ คณะกรรมการพิจารณาผลประโยชน์งานวิจัย | ☐ ผ่านการพิจารณา | ☐ ไม่ผ่านการพิจารณา |
| ☐ กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง | ☐ ผ่านการพิจารณา | ☐ ไม่ผ่านการพิจารณา |
| ☐ สรุปความคิดเห็นอื่นๆ..... | | |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

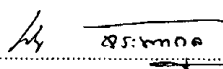


(นายแพทย์กตเดโช สิริภัสสร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

- ☒ ทราบ
- ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
- ☐ อื่นๆ.....

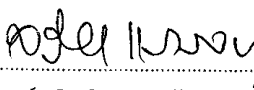
- ☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
- ☐ อื่นๆ.....



(นายแพทย์พรชัย จิระชนากุล)

รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

20 ก.พ. 2555



(แพทย์หญิงจริยา แสงสัจจา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

21 ก.พ. 2555

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรม การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดต่อผู้ป่วยติดเชื้อมเอดส์
ผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัย

นางสาว อาทิตา ปันณานุสรณ์

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร 086-5502550

E-mail: atita_tao@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารนี้เป็นเอกสารแสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษา ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกจิตวิญญาณ และระดับของสติ

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้มีสิทธิเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อมเอดส์ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยและผู้ป่วยที่รักษาตัวในสถาบันบำราศนราดูร หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการสุ่มซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของผู้ที่ได้เข้าร่วมฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ร่วมกับการได้รับการบริการมาตรฐานจาก

โรงพยาบาล ระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 5 สัปดาห์ จำนวน 77 คน (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่ได้รับการบริการมาตรฐานจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำนวน 77 คน (กลุ่มควบคุม) รวมจำนวนทั้งสิ้น 154 ราย แต่ละกลุ่มให้ข้อมูล โดยการตอบข้อมูลพื้นฐานทั่วไป รวมทั้งแบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ระดับของสติ จำนวนทั้งสิ้น 86 ข้อ มีการประเมินรวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด และครั้งที่ 2 ประเมินทันทีหลังจบการเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในสัปดาห์ที่ 5 (กลุ่มศึกษา) หรือในวันถัดมารับบริการครั้งถัดไป (กลุ่มควบคุม) การปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด อาสาสมัครในกลุ่มนี้ จะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด เป็นการฝึกร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10-20 ราย ณ คลินิกให้คำปรึกษา สถาบันบำราศนราดูร ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยมีเภสัชกรหญิงอาทิตยา ปันณานุสรณ์ (ผู้วิจัย) เป็นผู้ให้คำแนะนำในการฝึก ในแต่ละสัปดาห์มีหลักการและการปฏิบัติ 5 ขั้นตอน คือ
 - การกำหนดรู้ลมหายใจและเฝ้าดูลมหายใจ
 - การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย
 - การระลึกอารมณ์ การยอมรับอารมณ์ การเฝ้าดูอารมณ์ และความรู้สึกของร่างกาย
 - การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขความคิด
 - การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ และการพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรักและความเข้าใจ

ผู้ฝึกจะอ่านบทเรียน ซึ่งอธิบายเนื้อหาของแต่ละบทเฉพาะของสัปดาห์นั้น ทำความเข้าใจ และทำแบบฝึกประจำสัปดาห์ด้วยตนเองที่บ้าน โดยการฝึกที่บ้านนั้นจะมีการฝึก คือ

- ช่วงเวลาแห่งความสงบ หมายถึง การหยุดภารกิจในชีวิตประจำวัน เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อให้จิตใจได้กลับมาสงบและผ่อนคลาย โดยให้ผู้ฝึกใช้เวลา 2-3 นาที ในช่วงเวลา 8.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 เพื่อฝึกตามแบบปฏิบัติของสัปดาห์นั้น
- ช่วงเวลา 20.00 น. หรือ ก่อนนอน ใช้เวลา 30 นาที ซึ่งในช่วงเวลานี้จะได้มีเวลาฝึกที่ยาวนานขึ้น ให้ฝึกต่อเนื่องทุกวัน

2. กลุ่มที่ได้รับการบริการมาตรฐานจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เป็นอาสาสมัครที่อยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในระยะเวลาของการศึกษา หากท่านมีความสนใจการฝึกโปรแกรมหากล่าว หากภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษาแล้วผู้วิจัยพบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประโยชน์ในการรักษาในแนวทางการรักษาที่เป็นองค์รวมจริง ผู้วิจัยจะติดต่อกลับไปถึงท่านและเปิดสอนโปรแกรมนี้อีกครั้งหลังจากสิ้นสุดการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย

- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์
- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
- ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน หรือมีระดับซีดีโฟร์มากกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร
- สามารถฟัง และโต้ตอบเป็นภาษาไทยได้
- รับประทานยาละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- ไม่มีภาวะทุพบุรุษปัญหาเสื่อมระยะแรกจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน The Montreal Cognitive
- Assessment Test (MOCA-T) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา

- ดิฉันเสียด
- ผู้ป่วยที่อาจประกอบกิจกรรมกับผู้วิจัยได้ลำบาก ได้แก่ ป่วยเป็นจิตเวชรุนแรง ผู้ป่วยโรคสมองเรื้อรังและรุนแรง ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคสมอง ผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ
- มีสุขภาพร่างกายอาการบ่งบอกถึงระดับของโรคที่เลวลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ความร่วมมือจากท่านผู้เข้าร่วมวิจัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยท่านควรปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านและยาที่ได้รับระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยง ความไม่สบาย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ผลข้างเคียงจากการร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด อาจทำให้เกิดอาการทางจิตใจที่แย่ลงในระยะแรก เนื่องจากการปลดอาการที่เก็บกดอยู่ให้ระบายออกมามากขึ้น การให้คำแนะนำปรึกษาจึงมีความสำคัญ กรุณาแจ้งผู้วิจัยของท่านในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ท่านควรรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอาทิตา ปันณานุสรณ์ โทร 086-5502550 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัย จะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

1. ท่านอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกรเกี่ยวกับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น เพื่อใช้ในการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอง
2. ผลการวิจัยนี้จะก่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบหรือปรับปรุงขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นในทุกะดับของการรักษาพยาบาล และเป็นแนวทางพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอต่อไป

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมโครงการวิจัย

1. ท่านควรให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. ท่านควรแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
3. ท่านควรแจ้งให้ผู้ ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในโครงการวิจัย

กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์หรือจิตใจอันเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงปลั่งจิตสำนึก เพื่อคลายเครียดจนต้องได้รับการบำบัดรักษา ผู้วิจัยจะได้นำส่งโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

อาสาสมัครจะได้รับค่าเดินทางครั้งละ 200 บาท ในแต่ละครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงปลั่งจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยการขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย ไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการดูแลรักษาใด ๆ ที่ท่านกำลังได้รับอยู่แต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินการวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- มีอาการทางจิตที่บ่งบอกระดับที่เลวลง
- มีภาวะติดเชื่อแทรกซ้อนระหว่างการศึกษาวิจัย
- อาสาสมัครที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปได้

การปกป้องรักษาข้อมูลของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยสู่สาธารณชน หากมีการเสนอผลงาน การวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านจากการลงนามยินยอมของท่าน และมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ระบุถึงตัวท่าน

หากท่านต้องการยกเลิกการใช้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถจะบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวอาทิตา ปันณานุสรณ์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก

ชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ คือ ญญ. อาทิตา ปันณานุสรณ์ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เบอร์โทรศัพท์ 086-550-2550 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ชี้แจงในเอกสารข้อมูลคำอธิบาย ท่านสามารถร้องเรียนมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำราศนราดูร จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจาก

การวิจัย โดยไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล การให้บริการ หรือการดูแลรักษาใด ๆ ที่ท่านกำลังได้รับอยู่

9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับ ข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านมีข้อปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ทำที่คลินิกให้คำปรึกษา สถาบันบำราศนราดูร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ที่อยู่ติดต่อ และเบอร์ติดต่อ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลโดยกา รตอบข้อมูลพื้นฐานทั่วไป รวมทั้งแบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ระดับของสติ จำนวนทั้งสิ้น 86 ข้อ มีการประเมินรวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด และครั้งที่ 2 ประเมินทันทีหลังจบการเข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในสัปดาห์ที่ 5 (กลุ่มศึกษา) หรือในวันนัดมารับบริการครั้งถัดไป (กลุ่มควบคุม) และอาจได้รับการสุ่มเพื่อเข้าฝึกโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หลังการวิเคราะห์ผลแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเก็บไว้ที่ห้องชุดของผู้วิจัย เลขที่ 139/58 ลุมพินีคอนโดทาวน์ ถ. รัตนธิเบศร์ อ. เมือง จ. นนทบุรี เป็นระยะเวลา 1 ปี และหลังครบกำหนด 1 ปี เอกสารดังกล่าวจะถูกทำลายทิ้งทั้งหมด

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....ปี.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง ความไม่สบาย และ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากอย่างละเอียด ให้ซักถามใน โครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดี แล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้วิจัยหลัก
(.....อาทิตา ปันณานุสรณ์.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....ปี.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....ปี.....

ภาคผนวก ข
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง นับถือศาสนา.....
2. สถานภาพ ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
3. วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี
4. สิทธิการรักษา ☐ ประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม
☐ เบิกได้ ☐ ชำระเงิน ☐ อื่น ๆ.....
5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช ☐ ปวส
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่น ๆ
6. อาชีพ..... รายได้ ต่อ เดือน.....
7. ประวัติการตรวจพบการติดเชื้อครั้งแรก เดือน.....พ.ศ.....
8. สาเหตุของการติดเชื้อ
☐ เพศสัมพันธ์ ☐ ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ☐ คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี
☐ รับเลือดติดเชื้อเอชไอวี ☐ อื่น ๆ.....

ข้อมูลทางสังคม

1. ประวัติอาการแพ้ (ยา/อาหาร) ชื่อ.....อาการ.....
2. ประวัติการสูบบุหรี่ใน 1 วัน
☐ ไม่สูบ ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว.....ปี
☐ สูบนาน ๆ ครั้ง ประมาณ.....ซอง.....มวน ต่อ เดือน
☐ สูบประจำ ประมาณ.....ซอง.....มวน ต่อ สัปดาห์/วัน
3. ดื่มแอลกอฮอล์ (เหล้าแดง/เหล้าขาว/เหล้านอก/ไวน์/ชาดอง)
☐ ไม่ดื่ม ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี
☐ ดื่มนาน ๆ ครั้ง ประมาณ.....ขวด.....แก้ว ต่อ เดือน
☐ ดื่มประจำ ประมาณ.....ขวด.....แก้ว ต่อ สัปดาห์ ต่อ สัปดาห์/วัน

4. ประวัติการใช้ยาเสพติด

☐ ไม่เคยใช้ ☐ เลิกแล้ว ☐ ยังไม่เลิก

เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่อาการดังนี้

☐ ไม่เคยเป็น/ ไม่มีประวัติ ☐ เชื้อราในช่องปาก ☐ ไขเรื้อรัง
☐ อูจาระร่วงเรื้อรัง ☐ ปอดอักเสบ PCP ☐ ผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง
☐ วัณโรค ☐ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ☐ งูสวัด
☐ เริม ☐ ต่อมน้ำเหลืองโต ☐ อื่น ๆ.....

ระยะการติดเชื้อเอชไอวีก่อนรับประทานยาต้านไวรัส ประเมินระดับความรุนแรงในการติดเชื้อ

☐ Asymptomatic HIV ☐ Symptomatic HIV ☐ AIDS

CD4 ก่อนเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส.....cell/mm³ วันที่วัด.....

ข้อมูลการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

วันที่เริ่มยา..... สูตรยาเริ่มต้น เริ่มด้วยสูตร.....

สถานการณ์การใช้ยาในปัจจุบัน

☐ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สูตรเดิม
☐ ได้รับคำสั่งหยุดยาชั่วคราว วันที่.....เนื่องจาก.....วันที่เริ่มยาใหม่.....
☐ เปลี่ยนสูตรยา
 วันที่เปลี่ยน (ครั้งที่ 1)สูตรยาที่เปลี่ยน.....สาเหตุ.....
 วันที่เปลี่ยน (ครั้งที่ 2)สูตรยาที่เปลี่ยน.....สาเหตุ.....

ระยะเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จนถึงปัจจุบัน.....เดือน/ปี.....

ปัจจุบันใช้ยาสูตร

☐ GPO-Vir S30 ☐ d4T+3TC+EFV ☐ d4T+ 3TC+ LPV/RTV
☐ GPO-Z 250 ☐ AZT+3TC+EFV ☐ AZT+ 3TC+ LPV/RTV
☐ อื่นๆ.....

ผลทางห้องปฏิบัติการ

เดือน				
น้ำหนัก				
ระดับความดันโลหิต				
ระดับไขมัน				
FBS				
CD4				
Viral load				
ALT (SGPT)				
AST (SGOT)				
Serum creatinine				
BUN				
อื่น ๆ				

ภาคผนวก ค

การสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

การสัมภาษณ์มีคำถามเพื่อช่วยตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

1. ถามย้อนหลัง 1 วัน เช่น “เมื่อวานนี้รับประทานยาตรงเวลาหรือไม่”
2. ถ้ารับประทานยาตรงเวลาให้ถามคำถามส่งดังนี้ “ตอนเช้ารับประทานยาเวลาใดและตอนเย็นรับประทาน ยาเวลาใด”
3. ถามย้อนเวลา 3 วัน เช่น “เมื่อ 3 วันที่แล้วรับประทานยาไม่ตรงเวลากี่ครั้ง
4. ถามย้อนเวลา 7 วัน เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมารับประทานยาไม่ตรงเวลากี่ครั้ง
5. ถ้าผู้ป่วยตอบว่ารับประทานยาตรงเวลาทุกครั้ง ให้ถามว่า “ทำอย่างไรถึงรับประทานยาได้ตรงเวลา”
6. ถ้าผู้ป่วยตอบว่ารับประทานไม่ยาตรงเวลา ให้ถามว่า “เกิดอะไรขึ้นถึงรับประทานยาไม่ตรงเวลา”
7. คำถามเสริมเหตุผล เช่น “เวลาร่างกายแข็งแรงดี เคยคิดจะหยุดยาหรือไม่” หรือ “เวลาร่างกายไม่แข็งแรง เคยรู้สึกท้อและคิดจะหยุดยาหรือไม่”

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล

(.....)

ภาคผนวก ง
แบบคัดกรองระดับพุทธิปัญญา

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)		คะแนน				
คัดลอก, ถูกขนาด จุดเริ่มต้น จุดเริ่มต้น [] [] [] [] []				___/5				
NAMING								
[] [] []				___/3				
MEMORY		อ่านจุดคำต่อไปนี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที	หน้า	คำไหน	วัด	มะลิ	สีแดง	
		ทวนครั้งที่ 1						
		ทวนครั้งที่ 2						
ATTENTION		อ่านตัวเลขต่อไปนี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ	[] 2 1 8 5 4					___/2
		ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ	[] 7 4 2					
		อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบเกาะโต๊ะเมื่อใดที่เห็นเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าผิดเกิน 2 ครั้ง)	[] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2					___/1
		เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อย ๆ ที่ละ 7	[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65					___/3
		ลบ 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน, 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน, 1 ตัว ได้ 1 คะแนน, 0 ตัว ไม่ได้คะแนน						
LANGUAGE		Repeat: ฉันรู้ว่าเธอเป็นคนพิเศษที่มาช่วยงานวันนี้	[]					___/2
		เธอมีเพื่อนชื่อผู้ชายอีกกี่คนเมื่อมีหมาอยู่ในห้อง	[]					
		Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร "ก" ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที	ก []				(N ≥ 11 words)	___/1
ABSTRACTION		บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น ถั่ว-ถั่ว : เป็นถั่ว	[]	รถไฟ - จักรยาน	[]	นาฬิกา - ไม้ม้วน		___/2
DELAYED RECALL		ให้ทวนจุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย	หน้า []	คำไหน []	วัด []	มะลิ []	สีแดง []	___/5
		ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย						
		Optional	Category cue					
			Multiple choice cue					
ORIENTATION		[] วันที่	[] เดือน	[] ปี	[] วัน	[] สถานที่	[] จังหวัด	___/6

© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004
Thai version 15 March 2007 trial version 0.1 translated by Solasinee Hemrungras, MD.
www.mocatest.org

ค่าปกติ ≥ 25 / 30

คะแนนรวม
เต็ม 1 คะแนน ถ้าจำนวนปีการศึกษา ≤ 6

___/30

ภาคผนวก จ
แบบประเมินสำหรับอาสาสมัคร

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา SMAQ

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. คุณเคยลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย
2. คุณเคยเลยเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่ (เช่น ไม่รับประทานยาตามเวลาที่ระบุไว้)
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ในบางครั้งที่คุณรู้สึกมีอาการแย่มาก คุณจะหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บ่อยแค่ไหน
☐ 1-2 ครั้ง ☐ 3-5 ครั้ง ☐ 6-10 ครั้ง
☐ มากกว่า 10 ครั้ง ☐ ไม่เคยลิ้มเลย
5. ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามแพทย์สั่งจำนวนกี่วัน
☐ 0-2 วัน ☐ มากกว่า 2 วัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส VAS

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย X ลงบนสเกลด้านล่างที่ตรงกับพฤติกรรมกรับประทานยาของท่าน

100 คะแนน หมายถึง รับประทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อ และตรงเวลาทุกวัน เมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา	
	95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5 0
0 คะแนน หมายถึง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ตรงเวลาทุกวัน เมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา	

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQOL (Thai version)

คำชี้แจง: โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่แสดงถึงภาวะทางสุขภาพของข้าพเจ้าในวันนี้
ได้มากที่สุด

1. ความสามารถในการเคลื่อนไหว

- () ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน
- () ข้าพเจ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการเดินบ้าง
- () ข้าพเจ้าไม่สามารถเดินได้ จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียง

2. การดูแลตนเอง

- () ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลร่างกายด้วยตนเอง
- () ข้าพเจ้ามีปัญหาบ้างในการใส่เสื้อผ้าหรืออาบน้ำด้วยตนเอง
- () ข้าพเจ้าไม่สามารถใส่เสื้อผ้าหรืออาบน้ำด้วยตนเอง

3. การทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานหาเลี้ยงชีพ การเรียน การทำงานบ้าน การทำ
กิจกรรมกับครอบครัวหรือการทำงานอดิเรก)

- () สุขภาพของข้าพเจ้าไม่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันดังกล่าวข้างต้น
- () สุขภาพของข้าพเจ้ามีผลบ้างต่อการทำกิจวัตรประจำวันดังกล่าวข้างต้น
- () สุขภาพของข้าพเจ้ามีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันดังกล่าวข้างต้น

4. ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย

- () ข้าพเจ้าไม่มีอาการปวดหรือรู้สึกไม่สบาย
- () ข้าพเจ้ามีอาการปวดหรือรู้สึกไม่สบายปานกลาง
- () ข้าพเจ้ามีอาการปวดหรือรู้สึกไม่สบายอย่างมาก

5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

- () ข้าพเจ้าไม่มีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า
- () ข้าพเจ้ามีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าปานกลาง
- () ข้าพเจ้ามีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าอย่างมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ EQ-5D -VAS

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย X ลงบนสเกลที่อยู่ทางด้านล่างที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่าน

100 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ ดีที่สุดที่สุด ที่ท่านสามารถนึกได้ใน วันนี้
0 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ แย่ที่สุด ที่ท่านสามารถนึกได้ใน วันนี้

ส่วนที่ 5 อาการของเอชไอวี (HIV-Related Symptoms: Thai version)

คำชี้แจง: ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน โปรดกาเครื่องหมาย ✓
ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

อาการ	ไม่มีอาการนี้ เลย	มีอาการนี้ บ้าง (เช่น 1, 2 หรือ 3 วัน/ สัปดาห์)	มีอาการนี้ บ่อย (เช่น 4, 5 หรือ 6 วัน/ สัปดาห์)	มีอาการนี้ ทุกวัน
1. มีไข้				
2. มีอาการเพลียหรือเหนื่อยล้า				
3. มีอาการปวดหัว				
4. มีอาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า				
5. มีอาการทรงตัวไม่ค่อยได้เวลาเดินหรือลุกขึ้น ยืนจากเก้าอี้หรือเตียง				
6. มีผื่นหรือมีอาการเจ็บแสบ ตามผิวหนังหรือ รู้สึกว่ามีผื่น				
7. มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยากหรือมักจะ นอนหลับระหว่างวัน				
8. มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ, มักทำอะไรไม่ค่อยได้				
9. มีอาการซึมเศร้าหรือหดหู่				
10. มีอาการไอ (อาจไอแบบแห้งหรือไอแบบมี เสมหะก็ได้)				
11. มีอาการท้องเสีย (เช่นถ่ายเหลว 3 ครั้งหรือ มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน)				
12. มีอาการคลื่นไส้หรืออยากอาเจียน				
13. มีอาการเจ็บเวลากินอาหารหรือกลืนอาหาร ลำบาก				
14. มีอาการหายใจขัดหรือลำบาก				
15. มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือเจ็บตา				
16. มีอาการเบื่ออาหาร				
17. มีอาการน้ำหนักลด				
18. มีอาการเส้นเป็นฝ้า				

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

คำชี้แจง: ในช่วง **2-4 สัปดาห์** ที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน โปรดกาเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น	แทบไม่มี	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2. มีสมาธิน้อย				
3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินวัดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

คำชี้แจง: เลือกตอบโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของท่านเลือนลหายไป					
2. ท่านวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้บรรลุถึงจุดหมายที่ท่านต้องการ					
3. ท่านพยายามอย่างเต็มที่ที่จะดำเนินการตามแผนที่วางไว้					
4. ท่านไม่รู้ว่าควรดำเนินชีวิตอย่างไรในปัจจุบันให้มีความสุข					
5. ท่านมีความรู้สึกเหนื่อยอ่อนและสิ้นหวัง					
6. ท่านมีวิธีคิดแปลกประหลาดใจหรือให้กำลังใจตนเองเสมอ					
7. ท่านรู้ว่าท่านมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร					
8. ท่านถามตนเองเสมอว่าทำไมถึงต้องเป็นท่านที่มีภาวะสุขภาพเช่นนี้					
9. ท่านรู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย					
10. ท่านอยากมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้					
11. ท่านรู้สึกว่าทุกวันนี้ ท่านไม่มีประโยชน์หรือคุณค่าสำหรับใคร					
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านเต็มไปด้วยความขัดแย้งและไม่มีความสุข					
13. ท่านรู้สึกจิตใจว้าวุ่น กระวนกระวาย ไม่มีความสุข					
14. ท่านรู้สึกว่าทุกวันนี้ วันเวลาเป็นสิ่งที่ไม่มีคุณค่าและไร้ความหมายสำหรับท่าน					
15. ท่านไม่ต้องการคบค้าสมาคมกับผู้อื่นใด					
16. ท่านเชื่อว่าคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
17. ท่านเชื่อว่าเมื่อท่านละเว้นความชั่ว ทำความดี และทำจิตใจให้บริสุทธิ์ เมื่อจากโลกนี้ไปท่านจะได้ไปสู่ที่ดี					
18. ท่านเชื่อว่าการกระทำดีเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้ชีวิตท่านพบกับความสุขในปัจจุบัน					
19. ท่านเชื่อว่าการกระทำดี <u>ไม่</u> สามารถปกป้องคุ้มครองท่านได้เสมอไป					
20. ท่านรู้สึกเป็นสุขที่ได้ทำความดี ก็ต่อเมื่อมีคนชื่นชมและยกย่องเท่านั้น					
21. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นหนทางสู่ความสงบที่แท้จริงของชีวิตท่าน					
22. ท่านเชื่อว่าที่ท่านเป็นอย่างนี้เป็นเพราะผลการกระทำของท่านเอง					
23. ความยึดมั่นศรัทธาในศาสนา ช่วยให้ท่าน <u>ไม่</u> รู้สึกอ้างว้าง					
24. ท่านขาดที่พึ่งพิงทางใจ					
25. การทำบุญ ให้ใช้ ช่วยให้ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า					
26. การแผ่เมตตาให้สิ่งมีชีวิตทั้งหลายทำให้จิตใจท่านเบิกบาน สงบสุข					
27. การปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระพุทธเจ้าช่วยให้ท่านคลายความทุกข์ ความวุ่นใจ					
28. ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบ <u>ไม่</u> วุ่นวาย แม้ว่าท่านจะเจ็บป่วย					
29. ไม่ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ท่านก็พร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้น					
30. ท่านตั้งมั่นที่จะทำความดีต่อไป แม้ว่าชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติความเป็นจริงของโลก					

ส่วนที่ 8 แบบประเมินระดับของสติ Philadelphia Mindfulness Scale Thai Version ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง: เลือกตอบโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ตรงตัวเลขที่ตรงกับประสบการณ์ของท่านมากที่สุด

ประสบการณ์	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย ๆ	บ่อยมาก
1. ฉันตระหนักว่ามีความคิดอะไรผ่านเข้ามาในใจบ้าง					
2. ฉันพยายามเบี่ยงเบนตนเองไป เวลาที่ฉันมีความรู้สึกไม่สบายอารมณ์					
3. เวลาที่ฉันพูดคุยกับคนอื่น ฉันตระหนักถึงการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางของเขา					
4. มีบางแง่มุมเกี่ยวกับตัวฉันเองที่ฉันไม่ต้องการคิดถึงมัน					
5. เวลาฉันอาบน้ำ ฉันตระหนักว่าน้ำไหลผ่านผิวหนังของฉันอย่างไร					
6. ฉันพยายามทำตัวให้ยุ่ง ๆ เพื่อไม่ให้ความคิดหรือความรู้สึกเข้ามาในใจ					
7. เมื่อฉันตกใจ ฉันสังเกตว่ามีอะไรเกิดขึ้นภายในร่างกายของฉัน					
8. ฉันปรารถนาว่า ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ของฉันได้ง่ายขึ้น					
9. เมื่อฉันเดินอยู่ข้างนอก ฉันตระหนักถึงกลิ่นหรือลมที่สัมผัสใบหน้าของฉันได้					
10. ฉันบอกกับตัวเองว่า ฉันไม่ควรจะมีความคิดบางอย่าง					
11. เมื่อมีใครถามว่าฉันรู้สึกอย่างไร ฉันสามารถระบุอารมณ์ของฉันโดยง่าย					
12. มีหลายสิ่งที่คุณพยายามไม่คิดถึงมัน					
13. ฉันตระหนักถึงความคิดที่ฉันกำลังมีอยู่ในขณะที่อารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลง					
14. ฉันบอกกับตัวเองว่า ฉันไม่ควรรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ					
15. ฉันสังเกตการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็วหรือกล้ามเนื้อเกร็ง					
16. หากมีบางสิ่งที่คุณ ไม่อยากคิดถึงมัน คุณจะพยายามหลาย ๆ อย่างที่จะขจัดมันออกไปจากใจฉัน					
17. เมื่อไหร่ก็ตามที่อารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลง ฉันระลึกได้ว่าทันที					
18. ฉันพยายามผลักดันปัญหาต่าง ๆ ออกจากใจ					
19. เมื่อกำลังพูดคุยกับคนอื่น ฉันตระหนักถึงอารมณ์ที่ฉันกำลังประสบอยู่ได้					
20. เมื่อฉันมีความจำที่เลวร้าย ฉันพยายามเบี่ยงเบนตนเองไปเพื่อจะได้ ไม่คิดถึงมัน					

*****ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม*****

ภาคผนวก จ
ตารางเปรียบเทียบขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าอิทธิพล

JACOB COHEN

Table 2
N for Small, Medium, and Large ES at Power = .80 for $\alpha = .01, .05, \text{ and } .10$

Test	α								
	.01			.05			.10		
	Sm	Med	Lg	Sm	Med	Lg	Sm	Med	Lg
1. Mean dif	586	95	38	393	64	26	310	50	20
2. Sig <i>r</i>	1,163	125	41	783	85	28	617	68	22
3. <i>r</i> dif	2,339	263	96	1,573	177	66	1,240	140	52
4. <i>P</i> = .5	1,165	127	44	783	85	30	616	67	23
5. <i>P</i> dif	584	93	36	392	63	25	309	49	19
6. χ^2									
1df	1,168	130	38	785	87	26	618	69	25
2df	1,388	154	56	964	107	39	771	86	31
3df	1,546	172	62	1,090	121	44	880	98	35
4df	1,675	186	67	1,194	133	48	968	108	39
5df	1,787	199	71	1,293	143	51	1,045	116	42
6df	1,887	210	75	1,362	151	54	1,113	124	45
7. ANOVA									
2g ^a	586	95	38	393	64	26	310	50	20
3g ^a	464	76	30	322	52	21	258	41	17
4g ^a	388	63	25	274	45	18	221	36	15
5g ^a	336	55	22	240	39	16	193	32	13
6g ^a	299	49	20	215	35	14	174	28	12
7g ^a	271	44	18	195	32	13	159	26	11
8. Mult <i>R</i>									
2k ^b	698	97	45	481	67	30			
3k ^b	780	108	50	547	76	34			
4k ^b	841	118	55	599	84	38			
5k ^b	901	126	59	645	91	42			
6k ^b	953	134	63	686	97	45			
7k ^b	998	141	66	726	102	48			
8k ^b	1,039	147	69	757	107	50			

Note. ES = population effect size, Sm = small, Med = medium, Lg = large, dif = difference, ANOVA = analysis of variance. Tests numbered as in Table 1.

^a Number of groups. ^b Number of independent variables.

ภาคผนวก ข

Thai preference scores for EQ-5D health states

EQ-5D state	Score	EQ-5D state	Score	EQ-5D state	Score
1 1 1 1 1	1.000	1 2 2 2 2	0.513	1 3 3 3 3	-0.022
1 1 1 1 2	0.766	1 2 2 2 3	0.295	2 1 1 1 1	0.677
1 1 1 1 3	0.548	1 2 2 3 1	0.269	2 1 1 1 2	0.645
1 1 1 2 1	0.726	1 2 2 3 2	0.237	2 1 1 1 3	0.427
1 1 1 2 2	0.693	1 2 2 3 3	0.158	2 1 1 2 1	0.605
1 1 1 2 3	0.475	1 2 3 1 1	0.419	2 1 1 2 2	0.573
1 1 1 3 1	0.449	1 2 3 1 2	0.387	2 1 1 2 3	0.355
1 1 1 3 2	0.417	1 2 3 1 3	0.309	2 1 1 3 1	0.328
1 1 1 3 3	0.338	1 2 3 2 1	0.347	2 1 1 3 2	0.296
1 1 2 1 1	0.739	1 2 3 2 2	0.315	2 1 1 3 3	0.217
1 1 2 1 2	0.707	1 2 3 2 3	0.236	2 1 2 1 1	0.618
1 1 2 1 3	0.489	1 2 3 3 1	0.210	2 1 2 1 2	0.586
1 1 2 2 1	0.666	1 2 3 3 2	0.178	2 1 2 1 3	0.368
1 1 2 2 2	0.634	1 2 3 3 3	0.099	2 1 2 2 1	0.546
1 1 2 2 3	0.416	1 3 1 1 1	0.417	2 1 2 2 2	0.513
1 1 2 3 1	0.390	1 3 1 1 2	0.384	2 1 2 2 3	0.295
1 1 2 3 2	0.358	1 3 1 1 3	0.306	2 1 2 3 1	0.269
1 1 2 3 3	0.279	1 3 1 2 1	0.344	2 1 2 3 2	0.237
1 1 3 1 1	0.540	1 3 1 2 2	0.312	2 1 2 3 3	0.158
1 1 3 1 2	0.508	1 3 1 2 3	0.234	2 1 3 1 1	0.419
1 1 3 1 3	0.430	1 3 1 3 1	0.207	2 1 3 1 2	0.387
1 1 3 2 1	0.468	1 3 1 3 2	0.175	2 1 3 1 3	0.309
1 1 3 2 2	0.436	1 3 1 3 3	0.096	2 1 3 2 1	0.347
1 1 3 2 3	0.357	1 3 2 1 1	0.357	2 1 3 2 2	0.315
1 1 3 3 1	0.331	1 3 2 1 2	0.325	2 1 3 2 3	0.236
1 1 3 3 2	0.299	1 3 2 1 3	0.247	2 1 3 3 1	0.210
1 1 3 3 3	0.220	1 3 2 2 1	0.285	2 1 3 3 2	0.178
1 2 1 1 1	0.677	1 3 2 2 2	0.253	2 1 3 3 3	0.099
1 2 1 1 2	0.645	1 3 2 2 3	0.174	2 2 1 1 1	0.556
1 2 1 1 3	0.427	1 3 2 3 1	0.148	2 2 1 1 2	0.524
1 2 1 2 1	0.605	1 3 2 3 2	0.116	2 2 1 1 3	0.306
1 2 1 2 2	0.572	1 3 2 3 3	0.037	2 2 1 2 1	0.484
1 2 1 2 3	0.354	1 3 3 1 1	0.298	2 2 1 2 2	0.452
1 2 1 3 1	0.328	1 3 3 1 2	0.266	2 2 1 2 3	0.234
1 2 1 3 2	0.296	1 3 3 1 3	0.188	2 2 1 3 1	0.207
1 2 1 3 3	0.217	1 3 3 2 1	0.226	2 2 1 3 2	0.175
1 2 2 1 1	0.618	1 3 3 2 2	0.194	2 2 1 3 3	0.096
1 2 2 1 2	0.586	1 3 3 2 3	0.115	2 2 2 1 1	0.497
1 2 2 1 3	0.368	1 3 3 3 1	0.089	2 2 2 1 2	0.465
1 2 2 2 1	0.546	1 3 3 3 2	0.057	2 2 2 1 3	0.247

EQ-5D state	Score	EQ-5D state	Score	EQ-5D state	Score
2 2 2 2 1	0.425	2 3 3 3 2	-0.064	3 2 2 2 1	-0.026
2 2 2 2 2	0.392	2 3 3 3 3	-0.143	3 2 2 2 2	-0.058
2 2 2 2 3	0.175	3 1 1 1 1	0.226	3 2 2 2 3	-0.137
2 2 2 3 1	0.148	3 1 1 1 2	0.194	3 2 2 3 1	-0.163
2 2 2 3 2	0.116	3 1 1 1 3	0.116	3 2 2 3 2	-0.195
2 2 2 3 3	0.037	3 1 1 2 1	0.154	3 2 2 3 3	-0.274
2 2 3 1 1	0.299	3 1 1 2 2	0.122	3 2 3 1 1	-0.013
2 2 3 1 2	0.266	3 1 1 2 3	0.043	3 2 3 1 2	-0.045
2 2 3 1 3	0.188	3 1 1 3 1	0.017	3 2 3 1 3	-0.124
2 2 3 2 1	0.226	3 1 1 3 2	-0.015	3 2 3 2 1	-0.085
2 2 3 2 2	0.194	3 1 1 3 3	-0.094	3 2 3 2 2	-0.117
2 2 3 2 3	0.115	3 1 2 1 1	0.167	3 2 3 2 3	-0.196
2 2 3 3 1	0.089	3 1 2 1 2	0.135	3 2 3 3 1	-0.222
2 2 3 3 2	0.057	3 1 2 1 3	0.057	3 2 3 3 2	-0.254
2 2 3 3 3	-0.022	3 1 2 2 1	0.095	3 2 3 3 3	-0.333
2 3 1 1 1	0.296	3 1 2 2 2	0.063	3 3 1 1 1	-0.015
2 3 1 1 2	0.264	3 1 2 2 3	-0.016	3 3 1 1 2	-0.048
2 3 1 1 3	0.185	3 1 2 3 1	-0.042	3 3 1 1 3	-0.126
2 3 1 2 1	0.223	3 1 2 3 2	-0.074	3 3 1 2 1	-0.088
2 3 1 2 2	0.191	3 1 2 3 3	-0.153	3 3 1 2 2	-0.120
2 3 1 2 3	0.113	3 1 3 1 1	0.108	3 3 1 2 3	-0.199
2 3 1 3 1	0.086	3 1 3 1 2	0.076	3 3 1 3 1	-0.225
2 3 1 3 2	0.054	3 1 3 1 3	-0.003	3 3 1 3 2	-0.257
2 3 1 3 3	-0.025	3 1 3 2 1	0.036	3 3 1 3 3	-0.336
2 3 2 1 1	0.237	3 1 3 2 2	0.004	3 3 2 1 1	-0.075
2 3 2 1 2	0.204	3 1 3 2 3	-0.075	3 3 2 1 2	-0.107
2 3 2 1 3	0.126	3 1 3 3 1	-0.101	3 3 2 1 3	-0.185
2 3 2 2 1	0.164	3 1 3 3 2	-0.133	3 3 2 2 1	-0.147
2 3 2 2 2	0.132	3 1 3 3 3	-0.212	3 3 2 2 2	-0.179
2 3 2 2 3	0.054	3 2 1 1 1	0.105	3 3 2 2 3	-0.258
2 3 2 3 1	0.027	3 2 1 1 2	0.073	3 3 2 3 1	-0.284
2 3 2 3 2	-0.005	3 2 1 1 3	-0.005	3 3 2 3 2	-0.316
2 3 2 3 3	-0.084	3 2 1 2 1	0.033	3 3 2 3 3	-0.395
2 3 3 1 1	0.178	3 2 1 2 2	0.001	3 3 3 1 1	-0.134
2 3 3 1 2	0.145	3 2 1 2 3	-0.078	3 3 3 1 2	-0.166
2 3 3 1 3	0.067	3 2 1 3 1	-0.104	3 3 3 1 3	-0.244
2 3 3 2 1	0.105	3 2 1 3 2	-0.136	3 3 3 2 1	-0.206
2 3 3 2 2	0.073	3 2 1 3 3	-0.215	3 3 3 2 2	-0.238
2 3 3 2 3	-0.006	3 2 2 1 1	0.046	3 3 3 2 3	-0.317
2 3 3 3 1	-0.032	3 2 2 1 2	0.014	3 3 3 3 1	-0.343
		3 2 2 1 3	-0.064	3 3 3 3 2	-0.375
				3 3 3 3 3	-0.454

ภาคผนวก ข

การคิดคะแนนจากแบบประเมินความร่วมมือ SMAQ

จากการศึกษา GEEMA พบว่า ในแต่ละข้อคำถามมีค่าความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาทางคลินิกแตกต่างกัน (แสดงโดยค่าปริมาณไวรัสที่ลดลงในระดับ ที่ไม่สามารถตรวจวัดได้) แสดงด้วยค่า Odd Ratio (OR) ดังนี้

ข้อ ที่	คำถาม	OR
1	เคยดื่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หรือไม่	2.1
2	ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่	2.4
3	บางครั้งที่คุณรู้สึกมีอาการแย่ลง คุณจะหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	2.1
4	ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าเคยดื่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บ่อยแค่ไหน 1-2 ครั้ง 3-5 ครั้ง 6-10 ครั้ง มากกว่า 10 ครั้ง ไม่เคยดื่มเลย	1.6 2.8 9.5 Ref
5	ช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณดื่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่	2.5
6	ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามแพทย์สั่ง จำนวนกี่วัน	2.9

การคิดคะแนนจะอ้างอิงค่า OR ในแต่ละคำถาม คิดเป็น weighted scores ดังนี้

- คำถามเชิงคุณภาพ ข้อ 1, 2, 3 และ 5

กรณีตอบ “ใช่” มีคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

กรณีตอบ “ไม่ใช่” มีคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

- คำถามเชิงปริมาณ

ข้อ 4 กรณีตอบ “1-2, 3-5, 6-10 และมากกว่า 10 ครั้ง” มีคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

กรณีตอบ “ไม่เคยดื่ม” มีคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อ 6 กรณีตอบ “มากกว่า 2 วัน” มีคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

กรณีตอบ “น้อยกว่า 2 วัน” มีคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

3. นำคะแนนของแต่ละข้อคำถามมาคูณกับค่า OR ของแต่ละคำถาม ได้เป็น weighted score
4. นำ weighted score ของแต่ละคำถามมารวมกันเป็น Total weighted score
5. นำ Total weighted score หาค่าเฉลี่ยผลรวมของค่า OR ของทุกข้อคำถาม

$$\text{Total OR} = 2.1 + 2.4 + 2.1 + 1.6 + 2.8 + 6.3 + 9.5 + 2.5 + 2.9 = 32.2$$

6. เทียบคะแนนที่ได้เป็นร้อยละ ซึ่งคะแนนที่ได้เป็นคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
7. นำร้อยละความไม่ร่วมมือลบด้วย 100 จะได้เป็นร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

ตัวอย่างการคิดคะแนน

ผู้ป่วยตอบคำถามทั้ง 6 ข้อ ดังนี้

ข้อ	คำตอบ	คะแนน	weighted scores
1	ใช่	1	$1 \times 2.1 = 2.1$
2	ใช่	1	$1 \times 2.4 = 2.4$
3	ไม่ใช่	0	0
4	ไม่เคยดื่มเลย	0	0
5	ไม่ใช่	0	0
6	น้อยกว่า 2 วัน	0	0
Total weighted scores			4.5
คะแนนความไม่ร่วมมือ			$4.5 / 32.2 = 0.140$
ร้อยละความไม่ร่วมมือ			$0.140 \times 100 = 14$
ร้อยละความร่วมมือ			$100 - 14 = 86$

ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 86

ภาคผนวก ฅ
ใบประกาศรับรองการฝึกอบรม



ภาคผนวก ญ

การแบ่งระดับความรุนแรงตามอาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคและป้องกันโรค (Centers for disease Control and Prevention; CDC) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

Category A: มีอาการอย่างน้อย 1 อาการต่อไปนี้ และไม่มีอาการใดใน category B และ C

- ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection)
- ต่อม้ำเหลืองโต (Persistent generalized lymphadenopathy)
- Acute (primary) HIV infection หรือมีประวัติเป็น acute HIV infection

Category B: ARC (AIDS-related complex) มีอาการแสดงอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้

- Bacillary angiomatosis
 - ติดเชื้อรา Candida ในช่องปาก (oropharyngeal candidiasis) หรือเกิด hairy leukoplakia ในปาก
 - ติดเชื้อรา Candida ในช่องคลอด (vulvovaginal candidiasis) บ่อย ๆ หรือรักษาไม่หาย
 - cervical dysphasia (moderate to severe) หรือ cervical carcinoma in situ
 - เป็นไข้เรื้อรัง (38.5 องศาเซลเซียส) หรืออุจจาระร่วงเป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน
 - โรคงูสวัด (Herpes zoster) อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 dermatome
 - Idiopathic thrombocytopenia purpura (ITP)
 - Listeriosis
 - ภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease; PID) ฝีที่ท่อนำไข่และรังไข่ (Tubo-ovarian Abscess; TOA)
 - Peripheral neuropathy
-

Category C: AIDS-indicator conditions มีอาการดังต่อไปนี้ จะอยู่ใน Category นี้ตลอดไป

- เป็นโรคเชื้อราจาก Candida บริเวณหลอดอาหาร หลอดลม ขั้วปอดหรือปอด
 - มะเร็งปากมดลูกชนิดรุกราน (invasive cervical cancer)
 - Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายนอกเหนือจากปอด ต่อม้ำน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
 - ติดเชื้อรา Cryptococcosis นอกปอด
 - มีอาการระงวเกิน 1 เดือน จาก Cryptosporidiosis
 - โรคติดเชื้อไวรัสจาก Cytomegalovirus (CMV) ของอวัยวะอื่น นอกเหนือจากตับ ม้าม และ ต่อม้ำน้ำเหลือง
 - จอตาอักเสบจากเชื้อ CMV (CMV retinitis) และสูญเสียการมองเห็น
 - สมองอักเสบจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)
 - เป็นโรคเริม (Herpes simplex virus; HSV) นานเกิน 1 เดือน หรือหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หรือ หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อเริม
 - ติดเชื้อ Histoplasma ชนิดแพร่กระจายหรือนอกปอด
 - Isosporiasis และมีอาการระงวนานเกิน 1 เดือน
 - Kaposi' s sarcoma
 - มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Burkitt หรือเทียบเท่า (Burkett' s lymphoma)
 - มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Immunoblastic หรือเทียบเท่า (Immunoblastic lymphoma)
 - มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดที่มีต้นกำเนิดในสมอง
 - *Mycobacterium avium complex* หรือ *M. kansasii*
 - ติดเชื้อ *Mycobacterium* สายพันธุ์อื่น ๆ ชนิดแพร่กระจาย หรือนอกปอด
 - ติดเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ทั้งในและนอกปอด
 - *Pneumocystis jiroveci* pneumonia
 - Pneumonia recurrent (bacteria) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี
 - Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)
 - ติดเชื้อ *Salmonella* ซ้ำ
 - ติดเชื้อ Toxoplasmosis ในสมอง
 - ภาวะผอมแห้ง (wasting syndrome) จากไวรัส
-

ภาคผนวก ก

คู่มือ โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

โปรแกรมจัดการกับความเครียดนี้ เป็นแนวทางการฝึกจิตอย่างเป็นขั้นตอนมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาจิตใจ ให้มีความสามารถที่จะเข้าใจและแก้ไขปัญหาความเครียดด้วยตัวของผู้ฝึกเองโดยที่โปรแกรมนี้ใช้การฝึกสมาธิเป็นฐาน (Meditation based stress reduction program) ประยุกต์และสังเคราะห์ขึ้นจากหลักการคำสอนทางศาสนา หลักสัจธรรม จิตบำบัดแบบตะวันตกหลายแนวเข้าด้วยกัน เลือกละเฉพาะส่วนที่เป็นแก่นสำคัญ และสามารถนำมาฝึกปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน มีหลักแนวคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ มีเหตุผล ปัญหาความเครียดเป็นความรู้สึกที่รับรู้ด้วยใจ การที่จะแก้ไขนั้นจึงต้องหันกลับมาศึกษาจิตใจ ของแต่ละคนอย่างจริงจัง จึงจะสามารถแก้ไขได้อย่างถูกต้อง หลักการทั้งหมดในที่นี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ฝึกพัฒนาธรรมชาติของจิตใจให้มี **การเข้าใจความจริงของชีวิต ความสงบสุขของจิตใจ และความรักความเมตตา**

ขั้นตอนของการพัฒนาจิตนี้ ประยุกต์จากโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ผู้พัฒนาโปรแกรม คือ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แต่มีการปรับระยะเวลาจากต้นฉบับเดิม 8 สัปดาห์ เหลือ 5 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยที่อาจมีภาระกิจจากการทำงาน และลดข้อจำกัดจากการเดินทาง ในแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วยหลักการและการปฏิบัติ 5 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดรู้ลมหายใจและเฝ้าดูลมหายใจ (Breathing meditation, recognition and awareness)
2. การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation awareness)
3. การระลึกรู้อารมณ์ การยอมรับอารมณ์ การเฝ้าดูอารมณ์ และความรู้สึกของร่างกาย (Recognition, acceptance and contemplation of emotions)
4. การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขความคิด (Awareness of thought and conditionings)
5. การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ และการพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรักและความเข้าใจ (Absolute self-acceptance, loving-kindness)

ระยะเวลาในการปฏิบัติร่วมกันประมาณ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ผู้ฝึกจะอ่านบทเรียน ซึ่งอธิบายเนื้อหาของแต่ละบทเฉพาะของสัปดาห์นั้น ทำความเข้าใจและทำแบบฝึกประจำสัปดาห์ด้วยตนเองที่บ้าน โดยการฝึกที่บ้านนั้นจะมีการฝึก คือ

1. ช่วงเวลาแห่งความสงบ หมายถึง การหยุดภารกิจในชีวิตประจำวัน เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อให้จิตใจได้กลับมาสงบและผ่อนคลาย โดยให้ผู้ฝึกใช้เวลา 2-3 นาที ในช่วงเวลา 8.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 เพื่อฝึกตามแบบปฏิบัติของสัปดาห์นั้น
2. ช่วงเวลา 20.00 น. หรือ ก่อนนอน ใช้เวลา 30 นาที ซึ่งในช่วงเวลานี้จะได้มีเวลาฝึกที่ยาวนานขึ้น ให้ฝึกต่อเนื่องทุกวัน

คำแนะนำสำหรับการฝึกในสัปดาห์ที่ 1

การฝึกสมาธิลมหายใจ

ขั้นตอนที่ 1: การกำหนดรู้ลมหายใจ

สรุปหลักการ

การกำหนดรู้จิตใจจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ต่อเนื่อง ช่วยให้จิตใจฟุ้งซ่านน้อยลง และสงบมากขึ้นจนเป็นสมาธิได้ เพราะโดยทั่วไปแล้วใจของคนเรามักจะฟุ้งไปในเรื่องเหตุการณ์ทั้งในอดีตและอนาคต อยู่กับสิ่งต่าง ๆ ภายนอก ได้แก่ งาน ปัญหาต่างๆ ปมความขัดแย้ง เกิดเป็นอารมณ์ก่อกวนทางจิตใจอย่างใดอย่างหนึ่ง การคิดฟุ้งซ่านอยู่ตลอดเวลาทำให้จิตใจอ่อนล้า ขาดความเฉียบคม ไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพได้

การใช้ลมหายใจเข้า-ออก เป็นเครื่องมือสำหรับฝึกจิต เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย สะดวก เพราะลมหายใจนั้นมีอยู่แล้วตลอดเวลาทั้งขณะตื่นและหลับ เป็นกระแสของชีวิตที่หมุนเวียนเข้า-ออก ลมหายใจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะของร่างกายและอารมณ์ ดังนั้นผู้ที่ฝึกสมาธิลมหายใจจะมีสติรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสภาวะร่างกายและจิตใจมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ลมหายใจก็ให้ความรู้สึกลึกที่ผ่อนคลายด้วย เห็นได้จากการที่เราใช้การหายใจเข้า - ออก ซ้ำ ๆ ลึก ๆ 2-3 ครั้งติดต่อกันก็ช่วยให้จิตใจสงบขึ้นได้ ดังนั้นในสถานการณ์ความเครียดที่กำลังเผชิญ ผู้ฝึกสามารถนำสมาธิลมหายใจมาช่วยได้ หากได้ฝึกอยู่เป็นประจำ

หลักสำคัญในการฝึกสมาธิลมหายใจ

1. เริ่มต้นด้วยการนั่งหลับตา ปล่อยวาทะการงานเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตชั่วคราว หันความสนใจกลับเข้าสู่ภายใน คือการระลึกรู้ลมหายใจเข้า-ออก หายใจเข้าก็กำหนดรู้ว่า นี่คือลมหายใจเข้า หายใจออกก็กำหนดว่านี่คือลมหายใจออก ประคองให้จิตใจจดจ่ออยู่แต่ที่ลมหายใจเพียงอย่างเดียว และไม่คาดหวังใด ๆ ต่อผลการฝึก
2. การมีความสมดุลระหว่าง ความตั้งใจ และความผ่อนคลาย เมื่อใดก็ตามที่มีความตั้งใจมากเกินไป จิตใจอาจเกิดความเคร่งเครียดกลับจะเพิ่มความเครียดได้ แต่เมื่อใดที่มีความผ่อนคลายมากเกินไป จิตใจจะเฉื่อยชา สงบเกินไป จนถึงขั้นเพลอหลับ ดังนั้นผู้ที่มีความก้าวหน้าในการฝึก ต้องหมั่นตรวจสอบจิตใจให้มีความพอดี ความสมดุล เป็นทางสายกลาง ไม่ตึงหรือหย่อนจนเกินไป
3. ความพากเพียรสม่ำเสมอ การที่จะมีความสม่ำเสมอได้นั้น ผู้ฝึกควรมีความรักที่จะฝึก เห็นคุณค่าของการฝึกจิตนี้ว่าจะช่วยแก้ไขความเครียดและพัฒนาจิตใจให้มีความรู้ความเข้าใจตนเอง มีชีวิตที่สงบสุขยิ่งขึ้น การที่จิตใจมีความทุกข์ในวันนี้เกิดจากการสะสมความคิดที่ไม่ดีมาเป็นเวลานานหลายปี ดังนั้นการแก้ไขย่อมต้องใช้เวลาค่อยเป็นค่อยไป อาจใช้เวลานานหลายเดือน แต่หากมีความตั้งใจจริงแล้ว ย่อมต้องได้ผลอย่างแน่นอน

วิธีการ: การกำหนดรู้ลมหายใจ

1. นั่งในท่าที่สบาย ปล่อยวาทะ เรื่องราวต่าง ๆ ชั่วคราว และหลับตา
2. กำหนดรู้ ความรู้สึกที่ลมหายใจกระทบผนังจมูกด้านใน ทั้งลมหายใจเข้า และลมหายใจออก จิตใจจดจ่อที่ตำแหน่งลมหายใจกระทบตลอดเวลา
3. หากมีความคิดเรื่องอื่นใด ที่ทำให้จิตใจฟุ้งซ่านไป เมื่อรู้ตัวว่าฟุ้งไปแล้ว ให้กำหนดในใจว่า “ความคิด” โดยไม่ต้องสนใจไปวิเคราะห์ความคิดที่ฟุ้งซ่านนั้นแต่อย่างใด ดึงใจกลับมา กำหนดรู้ลมหายใจ เข้า-ออก ดังเดิม

ขั้นตอนที่ 2: การเฝ้าดูลมหายใจ

สรุปหลักการ

กระบวนการทำงานของจิตใจในแต่ละขณะ ประกอบด้วย การกระทำของจิต และ การรับรู้ เกิดขึ้นตลอดเวลา การกระทำของจิตนั้น ได้แก่ การคิด การนึก การเพ่ง การระลึกรู้ การฟังความสนใจ ซึ่งในขั้นตอนแรกผู้ฝึกได้ฝึกให้จิตใจมีการกระทำ คือ การตั้งใจ จดจ่ออยู่ที่ความรู้สึกกระทบของลมหายใจ เข้า-ออก ไปแล้ว จิตใจเมื่อนึกถึงแต่เพียงลมหายใจเพียงอย่างเดียว ก็จะฟังชันน้อยลง ทำให้เกิดความสงบขึ้นพื้นฐานได้เป็นสมาธิขั้นต้น

ในขั้นตอนต่อไป จะเป็นการฝึกการรับรู้ของจิต การรับรู้ คือการที่จิตเฝ้าดูสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจ ปล่อยให้สภาพเป็นไปโดยธรรมชาติของสิ่งนั้น ผู้รับรู้ทำหน้าที่เพียงการเฝ้าดูเฉย ๆ การรับรู้ของจิตจะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อจิตใจมีความ มั่นมั่น รับรู้สิ่งใดเพียงสิ่งเดียว เช่น ขณะที่เรากำลังอ่านหนังสือบนโต๊ะทำงาน เราแทบไม่ได้สังเกตโต๊ะหรือเก้าอี้ที่วางอยู่ ไม่ได้สังเกตคนที่เดินไปมา การรับรู้สิ่งเดียวในเวลานั้นคือ หนังสือที่วางอยู่ตรงหน้า

การฝึกจิตให้มีความแหลมคมในการรับรู้ เริ่มต้นจาก การเฝ้าดูความรู้สึกกระทบของลมหายใจ เข้า-ออก เนื่องจาก ลมหายใจ เข้า -ออก เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา บางครั้ง เร็ว -ช้า สั้น-ยาว เย็น-อุ่น แรง-เบา ดังนั้นการสังเกตให้รู้สภาพของลมหายใจแต่ละขณะนั้น จิตใจต้องมีความตื่นตัวที่จะรับรู้ในแต่ละขณะให้เป็นปัจจุบัน

นอกจากการตื่นตัวของจิตที่รับรู้สภาพลมหายใจ และในขณะเดียวกันจิตต้องมี การวางเฉย ด้วย การวางเฉย คือ การไม่ได้ตอบ ไม่ว่าลมหายใจจะเป็นเช่นใด ผู้ฝึกจะเฝ้าดูเฉย ๆ โดยไม่ต้องพยายามควบคุมบังคับให้ลมหายใจสั้นหรือยาว เร็วหรือช้ากว่าที่เป็น ผู้ฝึกเพียงรับรู้สภาพของลมหายใจอย่างที่เป็นโดยจิตใจยังคงตั้งมั่นอยู่ตลอดเวลา ดังเช่น คนที่นั่งดูรถไฟอยู่ที่ชานชาลาสถานี เมื่อรถไฟวิ่งเข้ามา หัวขบวน-กลางขบวน-ท้ายขบวน คนที่นั่งดูก็เห็นรถไฟตลอดเวลา จนรถไฟวิ่งผ่านไป ผู้เฝ้าดูยังคงนั่งอยู่ที่ตำแหน่งเดิม ไม่ได้ติดตามขึ้นรถไฟไปแต่อย่างใด

การเฝ้าดู เมื่อได้รับการพัฒนาขึ้นแล้ว จิตใจจะมีสมรรถภาพในการรับรู้ ได้ว่องไวเฉียบคมมากยิ่งขึ้น สามารถติดตามดูความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทุกขณะ ๆ เห็นความจริงของชีวิตที่เราไม่ต้องสร้างขึ้น แต่เป็นสภาวะที่เกิดขึ้น ตั้งอยู่และเปลี่ยนแปลงไป ตามกระบวนการของชีวิตและธรรมชาติ เกิดการตระหนักรู้และยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นโดยจิตใจไม่ต้องไปพยายามบังคับหรือควบคุม เป็นการปรับแก้นิสัยขึ้นลึกที่ขอบไปกำหนดสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นตามความต้องการและไม่ค่อยยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้ความเข้าใจความจริงของตนเองในระดับลมหายใจว่ามีธรรมชาติอย่างไร นำไปสู่ความสามารถที่จะเฝ้าดูกระบวนการของจิตใจตนเองในขั้นตอนต่อไป

วิธีการ: การเฝ้าดูลมหายใจ

1. นั่งในท่าที่สบาย หลับตา ปลดอวัยวะเรื่องราวต่าง ๆ เสียชั่วคราว
2. เฝ้าดูความรู้สึกที่ลมหายใจ เข้า-ออก กระทบพองจุมุด้านใน ที่จุดใดจุดหนึ่งเพียงที่เดียว ดูให้รู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละขณะ ๆ โดยไม่ควบคุม บังคับลมหายใจแต่อย่างใด ปลดปล่อยให้ลมหายใจเป็นธรรมชาติอย่างที่เป็น ไม่บังคับ ไม่ข่ม ไม่กลั้น ไม่เร่ง ไม่ฝืน ไม่ต้องสร้างความพอใจหรือไม่พอใจ ไม่ต้องอยากให้ลมหายใจเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ จิตใจมีหน้าที่เพียงอย่างเดียว คือการเฝ้าดูความรู้สึกกระทบที่พองจุมุดัน ประคองให้การรับรู้เกิดขึ้น ต่อเนื่องไม่ขาดตอน
3. หากจิตใจฟุ้งซ่านคิดเรื่องอื่น ให้ระลึกเพียงว่า “ความคิด” โดยไม่ต้องสนใจกับความคิดนั้น แล้วดึงกลับมาเฝ้าดูลมหายใจดังเดิม หากจิตใจมีความเกียจคร้าน หรือ่วงนอนให้สูดลมหายใจเข้า-ออกแรงขึ้นสัก 2-3 ครั้ง แล้วจึงเฝ้าดูลมหายใจต่อไป
- ช่วงเวลาสัญญาณจราจร 08.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 น. ให้เฝ้าดูความรู้สึกของลมหายใจกระทบนาน 2-3 นาที
- ช่วงเวลาก่อนนอน หรือเวลา 20.00 น. ให้เฝ้าดูความรู้สึกกระทบของลมหายใจ 20 นาที

ในท่านั่ง

ตั้งกายตรง ดำรงสติให้มั่น ต่อเนื่องทุกวัน

***** ขอทุกท่านได้พบกับ ความจริง ความรัก และ สันติสุข *****

สัปดาห์ที่ 1

คำชี้แจง: กรุณาใส่บันทึกลงในตาราง เมื่อท่านได้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจในช่วงเวลาแห่งความสงบ และในช่วงเวลาก่อนเข้านอน ในช่วงสัปดาห์ที่ 1

วัน เวลา	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
8.00 น.							
10.00 น.							
12.00 น.							
14.00 น.							
16.00 น.							
20.00 น.หรือก่อนนอน							

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในสัปดาห์ที่ 1

- ☐ จิตใจฟุ้งซ่านตลอดเวลา
- ☐ จิตใจจดจ่อได้เพียงชั่วขณะแล้วฟุ้งซ่านอีก
- ☐ จิตใจเริ่มสงบได้มากขึ้นแต่ฟุ้งซ่านมากกว่า
- ☐ จิตใจสงบกับฟุ้งซ่านพอ ๆ กัน
- ☐ จิตใจจดจ่อได้ต่อเนื่องขึ้น มีฟุ้งซ่านบ้างเป็นครั้งคราว
- ☐ จิตใจจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย

บันทึกความจำ (เช่น สิ่งใดที่ทำให้รู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ หรือมีสาเหตุอะไรที่ทำให้ท่านไม่ได้ทำการบ้านบ้างคะ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คำแนะนำสำหรับการฝึกในสัปดาห์ที่ 2

การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย

สรุปหลักการ

หลังจากที่ผู้ฝึกได้เพิ่มความสามารถในการเฝ้าดูความรู้สึกกระทบของลมหายใจ เข้า-ออก แล้ว จะพบว่าทำให้จิตใจได้เฝ้าดูลมหายใจอยู่เลยโดยไม่ได้อบ ไม่ควบคุมบังคับลมหายใจ ในระยะแรกอาจทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดไม่ชอบได้ เนื่องจากเราไม่เคยชินกับสภาพของจิตเช่นนี้ แต่เมื่อฝึกไปอย่างสม่ำเสมอ จิตใจจะเริ่มยอมรับความเป็นจริงของลมหายใจมากขึ้นโดยไม่เกิดความรู้สึกต่อต้าน และหากสังเกตความทุกข์ไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในชีวิต หลายครั้งที่เดียวที่เกิดจากการไม่ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น เรามักคาดหวังให้ทุกอย่างเป็นไปตามความต้องการให้เป็นอย่างนั้น อย่างนี้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ชีวิตเต็มไปด้วยความเป็นไปได้ซึ่งอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับใจเรา ดังนั้นการเฝ้าดูลมหายใจ เป็นการฝึกจิตใจในระดับลึกให้เรียนรู้ใหม่ คือเรียนรู้ที่จะยอมรับความเป็นไปต่าง ๆ ของชีวิต การได้ตอบที่ไม่จำเป็น ก็จะลดลง จิตใจจึงเกิดความพอดี สุขสงบมากขึ้นได้ นอกจากนี้การเฝ้าดูลมหายใจช่วยให้จิตใจสงบมากขึ้น เพราะในขณะที่เฝ้าดูอย่างตั้งใจนั้น จิตใจจะไม่ได้สร้างความคิดอื่นขึ้นมาอีกนั่นเอง

ในสัปดาห์นี้ผู้ฝึกจะได้ขยาย ขอบเขตการเฝ้าดู จากความรู้สึกกระทบของลมหายใจเข้าออก ขยายไปทั่วทั้งร่างกาย ซึ่งความรู้สึกในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เช่นกัน ความรู้สึกที่มีอยู่ส่วนหนึ่งของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึก ตึงแน่น สั่นสะเทือน ขุบยิบ คัน รู้สึกเบา หนัก ทิบ โปร่ง ความรู้สึกว่าง ๆ หรือความรู้สึกอื่นใดที่อาจมีอยู่ ล้วนเป็นเครื่องบ่งบอกสถานะของกายและจิตของผู้ฝึกนั่นเอง การเฝ้าดูความรู้สึกนี้จึงเท่ากับเป็นการทำความรู้จักตนเองมากขึ้น เป็นการเฝ้าดูตนเองจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน ไม่ใช่การดูด้วยตาจากภายนอก นอกจากนี้การเฝ้าดูความรู้สึก เท่ากับได้สร้างความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน ความรู้สึกที่ถูกกำหนดรู้อย่างสงบเท่ากับเป็นการปลดปล่อยความรู้สึกนั้นออกมา จิตใจได้ระบายสิ่งที่อึดอัดภายในออกมาเป็นความรู้สึกของร่างกาย เมื่อระลึกรู้แล้วก็เท่ากับว่า ผู้ฝึกไม่ต้องเก็บกอดความรู้สึกนั้นอีกต่อไป

ความรู้สึกเกิดจากพลังงานของชีวิตซึ่งมีอยู่ตลอดเวลา ชีวิตที่แบ่งย่อยเป็น อวัยวะ เนื้อเยื่อ เซลล์ โมเลกุลและอะตอมที่เล็กที่สุดนั้น มีการสั่นสะเทือนอยู่ทุก ๆ จุด จนเกิดกลายเป็นกลุ่มก้อนของพลังงานที่แทรกซึมไปทั่ว การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจย่อมส่งผลให้พลังงานคือความรู้สึกในส่วนต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน แต่เราไม่รู้สึกถึงพลังนี้เนื่องจาก

ความสามารถในการรับรู้ (Awareness) ยังไม่มีความละเอียดเพียงพอ หากเราเอาใจใส่ต่อความรู้สึกมากขึ้น ก็จะสามารถรับรู้ได้เพิ่มขึ้น เช่น ผู้ฝึกอาจจะลองสังเกตความรู้สึกที่ก้นในขณะที่นั่งอยู่ จะรู้ถึงความนุ่ม-ความแข็ง ความเย็น-ความอุ่น หรือความรู้สึกที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างวางอยู่บนพื้นเป็นเช่นไร

นอกจากความรู้สึกในระดับพื้นผิว ลึกลงไปภายในร่างกาย อวัยวะภายใน ทางเดินอาหาร หัวใจ ลำคอ สมอ อวัยวะสืบพันธุ์ ต่างมีความรู้สึกอยู่ทั้งสิ้น พลังงานในอวัยวะเหล่านี้จะสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ของเรา เช่น ความรู้สึกฉุกเฉินบริเวณลำคอเวลาเครียดกังวลรุนแรง ความรู้สึกตึงขมวดเป็นปมที่ท้องเมื่อมีอารมณ์โกรธ ความรู้สึกเหมือนหัวใจแตกสลายบริเวณหน้าอกเวลาเผชิญความสูญเสีย และความรู้สึกหัวใจพองโตปีติสุขเวลาที่มีความรัก

หลักสำคัญในการฝึกก็คือ ค่อย ๆ เพิ่มการเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกายไล่ไปที่ทีละส่วน จากศีรษะลงมาถึงเท้า และจากภายนอกเข้าสู่ภายในร่างกาย เมื่อสังเกตความรู้สึกถึงส่วนใดของร่างกาย ให้มีทัศนคติที่เปิดรับความรู้สึกที่มีอยู่บริเวณนั้นอย่างเต็มที่ ให้ความรู้สึกได้คลี่คลายตนเองออกมาโดยไม่ไปปิดกั้น ไม่พยายามไปเปลี่ยนแปลง ให้ความรู้สึกนั้นได้สอนความจริงแก่เรา ไม่ว่าจะพบความรู้สึกใดก็ดีหรือไม่พบว่ามีความรู้สึกใดก็ดี คงรักษาประคองใจให้เป็นกลาง ไม่ยินดียินร้าย ไม่พยายามบังคับให้เกิดความรู้สึก หรือนึกสร้างความรู้สึกขึ้นมาเอง ยอมรับความรู้สึกทุกความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีเงื่อนไข

วิธีการ

1. นั่งหลับตาในท่าที่สบาย ปล่อยวางภาระต่าง ๆ ลงชั่วคราว
2. สังเกตความรู้สึกกระทบของลมหายใจ เข้า-ออก ที่ปลายจมูก จนรู้ความรู้สึกชัดเจนดีแล้ว ให้เริ่มฝึกการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย โดย

เลื่อนการรับรู้ ไปสังเกตความรู้สึกที่ยอดสุดของศีรษะ สังเกตความรู้สึกใด ๆ ที่ตำแหน่งนั้น ด้วยใจสงบ วางใจเป็นกลางไม่ยินดียินร้าย “มีสติระลึกรู้อยู่เสมอ รักษาจิตใจไว้ให้มัน คงตลอดเวลา”

เลื่อนการรับรู้ ทั่วทั้งบริเวณหนังศีรษะทั้งด้านบน ด้านข้าง และด้านหลัง

เลื่อนการรับรู้ มาที่บริเวณใบหน้า จากหน้าผาก คิ้ว ตา แก้ม ริมฝีปากบนและล่าง คาง ตลอดจนถึงใบหน้า

เลื่อนการรับรู้ มาที่ลำคอโดยรอบ ทั้งด้านหน้า และด้านหลัง

เลื่อนการรับรู้ มาที่ไหล่ด้านขวา สังเกตความรู้สึก แล้วค่อย ๆ เลื่อนการรับรู้ลงไปตาม ต้นแขน ข้อศอก ปลายแขน มือ และนิ้วมือขวา

เลื่อนการรับรู้ มาที่ไหล่ด้านซ้าย สังเกตความรู้สึก แล้วค่อย ๆ เลื่อนการรับรู้ลงไปตามต้นแขน ข้อศอก ปลายแขน มือ และนิ้วมือซ้าย

เลื่อนการรับรู้ มาที่หน้าอก ลิ้นปี่ และหน้าท้อง ท้องน้อย หัวเหน่า สังเกตความรู้สึกทั่วทั้งหน้าอก และแผ่นท้อง

เลื่อนการรับรู้ มาที่ แผ่นหลัง เลื่อนจากไหล่ลงมาที่สะบักหลังทั้ง 2 ข้าง ลงมาที่กลางหลัง จนถึงเอว และก้นกบ

เลื่อนการรับรู้ มาที่ สะโพกขวา ต้นขาขวา เข่า น่อง เท้าขวา ปลายเท้าขวา

เลื่อนการรับรู้ มาที่ สะโพกซ้าย ต้นขาซ้าย เข่า น่อง เท้าซ้าย ปลายเท้าซ้าย สังเกตความรู้สึกที่เท้าทั้งสองข้างสัมผัสพื้น

3. **เลื่อนการรับรู้** มาที่กระดูกก้นกบ สังเกตความรู้สึกการรับรู้ ให้หายใจยาว ๆ มาสิ้นสุดที่กระดูกก้นกบ แล้วหายใจออกช้า ๆ สังเกตความรู้สึกที่กระดูกก้นกบที่แผ่ฐานออกมา

เลื่อนการรับรู้ สูงขึ้นมาตามแนวไขสันหลังกลางลำตัว ถึงไขสันหลังภายในอุ้งเชิงกราน พร้อมทั้งสังเกตความรู้สึกภายในอุ้งเชิงกรานอย่างละเอียด

เลื่อนการรับรู้ สูงขึ้นมาถึงไขสันหลังกลางช่วงสะดือ พร้อมทั้งรับรู้ความรู้สึกภายในช่องท้อง

เลื่อนการรับรู้ สูงขึ้นไปที่ไขสันหลังระดับหน้าอก รับรู้ความรู้สึกที่หัวใจและอวัยวะในช่องอก หัวใจเป็นส่วนมีความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน ให้ใส่ใจและสนใจด้วยความอดทน ความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนต่าง ๆ ในหัวใจจะค่อย ๆ เผยออกมา รักษาจิตใจให้มั่นคงไว้

เลื่อนการรับรู้ มาที่ไขสันหลังช่วงลำคอ รับรู้ความรู้สึกภายในลำคอ

เลื่อนการรับรู้ สูงขึ้นผ่านทะลุกำนัสมอง เข้าสู่ช่องสมอง รับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ภายในโพรงกระโหลกศีรษะ โดยเฉพาะความรู้สึกที่ระหว่างคิ้ว ทำแบบสบาย ๆ ไม่เพ่ง ไม่ข่ม รับรู้ความรู้สึกเท่าที่มีตามความเป็นจริงในขณะนั้น ๆ

เลื่อนการรับรู้ สูงขึ้นจนทะลุออกที่จุดสูงสุดของศีรษะ

4. เมื่อเสร็จแล้วให้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจเข้าออก ปลดปล่อยให้ความรู้สึกที่มีอยู่แสดงตัวออกมาเองให้

5. เห็นการเคลื่อนไหวของพลังงานชีวิต ที่ตัวเราและทุกชีวิตต่างมีความรู้สึกนี้เช่นเดียวกัน เป็นธรรมชาติที่ดำเนินไป โดยไม่ได้เป็นของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นคุณสมบัติของชีวิตที่มีอยู่ทุกหนแห่ง

6. ในช่วงสัญญาณจรรยาที่ 08.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 น. ให้เฝ้าดูลมหายใจ 2-3 นาที

7. ในช่วงก่อนนอน หรือ 20.00 น. ให้ฝึกในท่านั่งตั้งกายตรง ดำรงสติให้มั่น และสำรวจความรู้สึกทั่วร่างกาย 20 นาที

***** ขอทุกท่านได้พบกับ ความจริง ความรัก และ สันติสุข *****

สัปดาห์ที่ 2

คำชี้แจง: กรุณาใส่บันทึกลงในตาราง เมื่อท่านได้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจในช่วงเวลาแห่งความสงบ และในช่วงเวลาก่อนเข้านอน ในช่วงสัปดาห์ที่ 2

วัน เวลา	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
8.00 น.							
10.00 น.							
12.00 น.							
14.00 น.							
16.00 น.							
20.00 น.หรือก่อนนอน							

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในสัปดาห์ที่ 2

- ☐ จิตใจฟุ้งซ่านตลอดเวลา
- ☐ จิตใจจดจ่อได้เพียงชั่วขณะแล้วฟุ้งซ่านอีก
- ☐ จิตใจเริ่มสงบได้มากขึ้นแต่ฟุ้งซ่านมากกว่า
- ☐ จิตใจสงบกับฟุ้งซ่านพอ ๆ กัน
- ☐ จิตใจจดจ่อได้ต่อเนื่องขึ้น มีฟุ้งซ่านบ้างเป็นครั้งคราว
- ☐ จิตใจจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย

บันทึกความจำ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คำแนะนำสำหรับการฝึกในสัปดาห์ที่ 3

การระลึกอารมณ์ การยอมรับอารมณ์ การเฝ้าดูอารมณ์ และความรู้สึกของร่างกาย

ขั้นตอนที่ 1: การระลึกอารมณ์ / การยอมรับอารมณ์

สรุปหลักการ

หลังจากที่ผู้ฝึกได้สำรวจความรู้สึกของร่างกาย และลมหายใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายไปแล้วในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ผู้ฝึกได้พัฒนาความสามารถชนิดใหม่ของจิตใจขึ้นมา คือความสามารถที่จะเฝ้าดูตนเองด้วยความสงบ ไม่ต้องมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับความรู้สึกเหล่านั้น ปล่อยให้ความรู้สึกต่าง ๆ ทางร่างกาย เปิดเผยและเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติของตัวเอง

ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ฝึกจะได้เรียนรู้เรื่องของอารมณ์ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดในจิตใจ เป็นคุณสมบัติพื้นฐานอย่างหนึ่งของจิตใจมนุษย์ ซึ่งทุกคนล้วนมีอารมณ์ภายในใจด้วยกันทั้งสิ้น อารมณ์มีผลต่อจิตใจแตกต่างกันไป

1. อารมณ์ที่เป็นสุข ทำให้จิตใจพองฟู ร่าเริง มีชีวิตชีวา ได้แก่ ความดีใจ สมหวัง ภาคภูมิใจ อิ่มใจ

สุขใจ พอใจ ยินดี

2. อารมณ์ที่เป็นกลาง คือ อารมณ์ที่ไม่สุขไม่ทุกข์ ใจเป็นกลาง

3. อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ทำให้ใจเป็นทุกข์ บีบคั้น บั่นป่วน ทรมานทรมาย ได้แก่ อารมณ์โกรธ เสร้า เหวง กังวล กลัว เกลียดชัง เครียด เบื่อหน่าย เป็นต้น

อารมณ์เหล่านี้แม้จะมีความสุขหรือความทุกข์เกิดขึ้นจริงแต่ก็เป็นไปตามธรรมชาติของตัวเอง ไม่ได้มีความดี/ความไม่ดี หมายความว่า เป็นเพราะเรารู้สึกทุกข์กับอารมณ์บางอย่างเช่น ความกลัว ความโกรธ ทำให้จิตใจเราไม่สบาย เกิดความไม่ต้องการอารมณ์นั้น เราจึงเรียกอารมณ์นั้นว่า ไม่ดี แต่พออารมณ์ที่เป็นสุขเกิดขึ้น เช่น ความภูมิใจ ความสบายใจ เราพอใจกับอารมณ์นั้นจึงเรียกว่าอารมณ์นั้นว่า ดี

ความไม่พอใจและไม่ต้องการอารมณ์ที่เป็นทุกข์ทำให้จิตใจเรามีความทุกข์ยิ่งขึ้น เพราะเราไม่เคยฝึกการยอมรับอารมณ์อย่างที่เป็น จึงใช้การเก็บกด การระบายออก การหาเหตุผลดี ๆ มาปลอบใจ การโทษคนอื่น การย้ายที่อารมณ์นั้นไปลงที่อื่นแทน เหล่านี้คือวิธีการที่จิตใจแสดงออกจากการไม่พอใจ ไม่ยอมรับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ แต่แท้จริงหากเรากลับมามองอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยใจเป็นกลาง เราจะได้เรียนรู้ธรรมชาติของตัวเรามากยิ่งขึ้น ดังนั้นขณะเผชิญความทุกข์นั้นเองที่เป็นขณะสำคัญที่สุดสำหรับการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง

อารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะมี 2 ลักษณะ คือ อารมณ์พื้นฐาน และอารมณ์ตอบสนอง อารมณ์พื้นฐาน คือ อารมณ์ที่คุกรุ่นอยู่ในจิตใจอยู่ก่อน เกิดจากสถานะของร่างกาย และความคิดพื้นฐาน ในการดำเนินชีวิตของแต่ละคนร่วมกับ ผลรวมของอารมณ์ที่มีมาก่อน ส่วนอารมณ์ตอบสนอง คือ อารมณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นในขณะที่เผชิญเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งอารมณ์ทั้งสองส่วนนี้ก็ดำเนินควบคู่กันไปจนแยกกันไม่ออก หลายครั้งที่เราแสดงอารมณ์ต่อบางเหตุการณ์มากเกินไปจนเกินความจริง ซึ่งก็คือเรามีอารมณ์พื้นฐานบางอย่างอยู่ในใจอยู่แล้ว เช่น คนที่กำลังโกรธหงุดหงิดที่รถเสียและกำลังหิวอาหาร บังเอิญมาเจอความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยของผู้ร่วมงาน เขาอาจจะแสดงความโกรธอย่างรุนแรงเกินสมควรออกไปจนผู้ร่วมงานก็ไม่เข้าใจว่าทำไมคนผู้นี้จึงโกรธมากอย่างนี้

ความเครียดที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้นั้นมีอารมณ์ที่เป็นทุกข์อยู่ในใจ การแก้ไขอารมณ์ทุกข์นั้น อาจทำได้โดย

1. **วิธีการบรรเทา (Alleviation method)** ได้แก่ การผ่อนคลายจิตใจ โดยการพักผ่อน ท่องเที่ยว รับประทานอาหารถูกปาก เดินเล่น เล่นกีฬา พูดคุยระบายความในใจให้เพื่อนฟัง เขียนสมุดบันทึก ซึ่งวิธีการเหล่านี้ก็ช่วยบรรเทา ลดความเครียดได้ คนที่มีสุขภาพจิตดีจะมีวิธีการบรรเทาความเครียดได้ดี แต่ทั้งหมดเป็นเพียงการบรรเทาลงได้ชั่วคราว
2. **วิธีการเข้าใจลึกซึ้ง (Insight method)** คือ การฝึกให้จิตใจรู้จัก เข้าใจความจริงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น คือเห็นการเกิด-ดับ ความเปลี่ยนแปลง จนยอมรับว่าอารมณ์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติชีวิต เป็นของสากล การยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นช่วยให้เราขยายขอบเขตของการรู้จักตนเอง

คนส่วนใหญ่จะรู้สึกไม่พอใจอารมณ์ที่เป็นทุกข์ แต่กลับต้องการอารมณ์ที่เป็นสุขมาก ๆ อย่างไม่สิ้นสุด ดังนั้นใจจึงต้องแหว่งไปมาตลอดเนื่องจากเราไม่สามารถรักษาอารมณ์ที่ชอบพอใจได้ตลอดเวลา ไม่สามารถมีความรู้สึกที่เบาสบาย ความรู้สึกภาคภูมิใจ ฯลฯ แต่กลับต้องเจอความรู้สึกที่ไม่สบายอยู่เรื่อย ๆ

จิตของมนุษย์ มีส่วนที่ช่วยให้สามารถระลึกอารมณ์ของตนเองได้ แต่ละคนพัฒนาการระลึกอารมณ์นี้มาแตกต่างกัน บางคนไม่รู้เลยว่าตนเองกำลังมีอารมณ์เช่นไรอยู่จนถึงขั้นมีคบอดต่ออารมณ์ของตนเอง จากการฝึกในขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้ฝึกพัฒนาความสามารถ ระลึกอารมณ์ ช่วยให้เราตระหนักรู้ความจริงที่เกิดขึ้นในตนเองขณะนั้น

นิสัยเดิมที่เป็นมาของคนส่วนใหญ่คือการต่อต้าน ไม่ยอมรับ ปฏิเสธว่าตนมีอารมณ์ที่ไม่ดี อยู่ อยากจะให้ตนเองและผู้อื่นรับรู้ว่าคุณมีอารมณ์แต่ที่ดี ๆ ซึ่งเท่ากับการปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับตนเอง ผู้ฝึกจะต้องเรียนรู้วิธีการใหม่ คือ **การยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วย**

ในขั้นตอนนี้ผู้ฝึกจะฝึกทักษะ การระลึกรู้/การยอมรับอารมณ์ ดังนี้

1. **ระลึกรู้อารมณ์**ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เมื่อมีอารมณ์ที่เป็นทุกข์อย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้นในใจ ผู้ฝึกจะระลึกรู้อารมณ์นั้น **ทันที**
2. **ยอมรับอารมณ์** การยอมรับอารมณ์ คือ การยอมรับความจริง ไม่ปฏิเสธว่าไม่ได้เกิดอารมณ์นั้น แต่ยอมรับว่าอารมณ์...ได้เกิดขึ้นแล้วจริง ๆ ในใจตน

ขั้นตอนที่ 2: การเฝ้าดูอารมณ์และความรู้สึกทางร่างกาย

สรุปหลักการ

ร่างกายและจิตใจเป็นองค์ประกอบหลักของชีวิต ร่างกายคือส่วนที่เป็นวัตถุธาตุ จับต้องและมองเห็นได้ ส่วนจิตใจเป็นส่วนที่จับต้องไม่ได้ คือเป็นนามธรรม แต่ในความจริงแล้วร่างกายและจิตใจไม่อาจแบ่งแยกกันได้ เพราะต่างอิงอาศัยซึ่งกันและกัน ทำงานร่วมกันเป็นภาพสะท้อนของกันและกัน หากขาดส่วนหนึ่งไป ความเป็นชีวิตก็ดำรงอยู่ไม่ได้

จากขั้นตอนการฝึกที่ผ่านมา ได้ฝึกมองความจริงของร่างกายและอารมณ์ไปบ้างแล้ว ทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพความจริงมากขึ้นเป็นลำดับ ในขั้นตอนการเฝ้าดูอารมณ์และความรู้สึกของร่างกายนี้ ผู้ฝึกจะได้เรียนรู้ศิลปะของจิตที่สำคัญยิ่งขึ้น คือ การมองกายและจิต แบบภาพรวมทั้งหมด

ในขณะที่เกิดอารมณ์ทุกข์ในจิตใจ เช่น อารมณ์โกรธ ขณะนั้นมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทางร่างกาย เช่น ความรู้สึกร้อนผ่าวที่ใบหน้า หัวใจเต้นแรง มือสั่น ปากสั่น กัดฟันแน่น รู้สึกตึงแน่นตามแขนขา ในทางจิตใจ ความโกรธ เป็นความรู้สึกกดดัน บีบคั้น ทรมาน ทุกข์ใจ เป็นต้น ผู้ฝึกจะเรียนรู้, เฝ้าดู, สังเกต ด้วยความสนใจอย่างจริงจังต่อสภาวะทั้งหมดที่เกิดขึ้น

การเฝ้าสังเกตอารมณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ผู้ฝึกต้องมีความตั้งใจ ความใส่ใจอย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องวิเคราะห์แยกแยะว่าอารมณ์ที่เกิดอยู่นั้น เป็นอารมณ์ชื่อว่าอะไร (**ความรู้สึกโกรธ**นั้นเกิดนั้น และมีมาก่อนชื่อ "**ความโกรธ**") เพราะทันทีที่เรากำหนดชื่อต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยความคิด ความทรงจำ และประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวกับอารมณ์นั้น ก็จะเดิมเชื้อให้ความรู้สึกที่มีอยู่ในขณะนั้นมีมากขึ้น เราจึงไม่ได้เผชิญความจริงของสภาวะจริง ๆ ในปัจจุบัน

อารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งแตกต่างกันไป หากเรียบสรุปเหมาเอาว่า "นี่เป็นอารมณ์โกรธที่ฉันเคยรู้สึกมาแล้ว" อาจเป็นข้อสรุปที่ผิดได้ ด้วยความรู้สึกจริงที่รู้สึกนั้นแตกต่างกันไปทุกครั้ง หลาย

ครั้งที่เราจะไม่สามารถเรียกชื่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เลย รู้สึกเหมือนเป็นเพียงกลุ่มก้อนของความรู้สึกบางอย่างภายใน ดังนั้นด้วยวิธีการนี้ผู้ฝึกจะได้เห็นสถานะของความรู้สึกอย่างเต็มที่ เป็นการขยายขอบเขตความรู้จักตนเองให้มากยิ่งขึ้น

อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ทำให้เกิดความรู้สึกอัดอั้น กัดดันทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ผู้ฝึกใหม่มักไม่ใคร่ทนเผชิญความรู้สึกได้นานพอ หลายครั้งเราใช้การหนีจากสภาพกดดันนั้นเสียก่อน ไม่ว่าจะเป็นการใช้เหตุผลอธิบาย การโต้ตอบฝ่ายตรงข้าม การพยายามคิดโน้มน้าวดี การทำเป็นลืม เหล่านี้ล้วนเป็นเพียงวิธีการหนีการเผชิญหน้าความรู้สึกทั้งสิ้น เพื่อที่จะสามารถเฝ้าดูอารมณ์ได้นานพอ ผู้ฝึกต้องพัฒนาความใส่ใจ ให้มีมากขึ้น คุณคงเวลาที่เรเฝ้าดูนักวิ่ง 100 เมตร ขณะที่นักวิ่งเริ่มออกวิ่ง วิ่งอย่างรวดเร็วสุดฝีเท้า สายตาของเราคงจ่อไปที่ผู้วิ่งนั้น จนลืมสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเรา ลืมหายใจ ลืมเวลา ลืมตัวตน จนไม่สนใจแม้ตัวเองที่เป็นผู้เฝ้าดูอยู่ เหลือแต่เพียงการดู เท่านั้น เช่นเดียวกับการเฝ้าดูอารมณ์ ให้ผู้ฝึกทุ่มเทเอาใจใส่ต่ออารมณ์ทั้งทางกายและใจ จนเหลือแต่การเฝ้าดูสถานะของอารมณ์ที่เกิดขึ้น และที่จุดนี้เองจะมีประสบการณ์ใหม่ในชีวิตเกิดขึ้น เป็นภาวะของความอิสระจากอารมณ์ แม้ว่ามันกำลังกดดันจิตใจอยู่ก็ตาม

วิธีการ

1. ให้ผู้ฝึก หัดระลึกรู้อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ได้แก่ ความโกรธ ความกลัว ความกังวล เหนง เสร้า ชิงชัง ฯลฯ ในใจของตนที่เกิดขึ้น ทันที เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในขณะที่ระลึกรู้นั้นให้เห็นสภาพของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในใจของตน ว่าในขณะที่อารมณ์ก่อให้เกิดความรู้สึกในใจอย่างไร อารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่จำเป็นต้องมีชื่อเรียก แต่เป็นความรู้สึกล้วน ๆ ที่เกิดขึ้น

...ฉันเห็นอารมณ์ (อย่างนี้).....ในใจ

2. ในขณะเดียวกัน ให้มีการยอมรับอารมณ์นั้นว่า ผู้ฝึกได้มีอารมณ์เช่นนี้เกิดขึ้นแล้วจริง

อารมณ์ (อย่างนี้).....ได้เกิดขึ้นแล้วในใจ

3. การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย โดยเริ่มจากการเฝ้าดูความรู้สึกที่ลมหายใจกระทบผนังจมูก ต่อมาให้เคลื่อนการรับรู้สังเกตความรู้สึกในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า แล้วเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกายและลมหายใจในภาพรวม
4. ขณะใดที่เกิดความรู้สึกที่เป็นทุกข์ กัดดันจิตใจอยู่ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ใดก็ตาม ความโกรธ หงุดหงิด รำคาญ ฟุ้งซ่าน สับสน กังวล พะวง กลัว เสร้า เหนง หดหู่ ท้อแท้ เป็นต้น อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ให้ผู้ฝึกเฝ้า ดูความรู้สึกทางร่างกายพร้อมกับ

ความรู้สึกในจิตใจ ไปด้วยกัน โดยไม่ต้องสนใจแยกแยะชื่อและชนิดของอารมณ์ที่เกิดขึ้น
สังเกตการเปลี่ยนแปลงในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อารมณ์ในใจเป็นอย่างไร ให้สังเกตและ
เฝ้าดูด้วยใจสงบ ไม่ได้ตอบกับความรู้สึก ปล่อยให้อารมณ์ภายในได้แสดงออกเป็น
ความรู้สึกของร่างกายอย่างเต็มที่ ประคองใจให้เฝ้าดูไว้อย่างต่อเนื่อง

5. ข้อสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ การอดทน ไม่ได้ตอบกับคน เหตุการณ์ ที่มาช่วยให้ผู้ฝึกเกิด
อารมณ์นั้นขึ้นมา ไม่สนใจว่าสิ่งที่เขามาทำกับเราจะเป็นเรื่องไม่ยุติธรรมต่อเราเพียงใด ไม่
สนใจว่าใครจะถูกหรือใครจะผิด ไม่สนใจว่าจะตอบโต้เขาอย่างไร สนใจแต่การเฝ้าดู
ความรู้สึกภายในและลมหายใจของตนเองในขณะนั้น มีความพึงพอใจที่จะได้เรียนรู้จัก
ตนเองมากกว่าเรื่องราวภายนอก

6. ในช่วงสัญญาณจาราจรที่ 08.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 น. ช่วงละ 2-3 นาที และที่
เวลา 20.00 น. หรือก่อนนอน เป็นเวลา 20 นาที ให้นั่งหลับตาเฝ้าดูลมหายใจและความรู้สึก
ทางร่างกาย มีทัศนคติที่เปิดกว้างเพื่อรับรู้ความรู้สึกทุกอย่างที่เกิดขึ้นอย่างที่เป็น

☐ หากผู้ฝึกเกิดความง่วงนอนก็ให้เฝ้าดูความรู้สึกง่วงนอน ว่าความรู้สึกง่วงนอนนั้นอยู่ในส่วน
ไหนของร่างกาย จิตใจรู้สึกกดดันอย่างไร ด้วยความตั้งใจความง่วงนอนจะหายไปเอง นอกจาก
ความง่วงแล้ว ผู้ฝึกสามารถเฝ้าดูความคิดฟุ้งซ่าน และความรู้สึกทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตนได้เช่นกัน
และเป็นประสบการณ์ใหม่ของชีวิตที่จะได้เห็นชีวิตท่ามกลางกระแสของอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ
อย่างไม่เคยเห็นมาก่อน

***** ขอทุกท่านได้พบกับ ความจริง ความรัก และ สันติสุข *****

สัปดาห์ที่ 3

คำชี้แจง: กรุณาใส่บันทึกลงในตาราง เมื่อท่านได้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจและความรู้สึกทางร่างกาย
ในช่วงเวลาแห่งความสงบและในช่วงเวลาก่อนเข้านอน ในช่วงสัปดาห์ที่ 3

วัน เวลา	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
8.00 น.							
10.00 น.							
12.00 น.							
14.00 น.							
16.00 น.							
20.00 น.หรือก่อนนอน							

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในสัปดาห์ที่ 3

- ☐ จิตใจฟุ้งซ่านตลอดเวลา
- ☐ จิตใจจดจ่อได้เพียงชั่วขณะแล้วฟุ้งซ่านอีก
- ☐ จิตใจเริ่มสงบได้มากขึ้นแต่ฟุ้งซ่านมากกว่า
- ☐ จิตใจสงบกับฟุ้งซ่านพอ ๆ กัน
- ☐ จิตใจจดจ่อได้ต่อเนื่องขึ้น มีฟุ้งซ่านบ้างเป็นครั้งคราว
- ☐ จิตใจจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย

บันทึกความจำ (ในแต่ละวันของสัปดาห์นี้..พบว่าเราจะเฝ้ากับอารมณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างและเมื่อเกิด
อารมณ์เหล่านั้นขึ้น...สิ่งที่แสดงออกมาให้รู้สึกทางร่างกายมีอะไรบ้าง?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คำแนะนำสำหรับการฝึกในสัปดาห์ที่ 4

การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขของความคิด

สรุปหลักการ

เงื่อนไขของความคิด คือ รูปแบบ/กลไก ที่จิตใจตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งรูปแบบนี้ได้ถูกปลูกฝังอยู่ในจิตใจมาเป็นเวลานาน มีทั้งในระดับที่เป็นความเชื่อที่อยู่ในระดับคติน และที่ฝังเป็นตะกอนในจิตใจส่วนลึก เมื่อมีสิ่งใดมากระตุ้น เงื่อนไขของความคิดนี้ก็พร้อมจะทำงานได้ ผลลัพธ์ออกมาเป็นความคิด และความคิดทำให้เกิดอารมณ์ทั้งทางใจและความรู้สึกทางร่างกาย ซึ่งผู้ฝึกได้เฝ้าดูมาในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดในเรื่องนี้ คือ ตุ๊กตาเสียงเพลงไขลาน เพียงมีผู้มาไขลาน ลานภายในก็จะบังคับให้เฟื่องหมุนไปกระทบถูกเป็นเสียงสูง-ต่ำ เกิดเป็นเพลงขึ้นมาได้ ถ้าถามว่าเสียงเพลงที่ดังขึ้นมาเป็นเพราะใคร? คนหมุนลานหรือว่าลานและกลไกภายในที่มีอยู่แล้ว? หรือในเวลาที่เราเปิดสวิตช์ไฟ หลอดไฟก็สว่างขึ้น การที่หลอดไฟสว่างนั้นไม่ได้เกิดจากผู้กดสวิตช์เท่านั้น แต่เกิดจากการสร้าง การติดตั้งหลอดไฟ การเดินสายไฟไปยังโรงงานไฟฟ้าและถึงเขื่อนที่ผลิตไฟฟ้า วงจรทั้งหมดจึงถูกวางไว้เกือบจะสมบูรณ์ก่อนหน้าอยู่แล้ว ลำพังการกดสวิตช์โดยไม่มีวงจรไฟฟ้าก็ไม่ทำให้หลอดไฟเปิดได้

ในชีวิตของเราที่เช่นกัน กลไก/รูปแบบ/เงื่อนไขของความคิดเหล่านี้มีหลายชนิด พร้อมจะทำงานตลอดเวลาอยู่ก่อนแล้ว ได้แก่ กลไกที่จะโกรธ กลไกที่จะกลัว กลไกที่จะชอบพอใจ กลไกที่จะเสียใจ กลไกของความเกลียดชังและอคติ แต่โดยทั่วไปเมื่อคนเราเกิดความรู้สึกใด ขึ้นมา มักไม่ค่อยมองว่าเป็นเพราะเงื่อนไขที่มีอยู่แล้วในใจ กลับมองไปที่สาเหตุภายนอก แล้วพยายามไปแก้ไขเปลี่ยนแปลงที่เหตุภายนอก ทำให้เกิดปัญหาตามมามากมาย เนื่องจากแก้ไขไม่ถูกจุดนั่นเอง

ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ฝึกได้เรียนรู้การเฝ้าดูสภาวะอารมณ์ด้วยใจที่สงบ เฝ้าดูด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่ จนเห็นความรู้สึกที่เกิดจากอารมณ์นั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ฝึกจะรู้สึกได้ว่าจิตใจนั้นมักจะไม่นิยมให้เราเฝ้าดูด้วยความสงบ ในทางตรงข้ามจิตใจพยายามดิ้นรน คิดสร้างเหตุผลต่าง ๆ ที่จะตอบได้สาเหตุภายนอก เช่น คิดว่า “จะทนเฉยอยู่ทำไมเดี๋ยวเขาจะได้อใจ” “น่าจะสั่งสอนไปเสียบ้าง ทนเฉยอยู่เขาจะคิดว่าไม่สู้” “เขาทำผิดกับเราขนาดนี้จะทนเฉยอยู่ได้อย่างไร” “ทนแบบนี้ไปนานไม่ออกแตกตายดอกหรือ” “คงจะดีกว่าถ้าเราทำได้ทำ” เป็นต้น ซึ่งเป็นความเคยชินของจิตใจที่ชอบโต้ตอบ ไม่อดทนต่ออารมณ์ ซึ่งล้วนเกิดขึ้นจากภายในจิตใจของเราเอง หากผู้ฝึกยังคงสงบอยู่ได้ และมองลึกลงในจิตใจตน ก็จะให้เห็นวิธีการที่จิตใจชอบคิด แสดงตัวออกมา ได้แก่ “ความคิดเพ่งโทษคนอื่น” “การไม่ยอมให้อภัย” “ความเห็นแก่ตัว” “ความหลงตัวเอง” “ความ

ต้องการที่ไม่รู้จักพอ” “ความถือตัว หยิ่งยโส” “อคติที่มีต่อคนอื่น” และเงื่อนไขที่เป็นข้อสรุปเกี่ยวกับตนเอง “ฉันอ่อนแอ” “ฉันไม่มีความสามารถ” “ฉันต้องการสิ่งนั้น ไม่ต้องการสิ่งนี้” โดยที่เงื่อนไขเหล่านี้เรายึดถือไว้ว่าเป็นตัวเราจริง ๆ และปล่อยให้เงื่อนไขเหล่านั้นทำงานอย่างซ้ำซากจำเจเป็นอัตโนมัติ เมื่อกระทบกับเหตุการณ์นี้ บุคคลนี้ สภาพแวดล้อมอย่างนี้ เงื่อนไขนี้ก็คอยแต่จะสร้างความคิดและความรู้สึกแบบเดิมขึ้นมาทุกที

การได้เห็นเงื่อนไขความคิดเหล่านี้เปิดเผยตัวเองออกมา เป็นเรื่องที่มีความหมายมาก เพราะตลอดชีวิต คนเราส่วนมากจะยึดติดกับเงื่อนไขเหล่านี้ จนเชื่อว่าเป็นตัวตนของเรา เราจึงมีชีวิตเหมือนเป็นหุ่นยนต์ที่ทำงานตามโปรแกรมที่ถูกกำหนดมาแล้ว ไม่ได้มีอิสระในชีวิตอย่างแท้จริง จิตใจถูกรอบงำจากเงื่อนไขเหล่านี้โดยเราไม่รู้ตัวเลย เงื่อนไขนี้เป็นผู้ควบคุมให้ชีวิตเดือดร้อนใจ คับครั้นไปตลอดเวลา ทั้งที่ตื่นอยู่ หรือแม้แต่กระทั่งหลับฝันก็ตาม

การได้เห็นความคิด เงื่อนไขของความคิด เสมือนช่วยให้เราได้แยกความจริงออกจากภาพลวงตาเป็นชั้น ๆ ไป จิตใจจะเกิดความมั่นคงและสุขสงบขึ้น เนื่องจากเมื่อเห็นความคิดนั้นแล้ว จิตใจจะมีอิสระที่จะเลือกการแสดงออกได้ดีขึ้นกว่าเดิมที่เคยแสดงออกตามแต่ความเคยชินจะพาไป จิตใจสามารถเลือกที่จะมีมุมมองใหม่ เข้าใจใหม่ รู้สึกใหม่ แสดงออกใหม่ในทางที่สร้างสรรค์แก่ชีวิตมากขึ้น ไม่ถูกหลอกให้หลงในวิธีการคิดและเกิดอารมณ์ทุกข์ ดังที่เคยเป็นมา

วิธีการ

1. เมื่อใดที่เกิดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ กดดันจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ใด ให้ผู้ฝึกเฝ้าดูความรู้สึกทางกายภายในและจิตใจที่เกิดจากอารมณ์นั้น โดยไม่ได้ตอบกับความรู้สึกนั้น ดังที่ได้ฝึกไปในสัปดาห์ที่แล้ว
2. คอยสังเกต ระลึกรู้ความคิดบางอย่างที่โผล่ขึ้นมา ตอบได้กับความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น

ตัวอย่างที่ 1 ขณะที่กำลังโกรธ ให้..

ระลึกรู้: เห็นความคิด...(คนนี้ช่างเอาเปรียบเราเสียจริง)....ในใจ

ยอมรับ: อ้อ ความคิด..(ฉันไม่ชอบคนที่เอาเปรียบ) ได้เกิดขึ้นในใจ

ความคิดใหม่เกิดขึ้นว่า “เขาน่าจะให้ความเป็นธรรมกับฉันบ้าง” ระลึกใหม่ว่า

ระลึกรู้: เห็นความคิด..(ฉันอยากได้รับความเป็นธรรมจากเขา)..ในใจ

ยอมรับ: อ้อ ความคิด..คาดหวังให้คนอื่นมีความเป็นธรรม..เกิดขึ้นในใจ

เกิดความเข้าใจ : “เพราะฉันมีเงื่อนไขในใจว่า คนเราไม่ควรเอาเปรียบกัน และฉันไปคาดหวังเอาว่าเขาต้องให้ความเป็นธรรมตามที่ฉันต้องการ ” => ฉันจึงเกิดอารมณ์โกรธเกิดขึ้น

3. บันทึกเงื่อนไขความคิดที่ระลึกได้ ลงในสมุดบันทึกเพื่อช่วยในการทบทวน
4. ในช่วงสัญญาณจราจรที่ 08.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 น. ช่วงละ 2-3 นาที และที่เวลา 20.00 น. หรือก่อนนอน เป็นเวลา 20 นาที ให้นั่งหลับตาเฝ้าดูลมหายใจและความรู้สึกทางร่างกาย มีทัศนคติที่เปิดกว้างเพื่อรับรู้ความรู้สึกทุกอย่างที่เกิดขึ้นอย่างเป็น

***** ขอทุกท่านได้พบกับ ความจริง ความรัก และ สันติสุข *****

สัปดาห์ที่ 4

คำชี้แจง: กรุณาใส่บันทึกลงในตาราง เมื่อท่านได้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจและความรู้สึกทางร่างกาย ในช่วงเวลาแห่งความสงบและในช่วงเวลาก่อนเข้านอน ในช่วงสัปดาห์ที่ 4

วัน เวลา	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
8.00 น.							
10.00 น.							
12.00 น.							
14.00 น.							
16.00 น.							
20.00 น.หรือก่อนนอน							

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในสัปดาห์ที่ 4 ของการฝึก

- ☐ จิตใจฟุ้งซ่านตลอดเวลา
- ☐ จิตใจจดจ่อได้เพียงชั่วขณะแล้วฟุ้งซ่านอีก
- ☐ จิตใจเริ่มสงบได้มากขึ้นแต่ฟุ้งซ่านมากกว่า
- ☐ จิตใจสงบกับฟุ้งซ่านพอ ๆ กัน
- ☐ จิตใจจดจ่อได้ต่อเนื่องขึ้น มีฟุ้งซ่านบ้างเป็นครั้งคราว
- ☐ จิตใจจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย

บันทึกความจำ (สัปดาห์นี้จะเอื้อมกับอารมณ์อะไรบ้างคะ มีความคิดอะไรในใจ...ที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านั้น และยอมรับกับความคิดเหล่านั้นได้ไหมคะ?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คำแนะนำสำหรับการฝึกในสัปดาห์ที่ 5

การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ และการพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรักและความเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 1: การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์

จากการฝึกปฏิบัติใน 4 สัปดาห์แรก ผู้ฝึกได้ศึกษาปรากฏการณ์ทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด ของตนมาเป็นลำดับ เราจะตระหนักได้ว่าแท้จริงแล้ว ชีวิตล้วนมีสภาพของการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่มีความรู้สึก อารมณ์หรือความคิดใดเลยที่ดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง จากสภาพความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลานี้ทำให้แม้แต่ตนเองก็ไม่เข้าใจความเป็นไปของตนเอง

แม้ความเข้าใจตนเองของเรายังคลุมเครือ แต่คนส่วนมากก็จะสร้างข้อสรุปของตนเองไว้ในใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ภาพของคนที่มีความเชื่อมั่น ภาพของคนอ่อนแอ ภาพของคนขี้โรค คนที่มีแต่ความทุกข์ คนที่โชคร้ายเสมอ ภาพของคนเก่ง เป็นต้น และข้อสรุปที่เกี่ยวกับคนอื่น เช่น ฉันเกลียดคนเช่นนี้ คนนี้เป็นคน.....อย่างนั้นอย่างนี้ คนนี้น่ารำคาญ คนนี้เห็นแก่ตัว คนนี้ชอบเอาเปรียบคนอื่น นอกจากนี้ เงื่อนไขความคิดยังมีต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นคน สัตว์ สิ่งของ ประสพการณ์ ความเชื่อ ฯลฯ แล้วยึดถือภาพความนึกคิดเหล่านั้นว่าเป็นความจริงของตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการแก่ชีวิต คือ ประการแรก ข้อสรุปเหล่านั้นมักจะผิดจากความเป็นจริงเสมอ เพราะเราจะมีชีวิตอยู่กับข้อสรุปเหล่านั้นมากกว่าการอยู่กับความจริงในปัจจุบัน ในความจริงแล้วชีวิตเต็มไปด้วยความเป็นไปได้ แต่เรากลับยึดติดข้อสรุปที่ตายตัว ประการที่สอง การยึดติดข้อสรุปทำให้เราไม่เติบโต เพราะเท่ากับเห็นความคิดตนเองเป็นใหญ่ ขาดโอกาสที่จะมองชีวิตในภาพที่กว้างกว่าที่มีแง่มุมหลากหลาย มีความแตกต่าง มีความเปลี่ยนแปลง ประการที่สาม คือไม่มีความสุข เพราะเราจะคอยยึดติดกับความเชื่อของตนเองมากกว่าการยอมรับความจริงของชีวิต ทำให้มีความหวาดหวั่นหวาดกลัวว่าสิ่งต่าง ๆ จะไม่เหมือนกับที่คาดเอาไว้ ความกลัวนี้กลับทำให้บางคนยิ่งเพิ่มข้อกำหนดควบคุมตนเองและผู้อื่นเพิ่มขึ้น เกิดเป็นความเครียดเพิ่มขึ้นอีก ประการที่สี่ คือ ขาดความรักและเคารพต่อชีวิต ยึดถือ “ตัวฉัน” “ความคิดของฉัน” เป็นใหญ่ ทั้งที่ความจริงชีวิตทั้งหลายดำเนินไปด้วยพลังชีวิตที่ยิ่งใหญ่กว่าตัวฉันมากมายนัก ซึ่งพลังชีวิตนี้แสดงตัวเป็นกฎของโลก จักรวาล และธรรมชาติทั้งหมดที่ควบคุมให้ทุกสิ่งดำเนินไปอย่างสอดคล้อง งดงาม ชีวิตจะรักเรามากโดยการมอบประสบการณ์ชีวิตต่าง ๆ ให้ได้เรียนรู้ แม้บางครั้งจะดูเหมือนเจ็บปวด แต่ภายใต้ประสบการณ์ที่เจ็บปวดนั้นมีบทเรียนชีวิตที่ยิ่งใหญ่เสมอ ที่จะช่วยให้เราลดละความเห็นแก่ตัว เห็นคุณค่าของชีวิตในภาพที่กว้างกว่ามุมมองคับแคบส่วนตัวและมีความรักความเข้าใจผู้อื่นงอกงามขึ้นในใจ

จากกระบวนการเฝ้าดู ติดตามความเป็นไปของร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ฝึกจะเริ่มเห็นความจริงของตนเอง ซึ่งไม่ได้เป็นไปตามภาพที่วาดไว้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้ง รู้สึกไม่พอใจตนเอง คำหิณตนเอง กลัวว่าตนเองจะแสดงความไม่ดีเหล่านี้ออกมาจึงเพิ่มความวิตก และคอยจับผิดตนเอง จิตใจกลับเศร้าหมองลงมากไปกว่าเก่า หลายคนรู้สึกท้อแท้ว่าตนมีแต่ความไม่ดีอย่างนี้แล้ว คงไม่มีความก้าวหน้าทางจิตใจ หรือคิดเพ่งโทษไปในอดีต ถึงบุคคลต่าง ๆ ในชีวิตคนที่ทำให้ตนเป็นอย่างนี้ ก็ให้เฝ้าติดตามดูวิธีการคิดเหล่านี้ไปเรื่อย ๆ เพราะความคิดเหล่านี้เองที่ทำให้จิตใจเป็นทุกข์ ในทางกลับกัน ผู้ฝึกอาจได้เห็นความคิดที่ดี ได้แก่ ความเมตตาผู้อื่น การให้อภัย ความรัก ความภาคภูมิใจ ความเคารพในตนเองและผู้อื่น ภายในจิตใจตนซึ่งเป็นธรรมชาติที่ทำให้จิตใจมีความสุข

ในสัปดาห์นี้ ผู้ฝึกจะได้ฝึกสติปะปนกันไปคือ การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ คือ การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ยอมรับได้ว่าความจริงแล้วตนเองเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร ทั้งที่ดีและไม่ดี การยอมรับตนเองไม่ได้แปลว่าเห็นดีด้วย หลงผิดไปว่าตนเองทำอะไรคิดอะไรถูกต้องทั้งสิ้น แต่หมายถึงการตระหนักรู้ในเงื่อนไข ความคิด และอารมณ์ที่มีอยู่โดยไม่ปฏิเสธ หากเกิดความทุกข์ก็ยอมรับ ไม่มัวไปโทษแต่คนอื่น หันกลับมาเรียนรู้เพื่อปรับปรุงแก้ไขตนเองจากเงื่อนไขที่ทำให้เป็นทุกข์นั้นในโอกาสต่อไป

จากการยอมรับตนเองเช่นนี้ จิตใจจะมีความขัดแย้งน้อยลง ต่อต้านตนเองน้อยลง คำหิณตนเองน้อยลง จิตใจจะมีพลังงานเหลือมากขึ้น พลังงานที่เพิ่มขึ้นในจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกของการมีพลัง ความแจ่มใส ความคิดในทางสร้างสรรค์ ที่จะทำให้ชีวิตตนเองดียิ่งขึ้น งอกงามยิ่งขึ้น เห็นคุณค่าของชีวิตตนเอง และผู้อื่น จากการที่ไม่ต้องใช้พลังใจไปเก็บกดหลายสิ่งหลายอย่างในจิตใจเอาไว้ เงื่อนไขของอารมณ์แม้ยังคงทำงานอยู่ทำให้เกิดความรัก ชอบ ชัง...ไปต่าง ๆ แต่ใจระลึกรู้ทันและกลับเป็นอิสระมากขึ้น เพราะการยอมรับตนเองจะช่วยให้อิทธิพลในการเติบโตคือพลังที่จะข้ามพ้นเงื่อนไขความคิดแบบเดิม (ไม่ใช่ทั้งการยึดและการไม่ยึด แต่เป็นการข้ามพ้นจากข้อจำกัดทางความคิดแบบเดิม) เงื่อนไขความคิดที่เคยมีอยู่แม้เป็นความจริงแต่ก็เป็นเพียงส่วนเดียวของชีวิต เราพร้อมที่จะเปิดใจมองในมุมมองที่กว้างขึ้น รู้สึกในขอบเขตที่กว้างขึ้น คิดในแง่บวกที่แตกต่างจากเดิม มองสิ่งต่าง ๆ ในโลกในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ไม่ใช่การมองแค่ในฐานะปัจเจกบุคคล ตามขบ ฐานะ ตำแหน่ง

ส่วน คนที่ไม่ยอมรับตนเองนั้น จิตใจขาดความรักต่อตนเอง ขาดสติปัญญา จึงรักตัวเองแบบหลงตัวเองมากกว่า โดยการสร้างภาพที่ไม่เป็นจริง ของตัวเอง หลอกตนเองหรือเพื่อเรียกร้องการยอมรับของคนอื่น ซึ่งคงเป็นไปได้ยาก เป็นเรื่องที่เหน็ดเหนื่อยและไม่คุ้มค่า หากวันใดที่ผู้อื่นแสดงความไม่ยอมรับในตัวเขา หรือเขาคิดว่าคนอื่นไม่ยอมรับเขา ผู้นั้นจะเกิดความทุกข์เศร้าใจอย่างรุนแรง รู้สึกถูกปฏิเสธ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล

การยอมรับตนเองเป็นการแสดงออกของธรรมชาติความรัก ความเข้าใจตนเอง คุ้มค่าที่รักและเอาใจใส่ดูแลลูก มารดาจะยอมรับลูกของตนได้อย่างไม่มีเงื่อนไข มารดามีความอ่อนโยน แม้ลูกจะทำความผิดก็ยังรักลูกและให้อภัย คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ลูกได้แก้ไขในทางที่ดีขึ้น ไม่ตำหนิ ไม่โกรธแค้น อาฆาต ไม่ก้าวร้าวรุนแรง กลับใช้คำพูดที่นุ่มนวล และมีเหตุผลต่อลูก ซึ่งผู้ฝึกจะพัฒนาความสามารถที่จะรักและยอมรับตนเองให้เพิ่มมากขึ้น และเมื่อผู้ฝึกยอมรับตนเองมากขึ้น ก็จะเกิดความยอมรับ ความเข้าใจผู้อื่นขึ้นโดยอัตโนมัติ เพราะตัวเราและผู้อื่นต่างมีธรรมชาติของความรู้สึก อารมณ์ ความคิด เช่นเดียวกัน เพียงแต่ยังพัฒนาความเข้าใจตนเองได้ไม่เท่ากัน

เมื่อบุคคลสามารถขยายขอบเขตความเข้าใจจากตนเองสู่บุคคลอื่น ๆ ตั้งแต่คนรอบข้างญาติ มิตร ผู้ร่วมงาน ชีวิตก็จะเต็มไปด้วยความรัก ความเห็นใจ ซึ่งกันและกัน ผู้ที่มีความเข้าใจเห็นใจบุคคลอื่น จะไม่สร้างความคิดในทางลบ เป็นปฏิปักษ์ พยาบาท อาฆาตมาดร้ายต่อบุคคลอื่น เมื่อไปที่ใดยอมทำให้ที่นั่นเต็มไปด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น มีความเข้าใจและนำสู่การเป็นสังคมชุมชนที่น่าอยู่

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรัก / ความเข้าใจ

สรุปหลักการ

หลังจากผ่านการฝึกฝนในสัปดาห์ที่ผ่านมาแล้ว ผู้ฝึกจะค่อย ๆ เห็นรูปแบบความคิดของตนเองเปิดเผยออกมาเพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงดันใช้ที่เกิดจากการไม่ยอมรับตนเองลดน้อยลงไป มีการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไขเกิดขึ้นมาแทน ไม่ว่าตนเองนั้นจะมีความคิด จินตนาการ ความขัดแย้งภายในจิตใจ รวมถึงความปรารถนาที่แฝงเร้นอยู่เช่นใด ล้วนได้รับการยอมรับจากจิตใจของเราเองทั้งสิ้น เราจะได้เห็นความพร้อม ความไม่สมบูรณ์ ความผิดพลาดพลั้งเผลอ ความก้าวร้าว ความละโมภ ความเห็นแก่ตัว ความถือตัว ความคาดหวังจากตนเองและผู้อื่น ความต้องการสิ่งต่าง ๆ อีกมากมาย ที่ล้วนแต่ทำให้จิตใจเกิดความเครียด การยอมรับในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเห็นดีด้วย กับความคิดที่ไม่ดีในใจ แต่เป็นการเข้าใจและยอมรับว่าเรายังมีความบกพร่องอยู่ด้วยความรักและความเข้าใจตนเอง

ในขณะที่เดียวกันนั้น ผู้ฝึกยังได้เห็น ธรรมชาติที่ฝังงายในได้แก่ ความอ่อนโยน ความเมตตา ความรัก ความอดทนพยายาม ความร่าเริงสนุกสนาน ความสุข ความรู้สึกสุนทรีย์ต่อสิ่งที่สวยงาม ความใฝ่ดี ความเสียสละ ฯลฯ อันทำให้จิตใจมีความสงบสุข

เมื่อธรรมชาติทั้งสองด้านถูกเปิดเผยขึ้นสู่จิตใจของผู้ฝึก ความเข้าใจความจริงแห่งตนก็ค่อยแจ่มชัดขึ้น เหมือนภาพต่อ Jigsaw ที่ใกล้เสร็จสมบูรณ์ บุคคลนั้นจะดำรงชีวิตด้วยความรู้ความเข้าใจ เกิดภาวะบูรณาการแห่งตน (Self integration)

การเห็น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและความหมายต่อกระบวนการฝึกฝนจิตใจเป็นอย่างยิ่ง การเห็นและยอมรับตนเองด้วยความเข้าใจนี้กลับทำให้จิตใจมีพลังที่จะละวางเงื่อนไขวิธีการคิด ความเชื่อ นิสัยความเคยชินเดิมที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ได้อย่างอัตโนมัติและเป็นธรรมชาติ ไม่ใช่การพยายามฝืนใจละวาง และเก็บกดความไม่พอใจไว้อย่างเดิม แต่การละวางนี้เป็นสติปัญญาเพราะเห็นความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งนั้นอย่างชัดเจน จิตใจไม่ต้องการที่จะกลับไปจมปลักกับความทุกข์เช่นเดิมอีก

ในทำนองกลับกัน การได้เห็นคุณค่าที่ฝังงายในจิตใจของตน และผลของคุณค่าที่ฝังงายเหล่านี้ทำให้เกิดความ สุขแก่ตนเองและผู้อื่น ยิ่งเพิ่มความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตไปตามครรลองของความดี โดยที่ไม่ต้องมีใครมาบังคับ และไม่ขึ้นกับคำชื่นชมสรรเสริญจากใคร เห็นว่าความดีนี้เป็นสากล เป็นคุณสมบัติของจิตที่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาแล้ว ความดีที่ทำนั้นเพื่อดำรงรักษาความดีให้ดำรงอยู่ ไม่ใช่เพื่อผลตอบแทนตามความละโมภ จึงไม่ต้องผิหวงเสียใจเหมือนเช่นเดิมอีก

ปัญหาความเครียดส่วนใหญ่ของคนเรา เกี่ยวข้องกับเรื่องของ **ความสัมพันธ์** ซึ่งอาจจะเป็นตัวเรากับคนใกล้ชิดคือสามีภรรยา ตัวเรากับเพื่อน ตัวเรากับลูกน้องหรือหัวหน้าและผู้ร่วมงาน หลายครั้งที่ปัญหานั้นถูกกล่าวนำไปสู่ความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท หย่าร้าง การทำลายล้างกัน ทำให้เกิดความทุกข์ทั้งตัวเราและผู้อื่น ความขัดแย้งที่มากขึ้นนำไปสู่ความไม่สงบสุขของสังคมชุมชน ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้ล้วนมาจากสิ่งนี้คือ **การมองผู้อื่นผิดไปจากความเป็นจริง**

เราจึงควรกลับมาทบทวนความสัมพันธ์ที่มีโดยความสัมพันธ์เริ่มแรกที่คนเราควรจะเรียนรู้ได้แก่ **การมีความสัมพันธ์ที่ถูกต้องต่อตัวของเราเอง** คือ การมีความรัก ความเห็นใจ ความอ่อนโยน ความยอมรับด้วยความเข้าใจต่อชีวิตของเราเอง อันได้แก่ ลมหายใจ ร่างกาย อารมณ์ความรู้สึกในใจ ความคิด เงื่อนไขความคิด ซึ่งผู้ฝึกได้เรียนรู้และฝึกต่อเนื่องมาตั้งแต่บทเรียนในสัปดาห์ที่ 1-7 ความรักความเข้าใจตนเองนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่บุคคลจะมีความสัมพันธ์ถูกต้องต่อสิ่งต่าง ๆ เมื่อเขาได้พัฒนาความรักต่อตนเองเพิ่มขึ้นเพียงใด จะพบว่าจิตใจมีความสุขสงบ ความต้องการเรียกร้อง

ความรักจากผู้อื่นจะค่อย ๆ ลดลงจนหมดไป ความรักจะเป็นธรรมชาติภายในที่อิ่มเต็ม และพร้อมที่จะแผ่ขยายไปสู่บุคคลอื่นอย่างเป็นธรรมชาติ

จากกระบวนการฝึกที่ผ่านมาผู้ฝึกรักและเข้าใจตนเองแจ่มชัดเพียงใดก็จะยิ่งรักและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้นเท่านั้น เขาจะสามารถ

1. ถอดถอนอคติที่เคยมีกับคนอื่น
2. ให้อภัยในความผิดพลาดพลั้งเผลอของผู้อื่นที่ต่างมีเช่นเดียวกับตัวเรา
3. เห็นใจและเข้าใจสภาพจิตใจของผู้อื่นมากขึ้นด้วย **การเปิดใจยอมรับ** ความจริงในความรู้สึกนึกคิดของคนอื่น ไม่เหมาะสมเอาตามความเชื่อที่เต็มไปด้วยอคติของตน
4. สายตาที่มองไปยังผู้อื่นเต็มไปด้วยความรักและความเข้าใจ
5. มองเห็นในความดี ความงดงามภายในจิตใจของผู้อื่นที่มีอยู่เช่นเดียวกับเรา ทำให้เกิดความเคารพในชีวิตของผู้อื่น เช่นเดียวกับการเคารพตนเอง

ต่อไปคือ **การดำรงชีวิตด้วยความรักแก่ชีวิตทั้งหลาย** เห็นว่าความรักเป็นแกนสำคัญที่จะช่วยให้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ไม่เบียดเบียนกัน ไม่ข่มเหง ไม่แย่งชิง ไม่ก้าวร้าวล่วงเกินกัน ความรักทำให้เกิดความเข้าใจ ความเคารพ ความเห็นใจ และปรารถนาให้ทุกชีวิตมีความสุข ขณะเดียวกัน ความเข้าใจ ช่วยให้เกิดการยอมรับและรู้จักการละวางในสิ่งต่าง ๆ เพราะเรียนรู้ข้อจำกัด ความไม่เที่ยง ไม่แน่นอน ที่มีเป็นธรรมดาทั้งของตัวเองและผู้อื่น

ความรักในที่นี้มีใช้ความรักแบบลุ่มหลง ยึดติด หน่วงเหนี่ยว คาดหวัง บังคับเอาให้ได้ตามใจตน ความรักนั้นเป็นธรรมชาติของจิตสำนึกขั้นสูงของมนุษย์ คือความปรารถนาดีที่จะให้ทุกชีวิตมีความสุข เป็นสิ่งที่ออกจากจิตใจที่เต็มไปด้วยความรัก และมีทิศทางขยายออกจากตนเองไปสู่ผู้อื่น

ผู้ที่มีจิตสำนึกแห่งความรัก ความเข้าใจ จะมีความสุขสงบในจิตใจและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น ธรรมชาติของความรัก / ความเข้าใจนี้เป็นสัจธรรมที่มีอยู่แล้ว เพียงแต่รอให้มนุษย์ได้พัฒนาจิตใจจนเข้าสู่กระแสของธรรมชาติความดีนี้เท่านั้น ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกขั้นพื้นฐานไปสู่จิตสำนึกขั้นสูงของมนุษย์นั่นเอง

วิธีการ

1. ในสัปดาห์นี้ ให้ผู้ฝึกดำรงชีวิตด้วยทัศนคติที่ยอมรับตนเองในทุกขณะ
ความรู้สึกทางร่างกาย ไม่ว่าความรู้สึกใด เกิดขึ้น....ยอมรับความรู้สึกนั้น
อารมณ์ในจิตใจ ไม่ว่าอารมณ์ใด เกิดขึ้น....ยอมรับอารมณ์นั้น

ความคิด ไม่ว่าความคิดใด เกิดขึ้น....ยอมรับความคิดนั้น

ตลอดจนยอมรับความเป็นตัวเองในภาพรวมที่ดำรงอยู่ในโลกนี้ทุก ๆ ขณะ

2. ให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อตนเอง ไม่ว่าจะทำกิจกรรมใด

- ขณะที่ยืน เดิน นั่งนอน จงทำด้วยความรัก ความเข้าใจ ตนเอง
- เมื่อนั่งสงบอยู่ ให้เฝ้าดูลมหายใจด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ไม่บังคับ ผินกลั่นลมหายใจ แต่ปล่อยให้ลมหายใจดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ
- เมื่อรับประทานอาหาร จงทำด้วยความเอาใจใส่ ดูแลให้อาหารนั้นเป็นประโยชน์ต่อร่างกายเหมือนกับกำลังป้อนอาหารให้คนที่เรารัก
- เมื่ออาบน้ำ ให้มีความใส่ใจในการอาบน้ำ ให้ร่างกายสะอาด สดชื่น
- เวลาที่ร่างกายเจ็บป่วย ไม่สบายที่ส่วนใดก็ตาม ให้ยอมรับ อ่อนโยนต่อตนเอง และดูแลรักษาอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
- เมื่อเกิดอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ในใจ ให้ฝึกระลึกรู้และเฝ้าดูสภาพของอารมณ์นั้นที่เกิดขึ้นด้วยความเอาใจใส่ อ่อนโยนต่ออารมณ์ตนเอง จดมารดาที่ดูแลลูกน้อยอันเป็นที่รัก และสังเกตให้เห็นเงื่อนไขความคิดใด ๆ ที่เป็นเหตุของอารมณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยความรู้สึกยอมรับ ไม่โกรธ ชิงชัง ต่ำหนืดตนเอง แต่พร้อมที่จะเข้าใจตนเอง ยอมรับความผิดพลาดบกพร่องของตนเอง จนจิตใจเต็มเปี่ยมด้วยความรัก /ความเข้าใจ ที่เรามีให้กับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข

3. ในสถานการณ์ใดที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุย การติดต่อธุระ การทำงาน การเลี้ยงลูก การทะเลาะ ฯลฯ ให้ผู้ฝึกคอยสังเกตดูความรู้สึกนึกคิดของตน ว่ามีอารมณ์และความคิดเช่นใดในขณะนั้น

4. ฝึกมองผู้อื่นด้วยความรัก ความสนใจ ความใส่ใจ อาศัยความตั้งใจของเรามองดูให้เห็นความจริงในตัวของเขา มองในภาพรวมทั้งหมดของเขา ไม่เฉพาะเพียงคำพูดบางคำ ท่าทางบางอย่างที่เราไม่พอใจ แต่มองเขาในฐานะของมนุษย์คนหนึ่ง เมื่อเห็นเขาตามความเป็นจริงขึ้นเพียงใด อคติในใจเราจะลดน้อยลงไปเอง

5. ความรักจะเป็นธรรมชาติในการแสดงออกของจิตใจ เริ่มจากความคิด คำพูดและการกระทำ ต่อชีวิตทุกชีวิต รวมทั้งต่อตัวของเราเองด้วย โดยไม่เบียดเบียนให้ร่างกายและจิตใจของตนเองและผู้อื่นเศร้าหมองเป็นทุกข์ เอาใจใส่รักษาดูแลให้ชีวิตตนและผู้อื่นเจริญงอกงาม และมีความสุขเท่าที่จะทำได้

6. ในช่วงสัญญาณจราจรที่ 08.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00 น. ช่วงละ 2-3 นาที และในช่วงเวลา 20.00 น. หรือก่อนนอน 20 นาที ให้ผู้ฝึกนั่งอยู่ในความสงบ ฝ่าอุทมาหาใจความรู้สึกของร่างกาย อารมณ์ ความนึกคิดใดที่เกิดขึ้นด้วย ทักษะของการยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ จนหมดความคิดความรู้สึกต่อต้านความเป็นไปของชีวิต แต่ปล่อยให้พลังชีวิตได้เคลื่อนไหวอย่างอิสระในรูปความรู้สึกที่ ทั่วทั้งร่างกาย ในช่วงท้ายของการฝึกให้ผู้ฝึกระลึกแผ่ความรัก ความปรารถนาดี ให้แก่ชีวิตทั้งหลาย

สมาธิแห่งรัก Love Meditation

- ขอให้ฉันได้จดจำการดำรงอยู่ในปัจจุบันท่ามกลางการนั่ง ลมหายใจเข้าออก ด้วยความสงบ
- ขอให้ฉันได้ฝ่าอุชีวิตความเป็นไปภายในและยอมรับความรู้สึกทั้งหมดที่เกิดขึ้น ด้วยความยินดี
- ขอให้ฉันได้จริงใจและมีความรักต่อตนเองและทั้งมีความเคารพ มองเห็นคุณค่าชีวิตของฉัน
- ขอให้ฉันได้เรียนรู้การให้อภัยแก่ตนเองเพื่อปลดปล่อยความรู้สึกผิดและการมองตนเองต่ำต้อย
- ขอให้ฉันมีกำลังใจ แรงบันดาลใจอย่างไม่มีประมาณเพื่อให้ฉันได้ก้าวพ้นจาก ความเศร้า ความกลัว ความหวาดหวั่น
- ขอให้ฉันมีความเข้าใจ ตระหนักรู้ขีดจำกัดของตนเองเพื่อละวางความคาดหวังกดดันและความวิตกกังวล
- ขอให้ฉันได้มีความเชื่อตรงต่อตนเองเพื่อให้ความคิด คำพูด และการกระทำสอดคล้องกลมกลืน
- ขอให้ฉันเป็นดั่งน้ำพุแห่งความสงบ ความปิติสุขหล่อเลี้ยงจิตใจฉัน พ้นจากความฟุ้งซ่าน กระวนกระวาย
- ขอให้ฉันมีรอยยิ้มและความอ่อนหวานให้กับตนเองเพื่อระลึกถึงความสุข ความร่าเริง และเต็มไปด้วยความอ่อนโยน
- ขอให้ฉันได้เป็นแสงสว่างแก่ตนเองเพื่อส่องสว่างทางแห่งความเข้าใจ ตนและผู้อื่น

- ขอให้ฉันได้บรรลุถึง**ธรรมชาติความรักภายใน**มีความเต็มเปี่ยม และพร้อมให้ความรักแก่ตัวฉันและผู้อื่น และขอให้ความรักและสันติสุขภายในใจนี้จงได้แผ่แบ่งปันไปสู่ทุกชีวิตโดยถ้วนทั่วกัน

***** ขอทุกชีวิตได้พบกับ **ความจริง ความรัก และ สันติสุข** *****

บทสรุป

โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดนี้ คงได้เป็นประโยชน์แก่ทุกคนที่ได้นำไปศึกษาและปฏิบัติ มากน้อยไปตามกำลังความพากเพียร ความตั้งใจของแต่ละคน ซึ่งจะต้องงอกงามขึ้นอย่างแน่นอน ผู้ฝึกจะได้เห็นความเปลี่ยนแปลงตนเองจากภายในทีละน้อย จนความคิด การกระทำ และคำพูดมีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางของความเข้าใจตนเอง และมีความสุขสงบของชีวิต

ชีวิต จะดำเนินท่ามกลางสิ่งต่างๆด้วยการ :

เห็น	ความจริง	ในการรับรู้
มี	สันติสุข	ในการดำรงอยู่
ให้	ความรัก	ในการแสดงออก

ผู้ฝึกจะได้เห็นว่า แท้จริงแล้วความเครียดที่เป็นอยู่ ไม่ว่าจากสาเหตุภายนอกใดๆ ก็ตาม ล้วนมาช่วยสอนและให้โอกาสได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต ไม่ว่าความเครียดที่มากดดันจะรุนแรงเพียงใด เรายังมีกำลังกาย กำลังสติปัญญา กำลังใจเพียงพอที่จะฝ่าดูความทุกข์ในจิตใจด้วยความมีสติและปัญญาหยั่งรู้ว่าแท้จริงความทุกข์นั้นเป็นการแสดงออกของชีวิตภายใต้เงื่อนไขความเคยชินเดิมที่เรายึดถือ และพัฒนาจิตใจให้เติบโตสามารถข้ามพ้นความทุกข์ด้วยความเข้าใจที่แจ่มแจ้ง นอกจากจะได้แก้ไขปัญหาลุล่วงแล้วยังได้รับประโยชน์จากความเครียดนี้ด้วย โดยผ่านกระบวนการสังเกต เรียนรู้ ยอมรับ เข้าใจ และมีความรักให้แก่ตนเอง จากการเข้าใจความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับตนเองนี้ จะนำสู่ความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับผู้อื่นและโลก ดังนั้นการเข้าใจความเครียดจึงเป็นหนทางสู่การเข้าใจชีวิตนั่นเอง

สัปดาห์ที่ 5

คำชี้แจง: กรุณาใส่บันทึกลงในตาราง เมื่อท่านได้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจ ความรู้สึกของร่างกาย อารมณ์ ความนึกคิดใดที่เกิดขึ้นด้วยทัศนคติของการยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ ในช่วงเวลาแห่งความสงบและในช่วงเวลาก่อนเข้านอน ในช่วงสัปดาห์ที่ 5

วัน เวลา	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
8.00 น.							
10.00 น.							
12.00 น.							
14.00 น.							
16.00 น.							
20.00 น.หรือก่อนนอน							

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในสัปดาห์ที่ 5

- ☐ จิตใจฟุ้งซ่านตลอดเวลา
- ☐ จิตใจจดจ่อได้เพียงชั่วขณะแล้วฟุ้งซ่านอีก
- ☐ จิตใจเริ่มสงบได้มากขึ้นแต่ฟุ้งซ่านมากกว่า
- ☐ จิตใจสงบกับฟุ้งซ่านพอ ๆ กัน
- ☐ จิตใจจดจ่อได้ต่อเนื่องขึ้น มีฟุ้งซ่านบ้างเป็นครั้งคราว
- ☐ จิตใจจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย

บันทึกความจำ (สัปดาห์นี้คุณได้เห็นความจริง สันติสุขและความรักเกิดขึ้นแล้วหรือยังคะ?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอาทิตา ปันณานุสรณ์ เกิดวันที่ 26 สิงหาคม 2522 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี เกษศาสตรบัณฑิต จากคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ในปีการศึกษา 2546 และเข้าศึกษา ต่อในหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรง ตำแหน่งเกษตรกรชำนาญการ กลุ่มงานเกษตรกรรม โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี