

Mind-body medicine : การหวนคืนแห่งสัมพันธภาพ ของกายและจิตในเวชปฏิบัติ

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี *

Jiamjarasrangi W. Mind-body medicine: The revival of body and mind connection in medical practice. Chula Med J 2006 May; 50(5): 331 - 45

The concept that the mind is important in the treatment of an illness is integral to the healing approaches of ancient medicine all over the world. With the advent of the Enlightenment of the 18th century and under its mechanistic and reductionistic scientific model, the studies of body and mind in western medicine were separated. This modern scientific biomedicine helped control many infectious diseases that had formerly been major causes of morbidity and mortality. Currently, diseases which are of public health concern in the developed nations are no longer infectious, but chronic and degenerative diseases, such as heart diseases, high blood pressure, cancers, and diabetes. These diseases are inextricably related to psychological, lifestyle, and environmental factors, for which there is no pharmacologic "magic bullet" to cure. However, during the last three decades western medical researches have discovered that some eastern practices such as yoga and meditation are able to regulate physical functions that were once considered beyond the reach of consciousness control, such as electrical activity of the brain, body temperature, heart rate, and blood pressure. This discovery provides them new ways to forestall and heal diseases that had long been considered inevitable consequence of aging:

the “mind-body interventions or mind-body medicine”. This article covers topics related to the “mind-body medicine” including its background, definition, major interventions, possible mechanisms of action, and its utilization and effectiveness in clinical practice.

Keywords : *Mind-body medicine, Mind-body interventions, Mind-body connection.*

Reprint request: Jiamjarasrangi W. Department of Preventive and Social Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 7, 2005.

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ทราบความเป็นมา ความหมาย และประเภทของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine
2. เพื่อให้ทราบกลไกการออกฤทธิ์ของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine
3. เพื่อให้ทราบประโยชน์ในทางเวชปฏิบัติและประสิทธิผลของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยของร่างกายที่มีขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา จนถึงขั้นอาจกล่าวได้ว่าปัจจุบันกำลังมี “การระบาด” ของโรคเหล่านี้อยู่ทั่วโลก ด้วยเหตุที่โรคเหล่านี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดและการดำเนินของโรคอย่างหลากหลาย รวมทั้งปัจจัยด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของบุคคล และสิ่งแวดล้อม จึงยังไม่มีสิ่งทีเรียกว่าเป็น “ยาวิเศษ” สำหรับการป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคอย่างได้ผลดี แต่มีแนวโน้มว่าจะต้องอาศัยมาตรการอย่างหลากหลายทั้งที่ใช่ยาและไม่ใช่ยา เพื่อควบคุมป้องกันโรคตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ⁽¹⁾

การที่นักวิทยาศาสตร์ในประเทศตะวันตกได้ประจักษ์ถึงศักยภาพของ “ภูมิปัญญาตะวันออก” อันมีมาแต่ดั้งเดิม เช่น โยคะและการทำสมาธิ ที่สามารถควบคุมสภาพทางสรีรวิทยาของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่เคยเชื่อว่าจะไม่สามารถควบคุมได้โดยใช้จิตสำนึก (เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นสมอง ระดับฮอร์โมนและ Mediator ต่าง ๆ ในร่างกาย)^(2,3) ทำให้วงวิทยาศาสตร์การแพทย์ในประเทศตะวันตกให้ความสนใจในการศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อที่จะนำภูมิปัญญาเหล่านี้มาใช้ร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพดังกล่าวมากขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วง 40-50 ปีที่ผ่านมา จนเกิดเป็นศาสตร์สาขาใหม่ทีเรียกว่า Mind-body Medicine^(4,5) ซึ่งนอกเหนือจากการควบคุมสภาพทางสรีรวิทยาแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้ ความคิด รวมทั้งทัศนคติต่อชีวิตและโลก อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างถาวรได้ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีพฤติกรรมบำบัดแผนใหม่ใดประสบความสำเร็จในเรื่องนี้อย่างยั่งยืนในระดับที่น่าพอใจ

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรการด้าน Mind-body medicine ที่มีการศึกษาวิจัยและนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง

ต่าง ๆ ในประเทศตะวันตกและประเทศอื่น ๆ โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความเป็นมา ความหมาย และประเภทของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine กลไกการออกฤทธิ์ของ Mind-body medicine ประสิทธิภาพผลของ Mind-body medicine ในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ สรุป วิวิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

ความเป็นมา

การให้ความสำคัญของจิตใจในการรักษาโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ นั้น ถือเป็นแนวคิดหลักที่สำคัญของการแพทย์มาตั้งแต่สมัยโบราณ ทั้งการแพทย์จีน อินเดีย และการแพทย์ของประเทศตะวันตก อย่างไรก็ตาม ในราวคริสต์ศตวรรษที่ 16-17 หรือราว 300 ปีก่อน การแพทย์แผนตะวันตกได้เริ่มมีการแยกองค์ประกอบด้านจิตใจและอารมณ์ออกจากด้านร่างกาย โดยเป็นผลจากการกำหนดทิศทางของวิทยาศาสตร์ขึ้นใหม่ในยุค Renaissance หรือ Enlightenment era และการพัฒนาขึ้นของกระบวนการที่เรียกว่า Reductionistic movement ซึ่งส่งผลให้วงการแพทย์ได้มีการแยกศึกษาระบบอวัยวะเป็นส่วน ๆ เพื่อที่จะทำความเข้าใจกลไกและเหตุผลของการทำงานของร่างกายในช่วง 200 ปีหลัง ทำให้วงการแพทย์ก้าวหน้าอย่างมาก และดำเนินไปสู่การแยกเป็นส่วนย่อยและความชำนาญเฉพาะส่วนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ระบบประสาทถูกมองว่าเป็นอวัยวะที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกายเท่านั้น ส่วนเรื่องของจิตเจ้านั้นเกือบถูกละเลยโดยสิ้นเชิง ยกเว้นในวงการจิตเวชศาสตร์เท่านั้น⁽⁶⁾

ในระยะต่อมา ความสำคัญของจิตใจต่อร่างกายได้รับความสนใจอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้ด้วยเหตุการณ์หลาย ๆ เหตุการณ์ประกอบกันดังนี้ คือ

ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 โดยในราวปีคริสต์ศักราช 1920 นักวิทยาศาสตร์ชื่อ Walter Cannon ได้ค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการตอบสนองทาง Neuroendocrine ในสัตว์ทดลองและได้ตั้งชื่อปรากฏการณ์อันหนึ่งขึ้นมาว่า “สู้” หรือ “หนี” (“Fight or flight”) โดยอธิบายว่าปรากฏการณ์นี้เป็นการตอบสนอง

แบบปฐมภูมิ (Primitive reflex) ของระบบประสาท Sympathetic หรือเป็นภาวะ Adrenal activation ของร่างกายที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่ออันตรายหรือความบีบคั้นทางสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ (เช่น ความร้อน ความเย็น เป็นต้น)⁽⁷⁾ ซึ่งต่อมานักวิทยาศาสตร์ชื่อ Hans Selye ได้ศึกษาเพิ่มเติม และพบว่าความเครียดหรือความบีบคั้นนี้มีผลกระทบและเป็นอันตรายต่อสุขภาพหากดำเนินไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากในภาวะดังกล่าวร่างกายจะมีปรากฏการณ์ "Fight or flight" อย่างต่อเนื่อง อันจะก่อให้เกิดโรคได้โดยตรง หรือมีส่วนร่วมในการทำให้โรคมักมีการพัฒนารุนแรงขึ้น ทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง⁽⁸⁾

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 มีสิ่งที่เข้ามาเสริมซ้ำให้เห็นความสำคัญหรืออิทธิพลของจิตใจหรือความเชื่อต่อการรักษาพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง บนชายหาด Anzio ประเทศอิตาลี ซึ่งกำลังมีการรักษาพยาบาลทหารที่บาดเจ็บจากสงคราม เนื่องจากมอร์ฟีนที่ใช้ระงับอาการปวดหมดสต็อก นายแพทย์ Henry Beecher จึงใช้น้ำเกลือ (Normal saline) ฉีดให้ทหารที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อระงับอาการปวดแทนและพบว่าได้ผลดีมากระดับหนึ่ง เขาได้ตั้งชื่อปรากฏการณ์นี้ว่า "Placebo effect" การศึกษาวิจัยในเวลาต่อมาของเขาแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของวิธีการรักษาใด ๆ ก็ตาม เป็นผลมาจากความเชื่อของผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างน้อยร้อยละ 35⁽⁹⁾

ราวกลางทศวรรษที่ 1970 นักจิตวิทยาชื่อ Robert Ader และนักอิมมูโนวิทยาชื่อ Nicholas Cohen ได้ทำการทดลองที่สำคัญเลียนแบบ Conditioning experiment ของ Ivan Pavlov (การทดลองที่ทำให้สุนัขน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งทั้ง ๆ ที่ไม่มีอาหารมาให้) เพื่อที่จะสอนให้หนูทดลองตอบสนองในทางลบต่อน้ำตาลละลายน้ำตาลซัคคาริน (หรือ Saccharin ซึ่งไม่มีอันตรายใด ๆ ต่อร่างกาย) โดยพวกเขาได้ฉีดยา Cyclophosphamide (ซึ่งเป็นยากดภูมิคุ้มกันชนิดหนึ่ง) พร้อม ๆ กับให้หนูดื่ม น้ำตาลละลายน้ำตาลซัคคาริน ยา Cyclophosphamide นี้จะทำให้หนูคลื่นไส้ทุกครั้งที่ได้รับน้ำนี้ จนทำให้หนูเชื่อมโยงอาการคลื่นไส้กับการดื่ม น้ำตาลละลายน้ำตาลซัคคาริน

ครั้งต่อ ๆ มาเมื่อหนูดื่ม น้ำตาลละลายน้ำตาลซัคคาริน ก็จะมีอาการคลื่นไส้แม้ว่านักวิทยาศาสตร์จะไม่ได้ฉีดยา Cyclophosphamide ให้แก่หนู แต่ที่น่าประหลาดใจคือหนูที่ดื่มเฉพาะ น้ำตาลละลายน้ำตาลซัคคารินโดยไม่ถูกฉีดยา Cyclophosphamide เหล่านี้กลับมีภูมิคุ้มกันลดลงด้วย ซึ่งทำให้หนูป่วยและตายในที่สุด การทดลองนี้จึงเป็นการยืนยันอีกครั้งหนึ่งว่าความเครียดหรือสภาพทางจิตมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพได้ การทดลองนี้ถือได้ว่าเป็นจุดกำเนิดของศาสตร์สาขาใหม่ที่เรียกว่า Psychoneuroimmunology หรือ Psychoneuroendocrinology ในระยะต่อมา⁽¹⁰⁾

การแพทย์แผนปัจจุบันที่อยู่บนรากฐานของ Mechanistic หรือ Reductionistic scientific model นี้ประสบความสำเร็จอย่างมากในการรักษาและขจัด การระบาดของโรคติดเชื้อในศตวรรษที่ 18 เช่น ไข้ทรพิษ วัณโรค และอหิวาตกโรค เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโรคติดเชื้อมิได้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุดในประเทศที่พัฒนาแล้วอีกต่อไป แต่กลับเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งยังไม่มียาวิเศษใดที่จะมารักษาให้หายได้ เจกเซนยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโรคติดเชื้ออย่างได้ผลดีในอดีต และมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่าโรคและความเจ็บป่วยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับจิตใจ ลีลาชีวิตและสิ่งแวดล้อมอย่างลึกซึ้ง⁽¹⁾

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความสนใจเกี่ยวกับ Mind-body medicine ได้เริ่มขึ้นในราวปี คริสต์ศักราช 1960 การตื่นตัวนี้เกิดขึ้นร่วมกับกระแสความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine) โดยนักวิทยาศาสตร์ในประเทศตะวันตกได้ค้นพบศักยภาพของการแพทย์และการปฏิบัติ "แผนตะวันออก" บางอย่างในการควบคุมระบบการทำงานของร่างกาย ซึ่งก่อนหน้านี้เคยเชื่อว่าไม่สามารถควบคุมได้โดยการใช้จิตสำนึกดังกล่าวข้างต้น ด้วยการนำการแพทย์แผนตะวันออกมาผสม

ผลสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันนี้เอง ทำให้หันกลับมาพิจารณาวิธีการที่อาจนำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคและปัญหาสุขภาพเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น ซึ่งก่อนหน้านี้เชื่อว่าเป็นผลที่หลีกเลี่ยงมิได้อันสืบเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น^(1,4,5)

ความหมายของ Mind-body medicine

The US. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ได้จัดการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 กลุ่ม โดยจัด Mind-body medicine เป็นกลุ่มที่ 2 และให้คำจำกัดความของคำว่า Mind-body medicine ดังนี้⁽⁶⁾

Mind-body medicine หรือ Mind-body interventions หมายถึง กลุ่มของมาตรการที่มีการใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างหลากหลาย ในการที่จะเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจให้บังเกิดผลในทางบวกต่อการทำงานของร่างกายหรืออาการต่าง ๆ ของโรค โดยเป็นการแพทย์ที่มุ่งสนใจถึง (ก) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม และ (ข) ความทรงศักยภาพของอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และพฤติกรรมในการส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หลักแนวคิดรากฐานของการแพทย์ด้านนี้คือการตระหนักและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการที่จะรู้จักและดูแลตนเอง โดยมองว่าการเจ็บป่วยมิใช่เป็นเพียงความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่การเติบโตพัฒนาและการยกระดับจิตใจของตนเอง โดยมีบุคลากรการแพทย์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นและแนะนำ ดังนั้นเทคนิคการรักษาใด ๆ ก็ตามที่น่านำมาใช้ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้เกิดการรู้จัก ความเข้าใจ และการดูแลตนเอง

ในจำนวนการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกทั้ง 5 กลุ่ม พบว่า Mind-body medicine เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาวิจัยและมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนมากที่สุด และจัดอยู่ในกลุ่มของการแพทย์ผสมผสาน (Complementary หรือ Integrative medicine) มากกว่าการแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine)

เนื่องจากมักจะนำไปใช้ในการรักษาโดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽¹⁾

ประเภทที่สำคัญของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine

การทำสมาธิ (Meditation)

เป็นการเพ่งความสนใจหรือความรับรู้อย่างตั้งใจและต่อเนื่อง ไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่งภายในหรือภายนอกตัวบุคคล การทำสมาธิแตกต่างจากมาตรการอื่นตรงที่การฝึกปฏิบัติมักมีเรื่องของลัทธิศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย คือเป็นการพัฒนาจิต การยกระดับความดีงามของบุคคล หรือการนำไปสู่การเข้าถึงความรู้อย่างหรือสัจธรรม อย่างไรก็ตามมีการกล่าวหาว่าสามารถนำการทำสมาธิมาใช้ในทางการแพทย์โดยไม่ขึ้นกับภูมิหลังทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย การทำสมาธิที่นำมาใช้บ่อยมี 2 แบบ คือ (ก) การท่องหรือบริกรรมคำหรือวลีหนึ่ง ๆ ซ้ำ ๆ (Transcendental meditation; TM) และ (ข) การเฝ้าติดตามดูความคิด อารมณ์ ความรู้สึก หรือการรับรู้ เป็นต้น ในแต่ละขณะอย่างมีสติต่อเนื่องโดยไม่ตัดสินความถูกผิดของสิ่งนั้น ๆ (Mindfulness)⁽⁴⁾

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique)

เป็นการฝึกปฏิบัติให้เกิดภาวะผ่อนคลาย (Relaxation) หรือลดการตื่นตัว (Hypoarousal) ของ Psychophysiological state สิ่งที่เป็นเป้าหมายของการผ่อนคลาย อาจเป็น (ก) ความตึงของกล้ามเนื้อ (เช่นกรณีของ Progressive muscle relaxation ซึ่งผู้ฝึกจะบังคับให้กล้ามเนื้อเกร็งและคลายสลับกัน) หรือ (ข) ภาวะ Metabolism หรือ Sympathetic arousal ซึ่งเทคนิคที่สำคัญในกรณีหลังนี้คือ Benson's relaxation response^(2,11)

Autogenic training

เป็นการใช้วลีง่าย ๆ ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น วลี "ขาของฉันอุ่นและหนัก" เพื่อเพิ่มปริมาณโลหิตที่ไปเลี้ยงบริเวณขา อันจะทำให้เกิดภาวะผ่อนคลายตามมา การปฏิบัติจะเป็น

ลำดับตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าโดยการหายใจลึกและการทอ้งวลีซ้ำ ๆ หลังจากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วก็มุ่งสนใจยังส่วนของร่างกายที่ยังมีความตึงเครียดอยู่พร้อม ๆ กับหายใจลึกและทอ้งวลีซ้ำ ๆ สำหรับร่างกายส่วนนั้น⁽¹²⁾

โยคะ (Yoga)

เป็นการสร้างความสมดุลของร่างกาย-จิตใจและจิตวิญญาณ โดยรวมให้เป็นหนึ่งเดียว การฝึกโยคะประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ การหายใจหรือลมปราณ (Pranayama yoga) การออกกำลังกายหรือการฝึกท่าโยคะ หรืออาสนะ (Hatha yoga) และการทำสมาธิ การฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น และจิตใจผ่อนคลาย⁽¹³⁾

ไทเก๊ก (Tai chi)

เป็นศิลปะการต่อสู้สมัยโบราณของจีนที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ และสง่างาม ร่วมกับการทำสมาธิและการหายใจอย่างสอดคล้องเหมาะสมไปพร้อม ๆ กัน เพื่อทำให้เกิดความสมดุลระหว่างกายและใจ⁽¹⁴⁾

ชีกง (Qigong)

เป็นการปฏิบัติแผนจีนสมัยปัจจุบันที่มีการใช้การเคลื่อนไหว การทำสมาธิ และการหายใจอย่างควบคุมเพื่อทำให้เกิดความสมดุลของพลังชีวิตของร่างกายที่เรียกว่า ชี⁽¹⁵⁾

การสะกดจิต (Hypnosis)

เป็นการเหนี่ยวนำโดยผู้สะกดจิต ให้บุคคลเกิดภาวะที่มุ่งสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งพร้อม ๆ กับการลดหรือหยุดการรับรู้สิ่งภายนอกอื่น ๆ จึงมีลักษณะคล้ายกับการหลับ โดยเชื่อว่าภาวะนี้จะทำให้บุคคลไม่มีความคิดต่อต้านต่อคำแนะนำหรือชักจูงโดยผู้สะกดจิต โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ (1) Absorption หรือการสนใจ/หมกมุ่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเข้มข้น (2)

Dissociation ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลได้รับหรือประสบกับบางสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติสัมปชัญญะ แต่เกิดขึ้นในช่วงที่ไม่รู้ตัวทั้งนี้เพราะกำลังหมกมุ่นอยู่กับสิ่งอื่น (3) Suggestibility เป็นระยะที่บุคคลมีแนวโน้มจะยอมรับการชี้แนะหรือชักจูงได้ง่ายขึ้น เนื่องจากไม่มีความคิดวิพากษ์วิจารณ์หรือต่อต้าน⁽¹⁶⁾

จินตภาพภายใต้การชี้นำ (Guided imagery)

เป็นการนึกหรือสร้างภาพต่าง ๆ ขึ้นในจิตใจ (โดยการคิดขึ้นเองหรือโดยการชี้นำของผู้ฝึกสอน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการผ่อนคลายของ Psychophysiological state หรือเพื่อให้เกิดผลที่จำเพาะบางอย่างในใจ (เช่น มองเห็นระบบภูมิคุ้มกันของตนเอง กำลังทำลายเซลล์มะเร็ง หรือมองเห็นภาพตนเองมีสุขภาพแข็งแรง หรือการสำรวจจิตใจสำนึกของตนเอง เป็นต้น)⁽¹⁷⁾

Biofeedback

เป็นการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือมาขยายกระบวนการทางสรีรวิทยา (เช่น ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ) ซึ่งโดยปกติเป็นสิ่งที่รับรู้ได้ยากให้อยู่ในรูปของสัญญาณภาพหรือเสียงที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ โดยบุคคลจะได้รับการแนะนำให้เปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยาของตนเอง (โดยดูการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณภาพหรือเสียง) โดยใช้ Relaxation technique หรือ Guided imagery ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถใช้จิตสำนึกในการควบคุมสิ่งที่โดยทั่วไปอยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตสำนึกได้⁽¹⁸⁾

Cognitive behavioral therapy

เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือกระบวนการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความโกรธ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความไม่สบายใจอื่น ๆ อันเป็นผลจากความคิดที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่เหมาะสม^(19,20)

Psychoeducational approach

เป็นการผสมผสานมาตรการต่าง ๆ ข้างต้นเข้ากับการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย (เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การรักษาที่เหมาะสม การดูแลตนเอง และการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษา)^(21,22)

ศรัทธาและการสวดภาวนา (Faith and Prayer)

เป็นศาสนิกหรือพิธีกรรมทางศาสนาที่ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร(สวดมนต์ ระลึกถึง อ้อนวอน หรือสรรเสริญคุณความดี) กับ “สิ่งอันเป็นสัมบูรณ์” (พระเจ้า เทพเจ้า ศาสดา หรือสิ่งอันเป็นที่เคารพสักการะอื่น ๆ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับจิตใจ เพิ่มความสูงส่ง เพิ่มพลังหรือกำลังใจของบุคคล⁽²³⁾

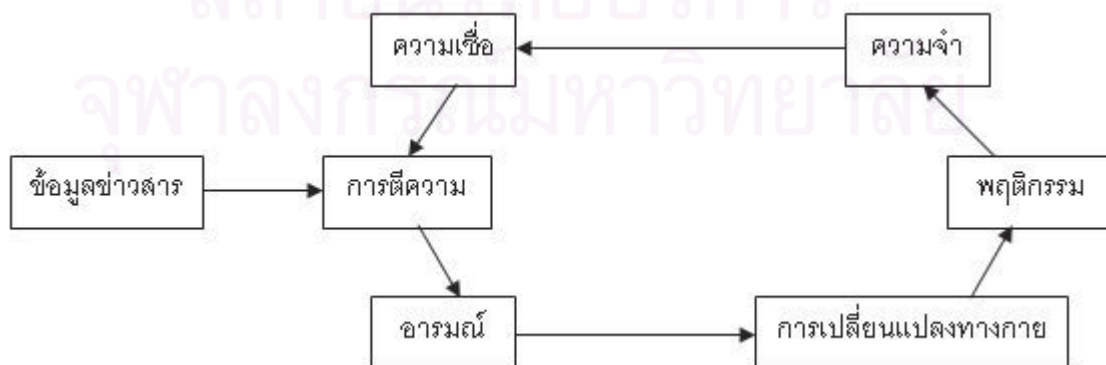
กลไกการออกฤทธิ์ของ Mind-body medicine

กลไกที่วิธีการด้าน Mind-body medicine มีผลในด้าน การดูแลสุขภาพและการรักษาโรค อาจสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ Psychoneuroendocrinology, The Infomedical Cycle และ The Placebo Response ได้ดังนี้⁽²⁴⁾

Psychoneuroendocrinology (PNEI) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับความเกี่ยวพันระหว่างจิตใจและร่างกายว่า ความคิดจิตใจและสิ่งที่เกิดขึ้นใน

ระบบประสาทส่วนกลางสามารถมีผลหรืออิทธิพลต่อร่างกายได้โดยผ่านทางติดต่อสื่อสารอันละเอียดซับซ้อนระหว่างระบบประสาทส่วนกลางและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทางติดต่อสื่อสารนี้มีทั้งที่จัดอยู่ในระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบต่อมไร้ท่อ และมีใช้เป็นทางติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว แต่เป็นการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง อันหมายถึงว่า การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติใด ๆ ทางร่างกายก็สามารถมีผลต่อจิตใจและระบบประสาทส่วนกลางได้เช่นเดียวกัน^(10,25-28)

The Infomedical Cycle มีสมมติฐานว่า ความเชื่อ การตีความหมายสภาพแวดล้อม อารมณ์ การตอบสนองทางกาย พฤติกรรม และความจำ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันเป็นห่วงโซ่อย่างใกล้ชิด (รูปที่ 1) ซึ่งหากมีกิจกรรมที่จุดใดจุดหนึ่งของห่วงโซ่นี้จะมีผลสะท้อนต่อทั้งระบบโดยรวม ดังนั้นกิจกรรมทั้งทางบวกและทางลบที่ส่วนใดส่วนหนึ่งในห่วงโซ่นี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ สิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับ The Infomedical Cycle ก็คือการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งสามารถมีผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การบำบัดรักษาสามารถกระทำได้โดยการปรับแก้ไขที่ส่วนใดส่วนหนึ่งในวงจรนี้ เช่น การสอนให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการออกกำลังกายหรือการให้ยาเป็นต้น⁽²⁹⁾



รูปที่ 1. The infomedical cycle

The Placebo response หรือ Placebo effect เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อความเชื่อของผู้ป่วยต่อวิธีการรักษาและ/หรือต่อแพทย์ผู้รักษา มีผลให้ผลการรักษาที่เกิดขึ้นจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่าผลที่เกิดจากวิธีหรือมาตรการรักษานั้น ๆ ตามลำพัง ซึ่งถือเป็นตัวอย่างที่ดีมากเกี่ยวกับ PNEI และการทำงานของ The Infomedical Cycle โดยทั่วไป Placebo response นี้มีส่วนต่อผลการรักษาถึงร้อยละ 30 และอาจจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 70 สำหรับการรักษาโรคบางชนิดหากแพทย์มีความเชื่อในผลการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย ในขณะที่นักวิจัยส่วนมากมองว่า Placebo response เป็นสิ่งรบกวนการศึกษาวินิจฉัยที่ต้องควบคุมหรือกำจัด แต่ในทางเวชปฏิบัติอาจมองอีกแง่หนึ่งว่า Placebo response เป็นเครื่องมืออันทรงพลังในการรักษาตนเองของร่างกาย ดังนั้นแพทย์ที่ดีจะต้องคำนึงถึงและพยายามสร้างสภาพการณ์บางอย่างขึ้นในระหว่างให้การรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิด Placebo effect มากที่สุด⁽²⁴⁾

ประสิทธิผลของ Mind-body medicine

จากผลการทบทวนข้อมูลการวิจัย (Systematic review และ Meta-analysis) โดย John A. Astin รายงานว่ามีหลักฐานอย่างชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลด้านการบำบัดรักษาของมาตรการกลุ่ม Mind-body medicine เมื่อใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติดังนี้^(1,4)

กลุ่มโรคที่มีข้อมูลผลการศึกษาวินิจฉัยแบบ Randomized controlled trial และ/หรือ Systematic review จำนวนมาก ยืนยันสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าสามารถบำบัดรักษาอย่างได้ผลดีด้วยมาตรการกลุ่ม Mind-body medicine ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ (เช่น การฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตายแบบเฉียบพลัน)^(30,31) การปวดศีรษะ^(32,33) การนอนไม่หลับ⁽³⁴⁾ การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่^(35,36,37) การปวดหลังอย่างเรื้อรัง⁽³⁸⁾ การรักษาอาการจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง^(39,40,41) และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด^(42,43)

โรคที่มีหลักฐานสนับสนุนในระดับปานกลางเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบ^(44,45) และโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾

ส่วนกลุ่มโรคที่ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ ในการสนับสนุนประสิทธิผลด้านการบำบัดรักษาของมาตรการกลุ่มนี้ ประกอบด้วย โรคภูมิแพ้⁽⁴⁹⁾ โรคหืด⁽⁵⁰⁻⁵²⁾ โรคผิวหนัง⁽⁵³⁾ โรคเบาหวาน⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ โรคเอดส์^(57,58) โรค Irritable bowel syndrome⁽⁵⁹⁻⁶²⁾ การฟื้นฟูสภาพหลังการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁶³⁾ โรคกระเพาะอาหาร⁽⁶⁴⁾ โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง⁽⁶⁵⁾ ภาวะมีเสียงดังในหู (Tinnitus)⁽⁶⁶⁾ และการดูแลสภาพมารดาและทารกขณะคลอด⁽⁶⁷⁾

ผลข้างเคียงของ Mind-body medicine

โดยทั่วไปพบว่ามาตรการด้าน Mind-body medicine มีผลข้างเคียงต่ำ ผลข้างเคียงบางประเภทเป็นสิ่งที่คาดได้ล่วงหน้าและสามารถใช้ประโยชน์ในทางการรักษาได้ เช่น การรับรู้ความตึงเครียดทางกายและทางจิต หรือความบีบคั้นที่เกิดขึ้นขณะทำสมาธิหรือฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นสิ่งที่ช่วยสอนให้บุคคลเรียนรู้การจัดการกับความบีบคั้นในชีวิตได้ดีขึ้น^(1,4)

สรุปและวิจารณ์: “Mind-body medicine” และ “ธรรมโอสถ”

แม้ว่ามาตรการด้าน Mind-body medicine จะมีอยู่หลากหลายวิธี แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด จะพบว่าแต่ละวิธีจะมีการทำสมาธิหรือการทำใจให้สงบเป็นส่วนประกอบที่สำคัญหรือที่แทรกอยู่เกือบทั้งหมด ซึ่งหากเปรียบเทียบการทำสมาธิตามหลักพุทธศาสนาก็จัดได้ว่าอยู่ในวงของสิ่งที่เรียกว่าการทำสมาธิ 40 แบบ หรือ “กรรมฐาน 40” ทั้งหมด^(68,69)

การนำการทำสมาธิซึ่งถือเป็นพิธีกรรมทางศาสนา มาใช้ในการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคนั้น มีหลักฐานแทรกให้เห็นอยู่ในคัมภีร์หรือตำราทางพุทธศาสนา มาตั้งแต่ยุคเริ่มแรกของพระศาสนาแล้ว ดังปรากฏคำว่า “ธรรมโอสถ” หรือการใช้ธรรมะเป็นยา สำหรับในยุค

ปัจจุบันก็มีหลักฐานบันทึกไว้เช่นเดียวกันตัวอย่างหนึ่งก็คือหนังสือคู่มือบรรเทาทุกข์ของพระอาจารย์ลี ธมฺมธโร (ปีพุทธศักราช 2449-2504) อดีตเจ้าอาวาสวัดโศการาม จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งกล่าวว่า สมุฏฐานของโรคที่เกิดขึ้นในร่างกายมนุษย์มีอยู่ 2 ทาง คือ⁽⁷⁰⁾

ก. ธาตุสมุฏฐาน คือความแปรปรวนของธาตุทั้งหลาย 5 อย่าง อันประกอบด้วยธาตุดิน (สิ่งที่ขุ่นแข็งในร่างกาย เช่น กระดูกและเนื้อหนัง เป็นต้น) ธาตุน้ำ (มีน้ำลาย น้ำมูก และน้ำเลือด เป็นต้น) ธาตุลม (สิ่งที่พัดไปมาในร่างกาย มีลมหายใจ เป็นต้น) ธาตุไฟ (ความอบอุ่นซึ่งมีอยู่ในร่างกาย) และอากาศธาตุ (ช่องว่างซึ่งมีอยู่ในอวัยวะสำหรับถ่ายส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เชื่อมกัน เช่น ช่องหู ช่องตา ช่องจมูก ช่องปาก และอวัยวะส่วนอื่น เช่น ขุมขน) เมื่อสิ่งเหล่านี้เกิดความไม่สมดุล ไม่พอเหมาะพอดีในระหว่างกันและกันจึงเป็นเหตุให้เกิดโรคขึ้น

ข. กรรมสมุฏฐาน คือ โรคเกิดขึ้นจากกรรมจิตได้แก่การนึกคิดไปในอารมณ์ต่าง ๆ อันเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา คิดนึกมากเข้าเป็นเหตุให้เสียกำลังใจ หากเข้าก็จะเกิดโรคขึ้นได้ชนิดหนึ่ง (จิตแปรปรวน) ท่านได้แนะวิธีการแก้ไขพยาบาลว่ามี 2 ทาง ขึ้นอยู่กับสมุฏฐานของโรค ดังนี้

1. เกสัชกรรม ได้แก่การประกอบยาขึ้นด้วยธาตุต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับโรคที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

2. ธรรมโอสถ อาศัยการปรับปรุงตนเองควรทำใจของตนให้ร่มไปในอารมณ์ที่ดีเป็นบุญเป็นกุศล เป็นต้นว่า ตั้งสัตย์บนบานสร้างความคิดดีที่เกิดขึ้นโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ทำบุญใส่บาตร บวชบำเพ็ญศีล สร้างพระพุทธรูป หรือตั้งใจสวดมนต์ภาวนา เพื่อเป็นเจตนารมณ์ที่ดีในดวงจิตทำให้ใจเบิกบาน เป็นการสร้างพลังให้มีขึ้นในตน ก็จะสามารถระงับโรคได้ทางหนึ่ง

ซึ่งท่านได้อธิบายอีกนัยหนึ่งว่า ผู้ป่วยควรสำรวจตนเองว่าโรคมีสมุฏฐานอย่างไร หากไม่ทราบก็ควรแสวงหาผู้ที่สามารถให้คำแนะนำได้ หากเป็นโรคที่ควรรักษาด้วยยา ก็ควรพบแพทย์ เมื่อแพทย์แนะนำประการใด ผู้ป่วยมีหน้าที่พึงจะรักษา 2 ทาง คือ

ก. ปฏิบัติตามระเบียบ กฎเกณฑ์ของนายแพทย์ที่ตั้งไว้ว่าเป็นความดี

ข. ยกร่างกายให้แพทย์เป็นผู้ออกความคิดเห็นเรื่องตายและหายเป็นหน้าที่ของแพทย์ ผู้ป่วยไม่ควรกังวลหน้าที่อย่างเดียวของผู้ป่วย คือ รักษาใจของตนให้ร่มรื่นไปในใจที่ดีที่ชอบ เพื่อสร้างพลังงานของดวงจิตให้เข้มแข็ง เพื่อช่วยเหลือแพทย์ผู้พยาบาล หากทั้งแพทย์และผู้ช่วยต่างช่วยเหลือกันได้เช่นนี้ ก็เป็นเหตุให้ความทุกข์ที่เป็นอยู่คลี่คลายไปได้ ถึงแม้จะตายก็ไม่เสียที่เนื่องจากยังมีความดีติดตนไปด้วย

สำหรับแพทย์ควรทราบว่าโรคเกิดขึ้นจากสมุฏฐานใด หากทราบว่าเกิดจากธาตุสมุฏฐาน ก็จะต้องประกอบยาให้ถูกต้อง แต่หากเป็นกรรมสมุฏฐาน ก็ควรใช้วิธีการอย่างอื่นเพื่อเป็นการบำรุงดวงจิตของผู้ป่วย เช่น แสดงมารยาท อภัยด้วย ให้เป็นที่พอใจของผู้ป่วย หรือแนะนำให้ดักบาตร สวดมนต์ บวชบำเพ็ญศีล เพื่อเป็นการน้อมน้ำใจของผู้ป่วยไปในทางที่ชอบ อันเรียกได้ว่าเป็นธรรมโอสถ

จากแนวคิดด้านสมุฏฐานของโรคและแนวทางการรักษาที่เสนอโดยพระอาจารย์ลี ธมฺมธโร ดังกล่าวข้างต้น คือการร่วมกันรักษาระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยแพทย์รักษาทางร่างกายและผู้ป่วยรักษาทางจิตใจ สอดคล้องกับการจัด Mind-body medicine อยู่ในกลุ่มการแพทย์ผสมผสาน (Complementary medicine) ซึ่งหมายถึงการใช้มาตรการด้านนี้รวมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีได้ใช้มาตรการด้านนี้ตามลำพังหรือเป็นทางเลือกต่างหาก ซึ่งจัดเป็นกลุ่มการแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine)

สำหรับกลไกที่ความคิดจิตใจมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งนักวิทยาศาสตร์อธิบายด้วยปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “Fight” or “Flight” phenomenon และ Psychoneuroendocrinology (PNEI) นั้น พระอาจารย์ลี ธมฺมธโรอธิบายด้วยสิ่งที่เรียกว่า “กรรมจิต” ดังนี้⁽⁷⁰⁾

“.....บางคราวเกิดขึ้นจากจิตที่เป็นกรรมใหม่ ๆ ซึ่งเราได้สร้างขึ้นในใจตนเอง เรียกว่า กรรมจิต เช่น โกรธ ถึงขนาด เกลียดถึงขนาด รักถึงขนาด ฟุ้งซ่านถึงขนาด จิต ดันรนเต็มที่แล้วมลทินที่ห่อหุ้มอยู่ในใจก็จะกระเด็นออกมา แล้วคลุกเคล้ากับธาตุต่าง ๆ มีโลหิตเป็นต้น แล้วแล่นไปในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้อ่อนเพลีย เมื่อโลหิต ก้อนนั้นไปหยุดในส่วนใดของร่างกาย ก็จะเป็นโรคขึ้นใน ที่นั้น ๆ ใจก็ขุ่นมัว ธาตุก็ขุ่นมัว อย่างน้อยก็ไม่สบาย ต้อง รับประทานอาหารเสียโดยเร็ว มิฉะนั้นจะเป็นโรคได้ ดังอุปมา จิตเหมือนปลาอยู่ในปลักหรือแอ่ง เมื่อคนไปกวณ ปลาต้อง ดันรนแล่นไปมา น้ำคาวหรือเมือกที่เกาะอยู่ในตัวของมัน ก็ จะหลุดลอยออกมา น้ำนั้นก็ขุ่น ตะกอนก็ฟุ้งขึ้นมา ตาปลา ก็มืด นานเข้า น้ำคาวปลา ก็เกาะละอองน้ำ แล้ว ก็ กลายเป็นกำเนิดของสัตว์ได้ชนิดหนึ่ง มากเข้าก็จะทำให้น้ำ ในที่นั้นใสโคกรใช้การไม่ได้เลย เหตุนี้เมื่อสิ่งเหล่านี้เกิด ขึ้นเต็มทีของมัน อำนาจแห่งกรรมจิตอันนั้น ก็สามารถที่ จะถูกลามให้เกิดโรคทางร่างกายได้อีกทางหนึ่ง ถ้าโรคใน ร่างกายก็กำเริบและโรคในดวงจิตก็กำเริบ เมื่อเป็นเช่นนี้ ก็รักษายาก ถึงจะรักษาง่ายก็หายช้า”

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการนำมาตรการ หรือองค์ความรู้ด้าน Mind-body medicine มาใช้ในการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกระดับ(ระดับปฐมภูมิ ทุกติญภูมิ และตติญภูมิ) ทั้งในชุมชนและในสถานบริการ สุขภาพ อันจะทำให้ประชากรของประเทศทั้งผู้ที่มีสุขภาพ ดีและผู้เจ็บป่วยได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อย่างสอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของประเทศ และเป็น การสร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดหรือ มีส่วนร่วมในการรักษาตนเองมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายไม่สูง มาก และสามารถใช้ในการดำรงควมมีสุขภาพดีของ ตนเองได้ด้วย

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผล ของมาตรการด้าน Mind-body ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของมนุษย์ในด้านที่ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการอย่าง ชัดเจน โดยให้รูปแบบการวิจัยที่เอื้ออำนวยต่อการศึกษ ประสิทธิภาพของมาตรการด้านนี้ (เช่น Cohort study หรือ Multi-level ecological study) ซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนมากอันอาจเป็นข้อจำกัดให้มีอาจดำเนินการศึกษา วิจัยได้ในประเทศตะวันตก แต่สามารถดำเนินการได้ใน ประเทศไทยเนื่องจากมีประชากรส่วนหนึ่งปฏิบัติมาตรการ เหล่านี้ (เช่น การทำสมาธิ)เป็นประจำอยู่แล้ว ทั้งนี้เพื่อให้ ได้มาซึ่งหลักฐานทางวิชาการที่หนักแน่นชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศในวงกว้างยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุน จากเครือข่ายวิจัยสุขภาพ ฝ่ายสวัสดิภาพสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิ สาธารณสุขแห่งชาติ ตามสัญญาเลขที่ PDG4830210

อ้างอิง

1. Pelletier KR. Mind-body medicine in ambulatory care: an evidence-based assessment. J Ambul Care Manage 2004 Jan-Mar;27(1): 25-42
2. Benson H, Klipper MZ. The Relaxation Response. New York: William Morrow, 1975
3. Goleman DJ, Schwartz GE. Meditation as an intervention in stress reactivity. J Consult Clin Psychol 1976 Jun;44(3):456-66
4. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine: state of the science,

- implications for practice. *J Am Board Fam Pract* 2003 Mar-Apr;16(2):131-47
5. Berman BM, Singh BK, Lao L, Singh BB, Ferentz KS, Hartnoll SM. Physicians' attitudes toward complementary or alternative medicine: a regional survey. *J Am Board Fam Pract* 1995 Sep-Oct;8(5):361-6
 6. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Mind-body medicine: an overview [online]. Bethesda, Maryland: NCCAM, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2004 [cited 2005 Jun 27]. Available from: URL: <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>
 7. Cannon WB. *The Wisdom of the Body*. New York: Norton, 1932
 8. Selye H. *The Stress of Life*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978
 9. Beecher H. *Measurement of Subjective Responses*. New York: Oxford University Press, 1959
 10. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science* 1982 Mar; 215(4539):1534-6
 11. Hellman CJ, Budd M, Borysenko J, McClelland DC, Benson H. A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. *Behav Med* 1990 Winter;16(4): 165-73
 12. Greenberg JS. Autogenic training and imagery. In: Greenberg JS. *Comprehensive Stress Management*. 6th ed. Boston, MA: McGraw-Hill, 1999:161-71
 13. Fontaine KL. Yoga. In: Fontaine KL, ed. *Healing Practices: Alternative Therapies for Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000: 245-57
 14. Castleman M. *Nature's Cures*. Emmaus, PA: Rodale Press, 1996
 15. McGee CT, Sancier K, Chow EPY. Qigong in traditional Chinese medicine. In: Micozzi MS, ed. *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*. New York, NY: Churchill Livingstone, 1996:225-30
 16. Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology (Williston Park)* 1997 Aug;11(8):1179-95
 17. Academy for Guided Imagery. What is Interactive Guided Imagery ? [online]. 2004 [cited 2005 Jun 27]. Available from: URL: <http://www.academyforguidedimagery.com/whatis9.php>
 18. Schwartz MS, Schwartz NM. Biofeedback: using the body's signals. In: Goleman D, Gurin J, eds. *Mind-Body Medicine: How to Use Your Mind for Better Health*. New York, NY: Consumer Reports Books, 1998:301-13
 19. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY: International Universities Press, 1979
 20. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart, 1962
 21. Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, Gutierrez M, Mosquera F, Perez de Heredia JL. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Feb;109(2):83-90

22. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A, Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychosom* 1998;67(1):3-9
23. Fontaine KL. Faith and prayer. In: Fontaine KL, ed. *Healing Practices: Alternative Therapies for Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000:344-60
24. Rakel D, Shapiro D. Mind-body medicine. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Practice*. 6th ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 2002: 52-64
25. Felten SY, Felten DL. The innervation of lymphoid tissue. In: Ader R, Cohen N, Felton DL, eds. *Psychoneuroimmunology*, 2nd ed. New York, NY: Academic Press, 1991:87-101
26. Ackerman KD, Bellinger DL, Felton SY, Felton DL. Ontogeny and senescence of noradrenergic innervation of the rodent thymus and spleen. In: Ader R, Felton DL, Cohen N, eds. *Psychoneuroimmunology*. 2nd ed. New York: Academic Press, 1991:71-125
27. Ferencik M, Stvrtinova V. Is the immune system our sixth sense? Relation between the immune and neuroendocrine systems. *Bratisl Lek Listy* 1997 Apr;98(4):187-98
28. Berkenbosch F, van Oers J, del Rey A, Tilders F, Besedovsky H. Corticotropin-releasing factor-producing neurons in the rat activated by interleukin-1. *Science* 1987 Oct;238(4826): 524-6
29. Foss L. The necessary subjectivity of body mind medicine: Candace Pert's molecules of emotions. *Adv Mind Body Med* 1999 Spring; 15(2):122-34
30. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999 Sep;18(5):506-19
31. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996 Apr 8;156(7):745-52
32. Haddock CK, Rowan AB, Andrasik F, Wilson PG, Talcott GW, Stein RJ. Home-based behavioral treatments for chronic benign headache: a meta-analysis of controlled trials. *Cephalalgia* 1997 Apr;17(2):113-8
33. Holroyd KA, Penzien DB. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials. *Pain* 1990 Jul;42(1):1-13
34. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994 Aug;151(8):1172-80
35. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, Candib D. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998 Dec 16;280(23): 1995-2000
36. Glavind K, Laursen B, Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9(3):151-3
37. Hirsch A, Weirauch G, Steimer B, Bihler K, Peschers U, Bergauer F, Leib B, Dimpfl T. Treatment of female urinary incontinence with EMG-controlled biofeedback home training.

- Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999; 10(1):7-10
38. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine 2000 Oct 15;25(20):2688-99
39. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. Oncol Nurs Forum 1995 Oct;22(9):1369-81
40. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. Health Psychol 1995 Mar;14(2):101-8
41. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. J Natl Cancer Inst 2001 Jun; 93(11):810-23
42. Dreher H. Mind-body interventions for surgery: evidence and exigency. Adv Mind Body Med 1998;14(3):207-22
43. Johnston M, Vogele C. Benefits of psychological preparation for surgery: a meta analysis. Ann Behav Med 1993;15(4):245-56
44. Lorig K, Laurin J, Gines, GE. Arthritis self-management: a five-year history of a patient education program. Nurs Clin North Am 1984 Dec;19(4):637-45
45. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. Arthritis Care Res 1996 Aug; 9(4):292-301
46. Jacob RG, Chesney MA, Williams DM, Ding Y, Shapiro AP. Relaxation therapy for hypertension: Design effects and treatment effects. Ann Behav Med 1991;13(1):5-17
47. Linden W, Chambers L. Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: A meta-analysis. Ann Behav Med 1994;16(1):35-45
48. Schneider RH, Staggers F, Alexander CN, Sheppard W, Rainforth M, Kondwani K, Smith S, King CG. A randomised controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. Hypertension 1995 Nov;26(5): 820-7
49. Watkins AD. The role of alternative therapies in the treatment of allergic disease. Clin Exp Allergy 1994 Sep;24(9):813-25
50. Castes M, Hagel I, Palenque M, Canelones P, Corao A, Lynch NR. Immunological changes associated with clinical improvement of asthmatic children subjected to psychosocial intervention. Brain Behav Immun 1999 Mar; 13(1):1-13
51. McQuaid EL, Nassau JH. Empirically supported treatments of disease-related symptoms in pediatric psychology: asthma, diabetes, and cancer. J Pediatr Psychol 1999 Aug;24(4): 305-28
52. Smyth J, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. JAMA 1999 Apr;281:1304-9
53. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, Hosmer D, Bernhard

- JD. 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* 1998 Sep-Oct;60(5):625-32
54. Aikens JE, Kiolbasa TA, Sobel R. Psychological predictors of glycemic change with relaxation training in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychother Psychosom* 1997;66(6):302-6
55. Henry JL, Wilson PH, Bruce DG, Chisholm DJ, Rawling PJ. Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology, Health & Medicine* 1997 Jun;2(2):109-18
56. Jablon SL, Naliboff BD, Gilmore SL, Rosenthal MJ. Effects of relaxation training on glucose tolerance and diabetic control in type II diabetes. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1997 Sep; 22(3):155-69
57. Cruess DG, Antoni MH, Kumar M, Ironson G, McCabe P, Fernandez JB, Fletcher M, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management buffers decreases in dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and increases in the cortisol/DHEA-S ratio and reduces mood disturbance and perceived stress among HIV-seropositive men. *Psychoneuroendocrinology* 1999 Jul; 24(5):537-49
58. Robinson FP, Mathews HL, Witek-Janusek L. Stress and HIV disease progression: psychoneuroimmunological framework. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1999 Jan-Feb; 10(1):21-31
59. Blanchard EB, Malamood HS. Psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Prof Psychol Res Pr* 1996 Jun;27(3):203-10
60. Galovski TE, Blanchard EB. The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1998 Dec; 23(4):219-32
61. Schwarz SP, Taylor AE, Scharff L, Blanchard EB. Behaviorally treated irritable bowel syndrome patients: a four-year follow-up. *Behav Res Ther* 1990;28 (4):331-5
62. Vollmer A, Blanchard EB. Controlled comparison of individual versus group cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Behav Ther* 1998 Jan;29(1):19-33
63. Moreland JD, Thomson MA, Fuoco AR. Electromyographic biofeedback to improve lower extremity function after stroke: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1998 Feb; 79(2):134-40
64. Levenstein S, Ackerman S, Kiecolt-Glaser JK, Dubois A. Stress and peptic ulcer disease. *JAMA* 1999 Jan 6;281(1):10-1
65. Devine EC, Percy J. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 1996 Nov;29(2):167-78
66. Andersson G, Lyttkens L. A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *Br J Audiol* 1999 Aug;33(4):201-10
67. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999 May;180(5):1054-9

68. มหามกุฏราชวิทยาลัยในพระบรมราชูปถัมภ์. คัมภีร์วิสุทธิมรรค ฉบับของมหามกุฏราชวิทยาลัย [ออนไลน์]. สิงหาคม 2508 [เข้าถึงเมื่อ 27 มิ.ย. 2548]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.geocities.com/SouthBeach/Terrace/4587/visuthi.htm>
69. พระมหาวิระ ถาวโร. คู่มือปฏิบัติพระกรรมฐาน. กรุงเทพฯ: เอลโล่การพิมพ์ (1988), (ม.ป.ป.)
70. ณัฐวดี สุทธิสงคราม. ชีวิตและเกียรติคุณแห่งพระอาจารย์สี ธมมุธโร วัดอโศการาม จังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เลียงเที่ยงเจริญ, 2505



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์

ท่านสามารถได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการสำหรับกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ กลุ่มที่ 3 ประเภทที่ 23 (ศึกษาด้วยตนเอง) โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเกณฑ์ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งแพทยสภา (ศนพ.) จากการอ่านบทความเรื่อง “Mind-body medicine : การหวนคืนแห่งสัมพันธภาพของกายและจิตในเวชปฏิบัติ” โดยตอบคำถาม ข้างล่างนี้ ที่ท่านคิดว่าถูกต้องโดยใช้แบบฟอร์มคำตอบท้ายคำถาม โดยสามารถตรวจจำนวนเครดิตได้จาก <http://www.ccme.or.th>

คำถาม - คำตอบ

- สิ่งที่ทำให้นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ในประเทศตะวันตกสนใจมาตรการกลุ่ม Mind-body medicine คืออะไร?
 - การพบว่าโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันมีปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมเป็นสาเหตุรวม
 - การไม่มียาที่รักษาโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันอย่างได้ผลดี
 - การค้นพบว่าการปฏิบัติแบบ“ตะวันออก” บางอย่าง เช่น การฝึกโยคะและสมาธิ สามารถช่วยในการควบคุมสภาพทางสรีรวิทยาของร่างกายได้
 - การมีหลักฐานทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าความคิดและความรู้สึกมีผลต่อความเจ็บป่วยของร่างกาย
 - ถูกทุกข้อ
- นักวิทยาศาสตร์ที่สามารถแสดงให้เห็นในห้องปฏิบัติการได้ว่าความคิดความรู้สึกมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย คือ
 - Hans Selye
 - Henry Beecher
 - Ivan Pavlov
 - Robert Ader
 - Walter Cannon

คำตอบ สำหรับบทความเรื่อง “Mind-body medicine : การหวนคืนแห่งสัมพันธภาพของกายและจิตในเวชปฏิบัติ”

จุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 50 ฉบับที่ 5 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2549

รหัสสื่อการศึกษาต่อเนื่อง 3-23-201-9010/0605-(1008)

ชื่อ - นามสกุลผู้ขอ CME credit เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
ที่อยู่.....

1. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)
2. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)
3. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

4. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)
5. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

3. มาตรการต่อไปนี้จัดเป็นมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine ยกเว้น
- ก. Acupuncture
 - ข. Biofeedback
 - ค. Meditation
 - ง. Relaxation technique
 - จ. Yoga
4. ต่อไปนี้เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการออกฤทธิ์ของ Mind-body medicine ยกเว้น
- ก. The informadical cycle
 - ข. Metabolic or physiologic hypoarousal state
 - ค. The placebo effect
 - ง. Psychoneuroendocrinoimmunology
 - จ. Reducdtionistic movement
5. มีหลักฐานทางวิชาการอย่างชัดเจนมากกว่ามาตรการกลุ่ม Mind-body medicine เมื่อใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้ผลดีในการบำบัดรักษาหรือภาวะต่อไปนี้
- ก. โรคภูมิแพ้ โรคหืด และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
 - ข. โรคข้ออักเสบ โรคผิวหนัง และโรคความดันโลหิตสูง
 - ค. โรคหลอดเลือดหัวใจ ปวดศีรษะ และกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่
 - ง. โรคกระเพาะ โรค Irritable bowel syndrome และโรคเบาหวาน
 - จ. โรคเฮดส์ ภาวะเสียงดังในหู (Tinnitus) และลมชัก

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านที่ประสงค์จะได้รับเครดิตการศึกษาต่อเนื่อง (CME credit)
กรุณาส่งคำตอบพร้อมรายละเอียดของท่านตามแบบฟอร์มด้านหน้า

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
ประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่อง
ตึกอานันทมหิดล ชั้น 5
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เขตปทุมวัน กทม. 10330