บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในชีวิตมนุษย์ มนุษย์ต้องเผชิญกับปัญหาในลักษณะต่าง ๆ มากมาย เช่น ปัญหาทางความคิด ปัญหาความเครียด ปัญหาความกลัว หรือปัญหาความวิตกกังวล เป็นต้น ในบุคคลต่างวิชาชีพกันก็มีลักษณะปัญหาต่างกันไป ตามลักษณะงานของแต่ละวิชาชีพ ในปัจจุบันมีวิชาชีพหนึ่งคือ วิชาชีพพยาบาล ซึ่งโดยลักษณะหน้าที่การงาน ต้องมีการเกี่ยวข้องโดยตรงกับสภาพการณ์อันอาจจะนำสู่ผลกรรมทางลบในอนาคตได้ เช่นการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคเอดส์ได้จึงทำให้พยาบาลเกิดปัญหาความวิตกกังวลขึ้น

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS) กำลังเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิตของประชาชนทั่วโลกในปัจจุบัน จึงเป็นโรคที่ทุกคนทั่วโลกกำลังให้ความสนใจอย่างมาก เพราะผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้มีอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิตทุกรายและยังไม่มีวิธีป้องกันหรือรักษาให้หายได้ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้โรคนี้ สร้างความหวาดกลัวและวิตกกังวลแก่บุคคลทั่วไป และผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคนี้

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2532:4-5)ให้ความหมายของโรคเอดส์ไว้ว่า เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัส ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV)ซึ่งเข้าทำลายเม็ดเลือดกลุ่ม T (T-lymphocyte) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมเม็ดเลือดขาวหมู่ B ที่ทำหน้าที่สร้างสารต่อต้านเชื้อโรคของผู้ป่วย ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ บกพร่อง และเป็นผลให้เกิดการติดเชื้อประเภทฉกฉวยโอกาส การติดเชื้อ HIV ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ จะเข้าสู่ร่างกายได้ ก็ต่อเมื่อร่างกายมีบาดแผลที่ผิวหนัง หรือแทงทะลุผิวหนังเข้าไป หรือเข้าโดยผ่านเยื่อเมือก (mucosa) ของร่างกายเท่านั้น การติดต่อที่พบได้ มาจากสาเหตุหลายประการคือ ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้เลือดที่มีเชื้อ HIV หรือ การติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์

จากความรุนแรงของโรคและการที่ยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ในขณะนี้ จึงทำให้การระบาดของโรคเป็นไปอย่างค่อนข้างรวดเร็ว สำหรับในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มมีรายงานโรคเอดส์เมื่อ พ.ศ.2527 จนถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2535 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น 380 ราย เป็นผู้ป่วยระยะใกล้เอดส์และต่อมน้ำเหลืองฟักตัว 619 ราย ซึ่งมากกว่าสถิติของระยะเวลาเดียวกันของปี พ.ศ.2531 ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งประเทศเพียง 194 ราย เท่านั้น (ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ) ผู้ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคนี้ โดยเฉพาะผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจะต้องเป็นผู้ดูแลให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง และเป็นกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อ HIV จากเลือดที่อาจเข้าสู่ร่างกายโดยทางใดทางหนึ่ง เช่น เข็มที่เจาะเลือดผู้ป่วยแล้วแทงมือ เลือดผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา หรือบาดแผลที่มีอยู่สัมผัสกับเลือดผู้ป่วยเป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ เป็นสิ่งเร้าที่มีลักษณะที่อาจจะทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับผลกรรมทางลบ ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม แม้ว่าจะมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์และการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีจรรยาบรรณในวิชาชีพ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง มีการควบคุมตนเอง และยอมรับว่าเท่าที่ผ่านมา ก็มีรายงานการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ติดเชื้อ HIV น้อยมาก และยังไม่เคยมีรายงานลักษณะดังกล่าวในประเทศไทยเลย แต่ก็ยังคงเกิดภาวะวิตกกังวลในพยาบาลได้

ถ้าพยาบาลมีความรู้สึกวิตกกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว ย่อมเกิดผลกระทบต่อการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่งเพราะผลของความวิตกกังวลมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ดังที่ Deffenbacher and Suinn (1982 : 39-442) กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวล จะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย มีผลให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ใจสั่นมือสั่น อารมณ์หงุดหงิด ถูกกระตุ้นได้ง่าย การแสดงออกของพฤติกรรมจะเปลี่ยนไป มักทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ เช่น พฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนั้นยังทำให้บุคคลมีความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ในระยะเวลาอันสั้น ประสิทธิภาพในการจำลดลง ความคิดไม่กว้าง ไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา มีการคิดซ้ำ ๆ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และยังขัดขวางการตัดสินใจที่ดีอีกด้วย

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยซึ่งโดยหน้าที่การงาน เป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สนใจจะพัฒนารูปแบบการให้การช่วยเหลือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้ได้เรียนรู้วิธี

การที่จะจัดการ ควบคุม หรือป้องกันความวิตกกังวล เพื่อสุขภาพจิตของพยาบาล ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และญาติต่อไป โดยที่ผู้วิจัยเห็นว่า เป็นการแสดงหน้าที่และบทบาทของนักจิตวิทยาการศึกษา ในการพยายามช่วยแก้ปัญหา ตามความจำเป็นของสังคม ด้วยการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ หรือแก้ไขปัญหาการเรียนรู้ด้วยวิธีทางจิตวิทยา (ในกรณีนี้พยาบาลมีปัญหาในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์) ในการจะพัฒนารูปแบบการให้การช่วยเหลือนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะใช้แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยมเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบเพื่อการเรียนรู้และการแก้ปัญหาดังกล่าว เพราะแนวคิดนี้ยังเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่มากและยังมีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่มากนัก ส่วนในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เลย การวิจัยตามแนวนี้ จึงน่าจะนับเป็นงานระดับริเริ่มบุกเบิกในการพัฒนาแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม มาใช้ในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาพฤติกรรมในประเทศไทย

แนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม นับเป็นแนวคิดที่แตกต่างไปจากความเชื่อเดิมของนักพฤติกรรมบำบัดที่เน้นเรื่อง สิ่งแวดล้อมกำหนดบุคคล โดยเสนอแนวคิดใหม่ว่า การจัดกระทำข้อมูลและสัญญลักษณ์ต่าง ๆ ภายในกระบวนการทางปัญญาต่อสิ่งแวดล้อมต่างหาก ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยกระบวนการทางปัญญา หมายถึงการทำงานในหลายลักษณะได้แก่ การคิด การให้ความหมาย จินตภาพ ความเชื่อ ความคาดหวัง การระบุเหตุ เป็นต้น (Dryden, W. and Golden, W. 1987:1) Cognitive-Behavioural Approaches To Psychotherapy. Cambridge: Hemisphere Publishing Corporation, 1987.

หลักการสำคัญซึ่งแสดงถึงความเชื่อเบื้องต้น ของแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยมดังที่ Dobson (1988:4) ได้รวบรวมไว้ 3 ประเด็นคือ

1. การทำงานของกระบวนการทางปัญญา มีผลต่อพฤติกรรม
2. การทำงานของกระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเปลี่ยนการทำงานของกระบวนการทางปัญญา

ตามแนวคิดของพฤติกรรม-ปัญญานิยมนั้น บุคคลจะเป็นเสมือนผู้จัดการตนเอง (human as manager) กล่าวคือ บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมตนเองด้วย ไม่ใช่ถูกกำหนดจากสิ่งแวดล้อม

Dobson, K.S. Handbook of cognitive-Behavioural Therapy. London: Hutchinson 1988

ภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการทำงานร่วมกันของหลายสิ่ง ภายในกระบวนการประมวลผลข้อมูลต่าง ๆ (information processing) ดังนั้นเมื่อบุคคลคิดและนำตัวเองไปสู่ทิศทางที่ผิดแล้ว พฤติกรรมที่เขาแสดงออกมาก็จะเป็นปัญหา คือทักษะการคิดในทางที่ผิด นำไปสู่ผลทางพฤติกรรมที่ผิดหรือมีปัญหาไปด้วย การช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมจะกระทำได้โดยการให้ข้อมูลใหม่ และให้วิธีการใหม่ ซึ่งทำให้การจัดระบบข้อมูลที่ได้รับเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมไม่บิดเบือน การคิดถึงผลกรรมของพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งอย่างถูกต้อง นับเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งในการแก้ปัญหาพฤติกรรม (Dryden and Golden , 1987:14)

ตามลักษณะดังกล่าว สรุปได้ว่าแนวคิดพฤติกรรม - ปัญญานิยม เป็นจุดร่วมของแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และแนวคิดปัญญานิยม (cognitive therapy) (Salkovskis ,1980 cited in Scott 1990 : 1) ด้วยเหตุนี้แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยมจึงมีวิธีการมากมาย แตกต่างกันออกไป แล้วแต่อิทธิพลของแนวคิดเดิมของนักพฤติกรรม-ปัญญานิยม ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการนำวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม มาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ปัญหาที่เกิดจากการเชื่อและการคิดอย่างไม่มีเหตุผล การนึกถึงตนเองในทางลบ การตั้งกฎต่างๆให้กับตนเอง การใช้วิธีการตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นอย่างดี และจากการสำรวจ ก็พบว่ายังไม่มีข้อมูลที่ปรากฏว่าวิธีการดังกล่าว ทำให้ผู้ใช้มีปัญหามากกว่าเดิมเลย โดยการแก้ปัญหาส่วนใหญ่จะใช้เวลามากที่สุดไม่เกิน 12 สัปดาห์ (Scott, 1990 : 1) นอกจากนั้น ยังสามารถใช้วิธีการที่ได้รับการฝึกฝน ตามแนวคิดพฤติกรรม - ปัญญานิยม ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอนาคตได้ด้วยตนเองอีกด้วย (Kirk, 1990 : 14)

จากข้อมูลที่มีอยู่จะเห็นได้ว่า แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้รับการนำมาใช้ประโยชน์มากในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าว ยังมีโอกาสที่จะเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้นับเป็นแนวคิดที่ยังค่อนข้างใหม่ในวงการจิตวิทยา ที่เพิ่งจะเริ่มงานการศึกษาวิจัยมาได้ประมาณ 30 ปี จากปี 1960 เป็นต้นมา จึงนับได้ว่ายังอยู่ในระยะของการพัฒนา Dobson (1988 : 395-409) ได้รวบรวมแนวทางที่นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้พยายามพัฒนาแนวคิดนี้ใน 5 แนวทาง คือ

1. พยายามอธิบายถึงธรรมชาติของกระบวนการทางปัญญา และบทบาทของกระบวนการทางปัญญาให้แจ่มชัด ทั้งผลต่อการเลือนตนเองในภาวะปกติ (normal self-regulation) และในภาวะผิดปกติทางสภาพจิต (psychopathology)

2. ทดสอบและพิสูจน์ แสดงให้เห็นความถูกต้อง ของสมมุติฐานที่ตั้งไว้ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ตามวิธีการให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น

3. พัฒนาเทคนิคการประเมินกระบวนการทางปัญญา เพื่อวัดกระบวนการทางปัญญา

4. ทดสอบ วิเคราะห์วิจารณ์ ศักยภาพของวิธีการการให้การช่วยเหลือ โดยศึกษาองค์ประกอบ ที่ทำให้กระบวนการทางปัญญาเปลี่ยน รวมทั้งศึกษาความซ้ำซ้อนกัน ของวิธีการบำบัดแบบต่าง ๆ

5. พัฒนาวิธีการต่าง ๆ ที่จะใช้ให้การช่วยเหลือ โดยเน้นกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม

จึงอาจสรุปได้ว่า แนวทางในการพัฒนา แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีลักษณะเด่น คือ พัฒนาและปรับปรุงแนวคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น หาวิธีประเมินกระบวนการทางปัญญาให้ชัดเจน และพัฒนาวิธีการให้การช่วยเหลือบุคคล

จากปัญหาความวิตกกังวล ในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้วิจัยสนใจ การพัฒนาแนวคิด ในด้านการพัฒนาวิธีการให้การช่วยเหลือ ซึ่งมีผู้พัฒนาตามแนวคิดนี้ ก็เช่น Mahoney (1985) เสนอวิธีการบำบัดโดยการพัฒนากระบวนการทางปัญญา (cognitive development therapy) Weiner (1985) เสนอวิธีการบำบัดโดยการให้มีประสบการณ์ในกระบวนการทางปัญญา (cognitive experiental therapy) และ Bronson , McCathy และ Hodgeซึ่งกำลังพยายามพัฒนารูปแบบการให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับ การรู้จักตนเอง (self-knowledge) การนับถือค่าของตนเอง (self-esteem) และการพัฒนาให้มีอารมณ์มั่นคงให้มากที่สุดขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหา เป็นต้น (Dobson, 1988 : 402-403)

ในการพัฒนารูปแบบวิธีการให้การช่วยเหลือนั้น นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม บางคน เช่น Dobson (1988:403) มีความเห็นว่า รูปแบบของวิธีการให้การช่วยเหลือ มีอยู่มากมายหลายวิธีแล้ว เป็นวิธีที่ใช้แก้ปัญหาต่าง ๆ กัน และโดยมากมักจะเป็นปัญหาเฉพาะเจาะจง จึงน่าจะได้

ร่วมกันหาวิธีกลาง ๆ โดยรวบรวมจากวิธีการต่าง ๆ เพื่อจะได้รูปแบบกลางๆ ในการช่วยเหลือ สำหรับผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า รูปแบบกลางๆไม่น่าจะได้ผลในทุกปัญหา และมีความจำเป็นที่จะต้องแสวงหาวิธีการให้การช่วยเหลือ ให้เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะแต่ละอย่าง โดยการทำความเข้าใจให้กระจ่างชัดเกี่ยวกับลักษณะ ของกระบวนการทางปัญญา ที่เกี่ยวข้องปัญหาเฉพาะดังกล่าว จากการพยายามเข้าใจลักษณะกระบวนการทางปัญญานี้ ผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 81 คน และได้พบปัญหาความวิตกกังวล อันเกิดจากการคิดต่อสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ในลักษณะดังนี้

1. ลักษณะความคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่
2. ลักษณะความคิดเป็นการพิจารณาถึงผลกรรมทางลบ เพียงแง่มุมเดียว ไม่ได้พิจารณาให้ครบทุกด้าน
3. การวิเคราะห์ปัญหา จะวิเคราะห์ปัญหาในภาพรวม ไม่แยกแยะประเด็น
4. ลักษณะการคิด ทำให้การกำหนดสิ่งต่าง ๆ ให้กับตนเองถูกกำหนดมาจากสิ่งอื่น คนอื่น
5. จากลักษณะการคิดดังกล่าวทำให้พยาบาลแสดงความวิตกกังวลขึ้น

จากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ของผู้มีปัญหาความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความเป็นไปได้ ในการลดความวิตกกังวลในแง่ของการปรับเปลี่ยนความคิดเดิม จึงสนใจจะสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดขึ้น เพราะเมื่อพิจารณาจากลักษณะการคิด ของผู้มีปัญหาความวิตกกังวลของพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ยังไม่มีวิธีการเท่าที่มีอยู่เหมาะสมโดยตรงที่จะแก้ปัญหา และครอบคลุมปัญหาการคิดดังกล่าว

นอกจากผู้วิจัยจะสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดตามแนวคิดตะวันตกเพื่อลดความวิตกกังวลแล้ว ผู้วิจัยยังมีความสนใจในเรื่อง "สติ"ตามแนวคิดทางพุทธศาสตร์ด้วย ทั้งนี้เพราะแนวคิดทางพุทธศาสตร์อธิบายไว้ว่า สติมีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคนตามธรรมชาติเพื่อการอยู่รอดของชีวิต สติ เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ระลึกรู้ทันการเคลื่อนไหว และความคิดต่างๆของตนเอง ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว ระมัดระวัง แต่สติที่มีอยู่โดยธรรมชาตินี้ มนุษย์ยังใช้ประโยชน์มากน้อยต่างกัน บางคนก็ใช้ในลักษณะของความเข้าใจ บางคนก็ใช้ในลักษณะธรรมชาติโดยไม่เข้าใจ อีกทั้งสติที่มีอยู่โดยธรรมชาติก็ยังมีมากบ้างน้อยบ้าง ในแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าสามารถฝึกฝนพัฒนาให้มีมากขึ้น ก็จะ

สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ด้วยความเข้าใจ (พุทธทาสภิกขุ 2531:1-18; เทียน จิตตสุโภ 2527:20) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะนำเอาประโยชน์ของสติ มาช่วยเอื้อในการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพราะถ้าผู้มีปัญหาความวิตกกังวลมีสติ สามารถรู้ทันความคิดของตนเองได้ดีและรวดเร็วเท่าไร ก็จะสามารถนำเอาความรู้และทักษะของการปรับเปลี่ยนความคิดมาใช้แก้ปัญหาได้ทันท่วงทีมากขึ้น จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาได้ในระยะต้นๆ ของการเกิดปัญหา การฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด ร่วมกับการฝึกสตินี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาการของวงการจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มแนวคิด พฤติกรรม -ปัญญานิยม ต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

จากการประมวลข้อมูลในเรื่อง แนวคิดของกลุ่มพฤติกรรม-ปัญญานิยม ข้อมูลเรื่องความวิตกกังวล และข้อมูลในเรื่อง"สติ" เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกสติ เพื่อลดปัญหาความวิตกกังวล สามารถสรุปเสนอได้ดังนี้

ก.แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

1.วิวัฒนาการของแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

ในประวัติของสาขาจิตวิทยา พื้นฐานการอธิบายมนุษย์เป็นเรื่องที่โต้แย้งกันมานานจนกระทั่งปัจจุบัน ด้วยแนวคิดระหว่างนักจิตวิทยา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่นิยมอธิบายมนุษย์ด้วยลักษณะการทำงานของระบบต่าง ๆ (functionism) และกลุ่มที่นิยมการอธิบายมนุษย์ด้วยลักษณะโครงสร้างของอินทรีย์ (structuralism) กลุ่มแรกนำโดย Darwin และเป็นแนวคิดพื้นฐานของกลุ่มพฤติกรรมนิยม (behaviorism) กลุ่มนี้เชื่อว่าจะอธิบายมนุษย์ได้ดีที่สุดก็โดยศึกษาจากพฤติกรรมของมนุษย์ หรือกิจกรรมที่มนุษย์กระทำ ส่วนกลุ่มที่สองก็โต้แย้งว่าควรจะอธิบายมนุษย์ที่โครงสร้างภายใน ซึ่งเป็นตัวกำหนดหรือสั่งการให้มนุษย์กระทำสิ่งต่าง ๆ กลุ่มนี้นำโดย Tolman (Mahoney, 1988 : 357 ; Kalish, 1981 : 11)

แม้ว่าสิ่งแวดล้อมแม้จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดกิจกรรมของมนุษย์ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและมีปฏิกิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกันอยู่ และที่สำคัญมนุษย์

ไม่ได้รับรู้และโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างตรงไปตรงมา แต่มนุษย์มักจะเปลี่ยนการรับรู้ต่อโลกเสมอ ซึ่งมีผลต่อการสร้างพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุนี้จึงมีการเคลื่อนไหวของการศึกษากระบวนการภายใน หรือกระบวนการทางปัญญาของมนุษย์ขึ้น โดยพยายามศึกษาด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ (Dryden and Golden,1987 :6) จากการสัมมนาคิดต่อกันหลายครั้งของ Mahoney (1974) และ Meichenbaum (1977) ซึ่งเป็นการศึกษาถึงความสำคัญของการใช้กระบวนการทางปัญญา (cognition) เพื่อควบคุมพฤติกรรม ทำให้เกิดแนวคิดเสนอว่า บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ก็โดยกระบวนการทางปัญญา ซึ่งเป็นกระบวนการจัดระบบข้อมูล และเป็นกระบวนการสื่อสาร เมื่อบุคคลมีสิ่งเร้ามากระทบ กระบวนการทางปัญญาจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง ทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม (Thoreson, Mahoney, 1974 : 112) แนวคิดดังกล่าวนี้มีผู้เรียกชื่อเป็นหลายชื่อใกล้เคียงกันดังนี้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) (Wessler, 1987 ; Dobson 1988 ; Hawton , Salkovskis , Kirk and Clark , 1990) Cognitive Behavior Modification (CBM) (Kanfer , Mahoney , Meicheubaum and Goldstein, 1980) และ Cognitive Behavior Model (CB) (Scott, 1990)

จากการเสนอแนวคิดที่ขยายมาจากการเน้นให้ความสำคัญ ที่จะจัดกระทำกับสิ่งแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ ตามแบบพฤติกรรมนิยม มาเน้นให้ความสำคัญ ในการจัดกระทำกับกระบวนการคิด Dobson (1988 : 6-12) ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเปลี่ยน ไว้ 6 ประการ คือ

1). ความต้องการการอธิบายในเรื่อง การเกิดพฤติกรรมในครั้งแรกว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร เพราะเป็นประเด็นที่พฤติกรรมบำบัด ยังให้คำอธิบายได้ไม่ชัดเจน

2). การไม่ยอมรับ และต่อต้านอย่างรุนแรงต่องาน และรูปแบบของกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic model) ทำให้นักจิตวิทยาพยายามหาวิธีใหม่เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหา

3). งานของพฤติกรรมบำบัดได้ละเลยสิ่งที่เป็นปัญหา หรือสาเหตุของปัญหาของแง่การคิดในการบำบัดไปเช่น ปัญหาของผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำ ปัญหาการย้ำคิดจะถูกละเลย สาเหตุของปัญหาทางด้านการคิดยังคงมีอยู่ และยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นการพัฒนาแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม จึงเป็นสิ่งที่จะช่วยเติมส่วนที่ขาดไปในการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด

4). มีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการจัดกระทำข้อมูลมากขึ้น งานเหล่านี้ท้าทายนักพฤติกรรมบำบัด ให้ปรับขอบเขตงานโดยรวมเอาสถานการณ์ทางปัญญา เข้าไปพิจารณาด้วย

5). ในระหว่างปี 1960-1970 นักพฤติกรรมบำบัดหลายคน ได้เริ่มนำกระบวนการทางปัญญาเข้ามาใช้ในการบำบัด และเริ่มเรียกตนเองว่า นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม และ เผยแพร่งานวิจัยและทฤษฎี เรื่องการปรับและเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา ในวารสารชื่อ Cognitive Therapy and Research งานด้านนี้จึงเผยแพร่กว้างขวางขึ้น

6). งานวิจัยด้านพฤติกรรม-ปัญญานิยมมีมากขึ้น และแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของงานที่เท่าเทียม หรือมากกว่างานในแนวคิดพฤติกรรมบำบัด จึงทำให้งานด้านพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้รับความสนใจ และพัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ

จากเหตุผลสำคัญดังกล่าวเบื้องต้น ทำให้งานของพฤติกรรม-ปัญญานิยมเกิดขึ้น และพัฒนากลายมาเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยม ในวงการนักจิตวิทยา ในช่วงเสี้ยวหลังของทศวรรษที่ 20 นี้

2.ความเชื่อเบื้องต้นของแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

จากการศึกษาถึงงานของพฤติกรรม-ปัญญานิยมตั้งแต่ปี 1960 จนถึงปัจจุบัน (ปี 1992) จากรูปแบบของงานที่ใช้แนวคิดนี้ จะเห็นได้ว่าทุกรูปแบบมีความเชื่อเบื้องต้นร่วมกัน ดังที่ Dobson (1988 : 3-38) ได้รวบรวมไว้ คือ

ความเชื่อเบื้องต้นข้อที่ 1 การทำงานของกระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม เป็นการย้ำความคิดของรูปแบบการใช้สื่อกลางเป็นประโยชน์ในการบำบัด หรือ อธิบายพฤติกรรม ถึงแม้ว่า นักทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยมรุ่นแรก ๆ จะมีปัญหาเรื่องการแสดงให้เห็น ถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะพิสูจน์ความเชื่อนี้ แต่ปัจจุบันมีความพยายามที่จะดำเนินการพิสูจน์และสนับสนุนแนวคิดนี้เช่นงานในคลินิกก็นิยมใช้แนวคิดนี้ในการบำบัดมากขึ้นและโดยส่วนใหญ่ได้รับผลดี ซึ่งแสดงถึงผลของกระบวนการทางปัญญาที่มีต่อพฤติกรรมได้มากขึ้นเรื่อยๆ

ความเชื่อเบื้องต้นข้อที่ 2 การทำงานของกระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ นั่นคือเราสามารถประเมินกระบวนการทางปัญญาได้ แม้ว่ายังต้องศึกษาหาวิธีที่จะให้มีความเที่ยงและความตรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ต่อไปก็ตาม การประเมินกระบวนการทางปัญญาก็เพื่อเลือกบางส่วนที่เหมาะสมและเข้าไปจัดกระทำ เพื่อประโยชน์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกระบวนการหนึ่ง ๆ ในกระบวนการทางปัญญานั้นเป็นอิสระโดยตัวเอง ไม่จำเป็นต้องติดตามมาจากกระบวนการอื่น ๆ

ความเชื่อเบื้องต้นข้อที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา โดยพยายามจัดการกับกระบวนการทางปัญญา เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและประเมินการเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปด้วย

3.ความหมายของกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process)

แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้เน้น และให้ความสำคัญต่อกระบวนการทางปัญญามาก และนำมาใช้เป็นสื่อกลาง ระหว่างสิ่งเร้ากับอารมณ์และพฤติกรรม โดยเป็นคำที่หมายถึง การทำงานของจิตในหลายลักษณะ ได้แก่ ความคิด (idea) ความหมายนัย (meanings) จินตภาพ (images) ความเชื่อ (beliefs) ความคาดหวัง (expectations) การระบุเหตุ (attributions) เป็นต้น (Dryden และ Golden, 1987 ; 1) Michenbaum (1986 : 346-350) ได้จำแนกอธิบายความหมายกระบวนการทางปัญญาที่มีอยู่เป็น 3 กลุ่ม คือ

3.1.กระบวนการทางปัญญา ในความหมายของ "เหตุการณ์ในการรู้คิด"(cognitive events) เป็นการคิดและการมีภาพในใจโดยรู้สึกตัวของบุคคลและยังสามารถจะดึงออกมาได้เมื่อต้องการ Beck (1976) ใช้คำว่า "การคิดอัตโนมัติ" Michenbaum (1977) อธิบายว่าเป็น "การพูดในใจ" หรือ "เหตุการณ์ภายใน" และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความเป็นเหตุเป็นผล ความคาดหวัง และงานที่เกี่ยวกับความคิด ดังนั้นการคิดแบบอัตโนมัติจึงรวมถึง ภาพนึกในใจ คำสัญญลักษณ์ต่าง ๆ และความรู้สึกต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบุคคลเมื่ออยู่ในสถานะการณ์ที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ สถานะการณ์ที่จะต้องตัดสินใจ หรือเมื่อมีความคาดหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง

3.2. กระบวนการทางปัญญา ในความหมายของ "กระบวนการทางการรู้คิด" (Cognitive process) เป็นกระบวนการที่เราจัดการกับข้อมูลจำนวนมากที่เข้ามาสู่บุคคลจึงเกิดการเลือกว่าจะให้ความสนใจ ในเรื่องใดบ้าง ในเวลาใด คือ ปัจจุบันอดีตและอนาคต และเลือกวิธีที่จะประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจกับข้อมูลที่น่าสนใจ และอื่น ๆโดยกระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นอย่างเป็นอัตโนมัติ และบุคคลมักไม่ทราบว่าตนเองมีกระบวนการจัดการกับข้อมูลของตนเองอย่างไร

3.3. กระบวนการทางปัญญา ในความหมายของ " โครงสร้างของการรู้คิด " (cognitive structures) โครงสร้างของการคิดประกอบไปด้วย บุคลิกลักษณะ-นิสัยส่วนตัวของแต่ละบุคคล การตระหนักในสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่ซ่อนแฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ค่านิยม และเป้าหมายส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการประมวลผลข้อมูล (information processing) และการจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง และมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ อีกด้วย โดยจะเป็นตัวกรองและเลือกข้อมูลต่าง ๆ ที่จะเข้าไปในกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล

4.ลักษณะกระบวนการทางปัญญาที่เป็นปัญหา

สำหรับลักษณะกระบวนการทางปัญญาที่เป็นปัญหา Hawton (1990 : 4-44) ได้รวบรวมและเสนอไว้ว่ามี 2 ลักษณะ คือ

1.) ปัญหาที่บุคคลควบคุมกระบวนการทางปัญญาของตนเอง ได้น้อยเกินไป (under-control) คือเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบจะโต้ตอบกลับไปอย่างทันทีทันใด ไม่สามารถที่จะรอหรือประวิงเวลาการโต้ตอบ เพื่อให้พฤติกรรมของตนเองได้รับผลกรรมระยะยาวได้ เช่น พฤติกรรมปัญหาที่เกี่ยวกับนิสัยต่าง ๆ เช่น ความอ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ปัญหาในคู่สมรส ปัญหาเด็กหุนหันพลันแล่น ปัญหาความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ (state anxiety) เป็นต้น

2.) ปัญหาที่เกิดจากบุคคลควบคุมกระบวนการทางปัญญามากเกินไป (overcontrol) จนเกิดพฤติกรรมปัญหาขึ้นเพราะเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบก็จะคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น การตำหนิ

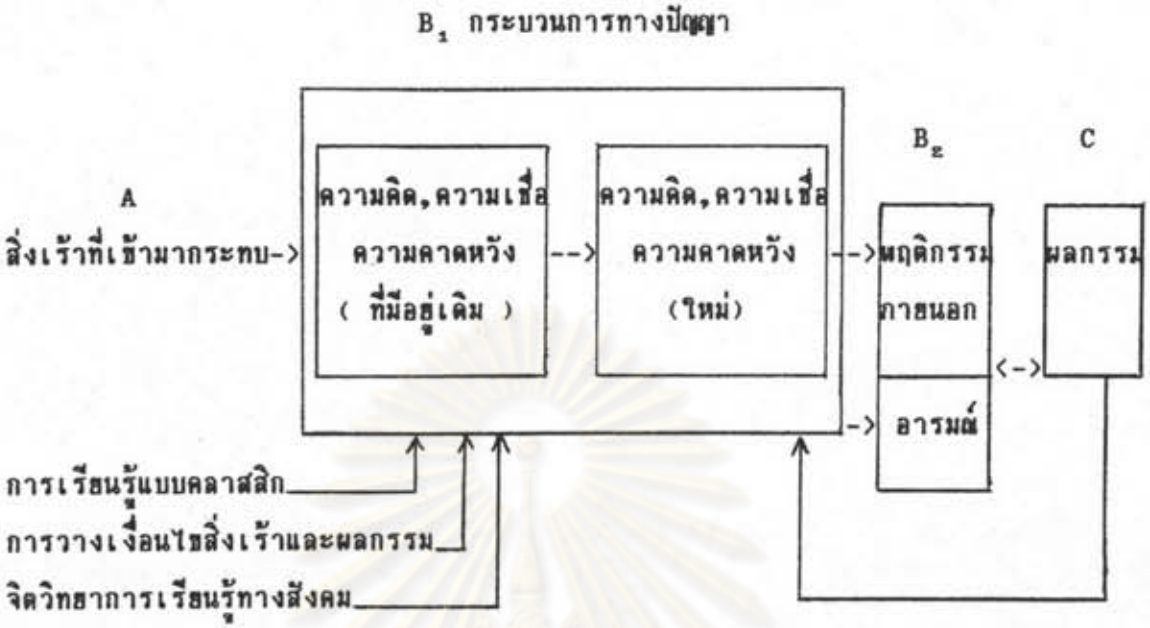
ตนเอง การคิดวกวน คิดไม่มีเหตุผล ฯลฯ จนไม่สามารถจะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมาได้ในลักษณะที่เหมาะสม หรือแสดงพฤติกรรมปัญหาออกมา เช่น พฤติกรรมชิมเศร้า การกลัวต่อการออกสังคม เป็นต้น

ความเข้าใจถึงปัญหาของกระบวนการทางปัญญาทั้ง 2 มิตินี้เป็นประโยชน์มากในแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม เพราะเป็นแนวทางที่ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยน และฝึกทักษะของกระบวนการทางปัญญาได้ถูกต้องเหมาะสม

5. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า กระบวนการทางปัญญา พฤติกรรมและอารมณ์และผลกรรม

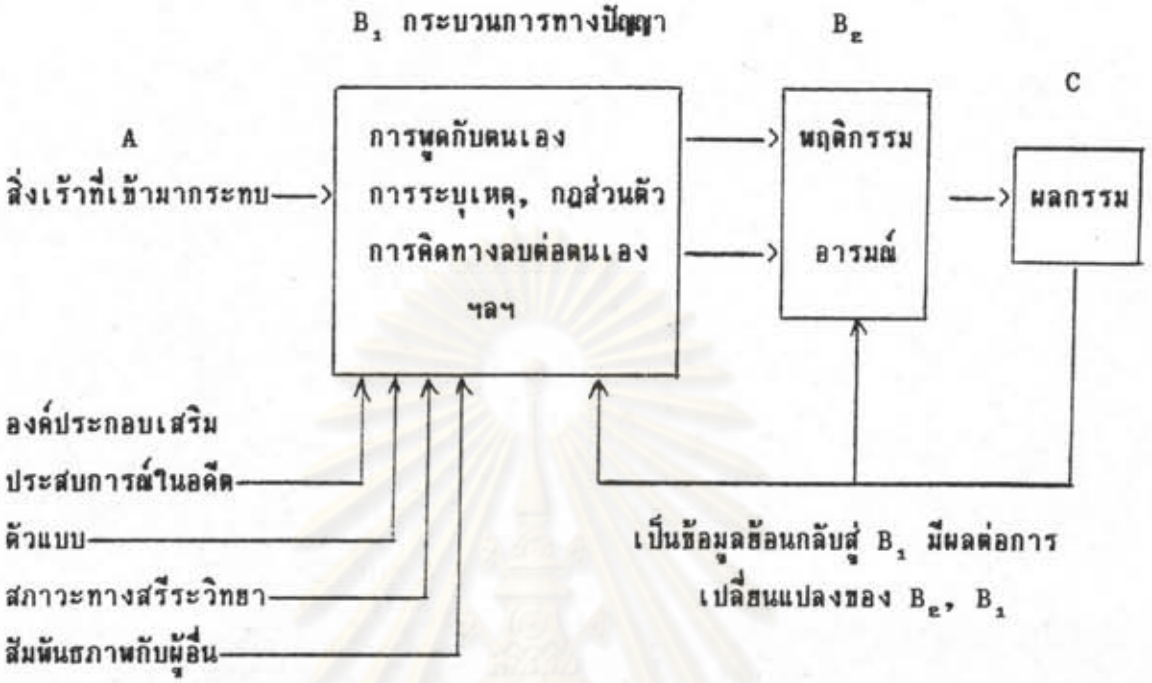
แม้นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม จะมีความเห็นตรงกันว่า การรับสิ่งเร้าเข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ แต่สิ่งที่นักพฤติกรรม-ปัญญานิยมยังพิจารณาต่างกันก็คือ ลักษณะความสัมพันธ์ของกระบวนการทางปัญญา และ พฤติกรรม อารมณ์ โดยแบ่งการพิจารณาความสัมพันธ์ดังกล่าวได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.) ความสัมพันธ์ในลักษณะ homogeneity นั่นคือ เชื่อว่า พฤติกรรมภายใน หรือ กระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมภายนอก มีลักษณะของการเกิดการคงอยู่และการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมภายในเปลี่ยนมาเป็นภายนอกได้ จากแนวคิดนี้ถ้าจะเปลี่ยน หรือ ปรับพฤติกรรมภายใน ก็สามารถใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทั้งแบบคลาสสิก (classical learning theory) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning theory) หรือ ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ได้เช่นเดียวกับที่ใช้เปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก ตัวอย่าง นักพฤติกรรม -ปัญญานิยมที่อธิบายความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ ได้แก่ Cautela (1977 : 1-60) ซึ่งเสนอวิธีการวางเงื่อนไขภายใน (covert conditioning) เป็นต้น ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ แสดงได้ดังแผนภาพ ที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์แบบ Homogeneity (พัฒนาจาก Cautela 1977:1-60)

2.) ความสัมพันธ์ในลักษณะ interaction หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง พฤติกรรมภายใน หรือ กระบวนการทางปัญญา กับ พฤติกรรมภายนอก นั่นคือบุคคลแสดงพฤติกรรม ภายนอกด้วยการชี้นำ (prompting) จากกระบวนการทางปัญญา และในขณะเดียวกันพฤติกรรม ภายนอกก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย โดยความเชื่อนี้รวมเอาภาวะทางจิตใจ (psychological events) ไว้กับกระบวนการทางปัญญา และรวมภาวะทางสรีระวิทยา (physiological) ไว้กับพฤติกรรมภายนอก จากแนวคิดนี้ถ้าต้องการจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมภายในหรือกระบวนการทางปัญญา ก็สามารถจะใช้วิธีการใด ๆ ก็ได้แล้วแต่ผู้บำบัด เช่น การระบุเหตุ (attribution) การพูดสอนตนเอง (self-instruction) เป็นต้น ดังนั้นตาม แนวคิดนี้วิธีในการเปลี่ยนพฤติกรรมภายในจึงเปิดกว้างมากจะนำทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ หรือนำ ทฤษฎี-แนวคิดใด ๆ มาใช้ก็ได้ เพราะถ้าสามารถทำให้กระบวนการทางปัญญาเปลี่ยนแล้ว ก็จะส่ง ผลต่อพฤติกรรมภายนอกในที่สุด นักพฤติกรรม - ปัญญานิยม ที่ใช้ความสัมพันธ์ลักษณะนี้ มี Meichenbaum, Ellis, Beck, Neimeyer เป็นต้น ความสัมพันธ์ของกระบวนการทางปัญญา และพฤติกรรม อารมณ์แบบนี้ แสดงได้ดังแผนภาพที่ 2 ดังนี้คือ



แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ในลักษณะ Interaction พัฒนาจาก Kalish (1981 : 311-319)

6.วิธีการให้การช่วยปรับพฤติกรรมตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

การปรับพฤติกรรมตามแนวคิด พฤติกรรม - ปัญญานิยม มีลักษณะเด่น 4 ประการ ดังที่ Kirk (1990 : 14) ได้เสนอไว้ คือ

1. เป็นวิธีการช่วยปรับพฤติกรรมที่ผู้มีปัญหาจะต้องช่วยตนเอง (self help technique) ให้มากที่สุดทั้งในด้านการเก็บข้อมูล การฝึกทักษะ การทำแบบฝึกหัด (homework assingments) และการประเมินตนเอง

2. เป็นการแก้ปัญหาทั้งปัญหาที่กำลังเผชิญในปัจจุบันนี้ และยังจะสามารถใช้วิธีการนี้แก้ปัญหาในอนาคตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

3. ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก

4. เป็นวิธีที่จะต้องมีการอภิปราย-วิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้มีปัญหาเป็นระยะ ๆ

จากลักษณะเด่นทั้ง 4 ประการของการปรับพฤติกรรมตามแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยมนี้ จึงมีองค์ประกอบในการให้การช่วยเหลือ 3 องค์ประกอบ คือ (Dryden and Golden, 1987 : 368-373)

6.1 ผู้ให้การช่วยเหลือ

บทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือ จะเป็นผู้เอื้อให้ผู้มีปัญหาเข้าใจปัญหาของตนเอง และเอื้อให้การช่วยเหลือดำเนินไปตามขั้นตอน ดังนี้

6.1.1 บทบาททั่วๆไป ผู้ให้การช่วยเหลือต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีปัญหาซึ่งก็ต้องปรับให้เหมาะสมกับความแตกต่างระหว่างบุคคล นอกจากนั้นก็ต้องให้ความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับ แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม เพื่อช่วยให้ผู้มีปัญหานำไปวิเคราะห์การเกิดปัญหาของตนเองได้ และจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้การเสริมแรง และสร้างแรงจูงใจให้กับผู้มีปัญหา

6.1.2 บทบาทในการประเมิน เป็นบทบาทที่สำคัญมากบทบาทหนึ่งเพราะการประเมิน เป็นกระบวนการสำคัญในการให้การช่วยเหลือทุก ๆ ขั้น โดยในขั้นเริ่มต้นประเมินเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหา ขั้นต่อมาประเมินเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อดำเนินการต่อไป โดยการประเมินจะเป็นการประเมินเปรียบเทียบที่ครอบคลุมทั้งสถานะการณ์ก่อนเกิดปัญหา กระบวนการทางปัญญา พฤติกรรม สภาวะทางสรีระวิทยา และอารมณ์ และสิ่งที่ทำให้พฤติกรรมคงอยู่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้มีปัญหา ให้ผู้มีปัญหาสังเกตตนเอง หรือ ตอบแบบสอบถาม หรือแบบวัดต่าง ๆ หรือ สัมภาษณ์ผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้มีปัญหา

6.1.3 บทบาทในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา ในบทบาทนี้ Dryden และ Golden (1987: 359-365) เสนอไว้หลายแบบ ตามการพิจารณากระบวนการทางปัญญาของนักพฤติกรรม-ปัญญานิยมแต่ละบุคคล เช่นให้ผู้ที่มีปัญหาประเมินความคิดและการรับรู้ของตนใหม่ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ตนเอง ปรับคำพูดของตนเองใหม่เพื่อแทนคำพูดเก่าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหา ฝึกซ้อมหลาย ๆ ครั้งในการคิดแบบใหม่ จัดกรอบความคิดใหม่ให้เหมาะสม โต้แย้งกันในลักษณะของความคิด เพื่อส่งผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือสอนทักษะในการแก้ปัญหา ให้นำไปใช้ในอนาคตที่จะต้องเผชิญกับปัญหา ที่คล้ายคลึงกับปัญหาเดิม หรือปัญหาใหม่ เป็นต้น

018193

6.2 การตั้งเป้าหมาย

ผู้ช่วยเหลือและผู้มีปัญหาจะต้องตั้งเป้าหมายสำหรับแต่ละปัญหาร่วมกัน ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดถึงวิธีการปฏิบัติต่อไป ในบางกรณีอาจตั้งเป้าหมายย่อย ๆ ไว้ด้วย เพื่อให้เห็นทางปฏิบัติชัดเจนขึ้น การตั้งเป้าหมายนี้ตั้งขึ้นโดยการพิจารณาจากแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม แล้วมาวิเคราะห์ร่วมกับปัญหาที่ต้องการจะแก้ไข

การตั้งเป้าหมายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้การช่วยเหลือ เพราะจะช่วยให้ผู้มีปัญหามองเห็นว่าจะต้องทำอะไรร่วมกับผู้ช่วยเหลือจึงจะได้ผล และถ้าไม่ให้ความร่วมมือจะเป็นผลอย่างไร และเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดระดับความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้คาดหวังได้ว่า ผลของการแก้ปัญหาจะเป็นอย่างไร เพราะสามารถมองเห็นโครงสร้างของวิธีการช่วยเหลือได้ชัดเจน การตั้งเป้าหมายที่ดียังจะช่วยให้มองเห็นทางในการประเมินผล และช่วยเตรียมให้ผู้มีปัญหาสามารถเผชิญกับสภาพการณ์จริง หรือสถานการณ์ที่มีปัญหาก่อนการยุติการช่วยเหลือ

ลักษณะการตั้งเป้าหมายควรตั้งเป้าหมายในเชิงบวก เพื่อให้มองเห็นจุดเป้าหมายที่จะต้องเดินไป มากกว่าจะทำให้รู้สึกว่าจะต้องทิ้งให้ไกลจากสิ่งใด ถ้าตั้งวัตถุประสงค์ในเชิงลบ นอกจากนั้น การตั้งเป้าหมายต้องชัดเจนเฉพาะเจาะจงลงไปในรายละเอียดให้ชัดเจน เช่นในสถานะการณ์ใด จะต้องทำอย่างไร สังเกตสิ่งใด เป็นต้น

6.3 งานที่จะต้องทำ

องค์ประกอบด้านงานนี้ จะช่วยให้ผู้มีปัญหาเข้าใจกระบวนการเกิดปัญหาของเขา และมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาร่วมกัน งานหรือกิจกรรมที่สำคัญ คือ

6.3.1 การซักซ้อม (Rehearsal) เป็นการซักซ้อมเพื่อเตรียมให้ผู้มีปัญหาเกิดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาโดยผ่านกระบวนการฝึกหัด และฝึกแสดงพฤติกรรม เพื่อที่จะให้โอกาสผู้มีปัญหาได้ลองเทคนิคต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่ปลอดภัยก่อน เมื่อเกิดทักษะแล้วจึงเข้าไปฝึกในสถานการณ์จริงต่อไป ในระยะนี้ควรให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อจะได้เกิดการพัฒนาทักษะมากขึ้น

6.3.2 แบบฝึกหัด (Homework) ในทุก ๆวิธีของการช่วยเหลือแบบพฤติกรรม-ปัญญานิยมให้ความสำคัญ และเน้นการทำแบบฝึกหัดที่บ้านว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการปรับเปลี่ยน โดยลักษณะเนื้อหาทั่ว ๆ ไป จะช่วยให้ผู้มีปัญหาได้สังเกตความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหาของตนเอง เพื่อจะช่วยพัฒนาทักษะในการประเมินตนเอง และพัฒนาความคิดที่

เหมาะสม แทนที่ความคิดเดิมที่เป็นต้นโซ่ของพฤติกรรมปัญหา เช่น ฝึกความคิดว่าตนเองมีศักยภาพแทนที่จะยอมแพ้ต่อตนเอง (self-defeated) นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้มีปัญหาสังเกตพฤติกรรมตนเองที่แสดงเมื่ออยู่ในภาวะวิตกกังวล กลัว ในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ต้องการ หลีกหนี เป็นต้น

แบบฝึกหัดอาจทำให้ผู้มีปัญหารู้สึกต่อต้าน ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นปัญหาบางอย่างในสัมพันธภาพระหว่างผู้ช่วยเหลือและผู้มีปัญหา เช่น การวิเคราะห์ปัญหาผิดไป หรือใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสมกับปัญหา ดังนั้นหลังจากการประเมินปัญหาที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากระหว่างผู้ช่วยเหลือกับผู้มีปัญหาแล้ว ควรย้ำความสำคัญของการบ้านอีกครั้งหนึ่ง หรือชี้ถึงประโยชน์ของแบบฝึกหัดที่เคยทำมาแล้วต่อผลของการแก้ปัญหา

6.3.3 การเฝ้าสังเกตตนเอง (self - monitoring) การเฝ้าสังเกตตนเองเป็นวิธีที่ใช้ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้มีปัญหา โดยการให้สังเกตตนเอง และบันทึกว่ามีพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น โดยให้บันทึกถึงความถี่และความรุนแรงของการเกิด ผลของการบันทึกจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาการช่วยเหลือ และควรบอกให้ผู้มีปัญหาเห็นความสำคัญนี้ เพื่อจะได้ตระหนักถึงความถูกต้องของข้อมูลอย่างเต็มที่

โดยในการเฝ้าสังเกตตนเองนี้ เครื่องมือและลักษณะการวัดไม่ควรยุ่งยากเกินไป จากผลของการเฝ้าสังเกตตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากจน Kirk (1990 : 47) กล่าวว่า เป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการช่วยเหลือตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

7. รูปแบบการให้การช่วยเหลือตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

จากวิธีการช่วยแก้ปัญหาบุคคลตามแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม ที่ได้เสนอมาแล้ว นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ได้เสนอรูปแบบการช่วยเหลือไว้หลายรูปแบบ โดยมีวิธีหลักใหญ่ๆ และองค์ประกอบที่สำคัญของการช่วยเหลือเหมือนกัน แต่แตกต่างกันไปในด้านการพิจารณาลักษณะกระบวนการทางปัญญาเท่านั้น ซึ่งก็ส่งผลทำให้ทักษะย่อยที่ต้องฝึกต่างกันออกไป จุดเน้นของการให้การช่วยเหลือทุกวิธีคือ การเข้าไปปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา เพื่อหวังให้พฤติกรรมเปลี่ยนและจากจุดประสงค์หลักเพื่อให้พฤติกรรมเปลี่ยน ดังนั้นตัวบ่งชี้ว่าความสำเร็จของการช่วยเหลือจะต้องประเมินที่พฤติกรรม หรือในบางวิธีอาจประเมินที่ตัวกระบวนการทางปัญญา เพื่อแสดงให้ดูถึงการเปลี่ยนแปลงตามโปรแกรมการช่วยเหลือด้วย

จากวิธีการช่วยแก้ปัญหาบุคคลตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ที่ได้เสนอมาแล้ว ได้มีการพัฒนาแบบให้การช่วยเหลือไว้หลายรูปแบบแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังที่ Mahoney และ Arvkoff (1978 cited in Dryden and Golden,1987:373-380) ได้เสนอไว้ดังนี้

1. การบำบัดโดยฝึกให้มีทักษะในการเผชิญปัญหา (coping-skills therapies ,CS) เหมาะสำหรับใช้กับบุคคล ที่มีปัญหาในการเผชิญกับสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งอาจทำให้บุคคลรู้สึกโกรธ วิตกกังวล หรือเป็นสิ่งเร้าทางลบ ผู้บำบัดจะให้บทเรียนเกี่ยวกับการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์เหล่านั้น โดยต้องการที่จะให้ลดผลกรรมทางลบจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น การบำบัดโดยการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยรูปแบบ ดังนี้

- Anxiety management Training (AMT, Suinn & Richardson,1971)
- Stress Inoculation Training (SIT, Meichenbaum,1973)
- Systematic Rational Restructuring (Goldfried,1974)

2.การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving Threrapies,PS) เป็นการพัฒนาขั้นตอนที่จะเผชิญปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้น ขณะที่ดำเนินการช่วยเหลือตามโปรแกรม ประกอบด้วยรูปแบบดังนี้

-Interpersonal Cognition Problem Solving Therapy (ICPS , Platt et al. ,1971)

-Problem-solving Therapy (PST,D Zurilla & Goldfried ,1971)

-Personal Science (Mahoney,1974)

-Self control Therapy (Rehm,1977)

3.การบำบัดโดยการเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Restructuring Method,CR) เป็นความต้องการผลในการเปลี่ยนโครงสร้างภายใน ที่เป็นปัญหาของบุคคลเสียใหม่ เป็นการเผชิญกับสิ่งเร้าภายในของบุคคล เช่น การเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อตนเอง ที่มีผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เป็นต้น ตัวบ่งชี้ว่าโครงสร้างภายในเปลี่ยนก็พิจารณาที่การรายงานของบุคคลว่าเขาคิดอย่างไร แล้วประเมินที่อารมณ์และพฤติกรรมประกอบเข้าไปการบำบัด

โดยการเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา เป็นประเภทการฝึกที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดความวิตกกังวลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยรูปแบบดังนี้

-Rational-Emotive Therapy (RET, Ellis,1962)

-Cognitive Therapy (CT, Beck,1963)

-Self-instructional Training (SIT, Meichenbaum,1971)

-Rational Behavioral Restructuring (RBT, Maultsby,1975)

-Structural Cognitive Therapy (SCT, Guidano & Liotti,1980)

-Cognitive Appraisal Therapy (CAT, Wessler & Wessler,1983)

-Personal Construct Therapy (PCT, Niemeyer,1985)

(Dobson, 1988 : 12 ; Dryden and Golden, 1987)

จากรูปแบบในการช่วยเหลือที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าเป็นวิธีที่ผู้มีปัญหาต้องช่วยตนเอง (Self-help technique) สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และปัญหาที่คล้ายกันในอนาคต สนใจการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก และต้องมีการอภิปรายวิเคราะห์ร่วมกัน (Kirk, 1990 : 14) โดยผู้มีปัญหาจะได้รับการอธิบายหรือสอนให้เข้าใจถึงกระบวนการเกิดปัญหาของตนเอง ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ก่อนที่จะมีการให้ความรู้และทักษะแตกต่างกันไปตามแต่ละรูปแบบ โดยลักษณะการสอนจะเป็นการสอน โดยผู้ให้การช่วยเหลือจะอธิบายยกตัวอย่างใช้คำถามนำ หรืออภิปราย ก็แล้วแต่วิธีการสอนของผู้ให้การช่วยเหลือ (Dobson, 1988 : 29) และมีกำหนดระยะเวลาของการบำบัด ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ และไม่เกิน 12 สัปดาห์ (Scott, 1990 : 8) โดยการประเมินผลจะประเมินผลครั้งสุดท้ายที่การเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก (Dobson,1988 : 3)

จากการศึกษารูปแบบการให้การช่วยเหลือตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ผู้วิจัยสนใจในประเด็นดังนี้

1. ในเรื่องการพิจารณากระบวนการทางปัญญา ยังไม่มีรูปแบบใดที่พิจารณาถึงลักษณะการคิดหรือพูดกับตนเอง และให้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด ที่ตรงกับลักษณะการคิดที่นำสู่ปัญหา ความวิตกกังวลของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โดยตรง

2. ยังไม่มีรูปแบบใด เตรียมหรือฝึกฝนให้ผู้ที่มีปัญหา สามารถสังเกตตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในด้านการสังเกตการคิดของตนที่เกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระทบ ซึ่งถ้าบุคคลได้รับการฝึกจนเกิดทักษะในเรื่องนี้แล้ว ก็จะสามารถทราบได้ว่า สิ่งเร้าจะนำตนเองสู่ภาวะปัญหาได้ในช่วงต้นๆของการเกิดปัญหา และแก้ไขได้ทันท่วงที

จากจุดที่ขาดไปนี้เอง ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะเสนอรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดความวิตกกังวลโดยมุ่งที่จะพิจารณาปัญหาตามความจริงในทุกๆด้าน และแยกแยะประเด็นให้ชัดเจน รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อบทบาทของตนเองในการกำหนดสิ่งต่างๆ และสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดขึ้นใหม่ เพื่อฝึกใช้ร่วมกับสติ

ข. ความวิตกกังวล (Anxiety)

คำว่า ความวิตกกังวล ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า "anxiety" เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน คือ คำว่า "anxius" ซึ่งได้พบว่าเริ่มใช้ในภาษาลาติน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1525 เมื่อศึกษาจากการแยกคำ คำว่า "anx" ในภาษาลาตินมาจากคำว่า "angere" ในภาษาลาตินเช่นเดียวกัน ซึ่งแปลว่า หายใจไม่ออก อึดอัด หรือถูกบีบรัด ดังนั้นคำว่า "anxius" จึงหมายถึง ความรู้สึกอึดอัด เป็นสภาวะที่ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ และรู้สึกว่าอยู่ในอันตราย ซึ่งเป็นภาวะที่มนุษย์เคยมีประสบการณ์ทุกคน (Lewis 1970 ,cited in Beek et al, 1986 :8)

ภาวะความวิตกกังวลตามแนวคิดของนักพฤติกรรม-ปัญญานิยม เป็นภาวะที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบบุคคล แต่เกิดจากการที่กระบวนการทางปัญญา (การคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ) ได้รับรู้และประเมินสถานการณ์ ว่าจะทำให้เกิดอันตราย หรือคุกคามตนเอง แล้วเกิดพฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งลักษณะทางสรีรวิทยา ที่เป็นปัญหาขึ้น (Clerk, 1990 : 52 ; Spilberger, 1984 : 277 ; Deffenbacher, 1988 : 9)

ความวิตกกังวล นับเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของบุคคลในระดับหนึ่ง ความวิตกกังวลมีประโยชน์ในการป้องกันภัยอันตรายให้แก่บุคคล เช่น การเดินข้ามถนน การขับรถ การทำงานกับเครื่องจักร ฯลฯ เพราะความวิตกกังวลจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความระมัดระวังมากขึ้น แต่ถ้าการกระตุ้นดังกล่าวมีมากเกินไปจนไม่สามารถจะควบคุมได้ ก็จะเกิดปัญหาขึ้น (Scott, 1990 : 72)

การแยกความวิตกกังวลซึ่งเป็นภาวะปกติส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน กับความวิตกกังวลที่ควรได้รับการช่วยเหลือนั้น แม้จะเป็นการยากที่จะพิจารณาให้ขาดจากกันอย่างชัดเจน แต่ก็พอจะพิจารณาเพื่อแยกจากกัน ดังที่ Beck และคณะ (1985 : 30) ได้เสนอไว้ว่า ความวิตกกังวลที่เป็นภาวะปกติ พิจารณาได้จากสิ่งเร้าที่มากระทบบุคคล ลักษณะการประเมินหรือรับรู้สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ และลักษณะการแสดงออกเมื่อถูกกระทบโดยสิ่งเร้าดังกล่าว โดยสิ่งเร้าที่มากระทบบุคคลจะต้องมีจริง และการประเมินสิ่งเร้าจะต้องไม่รุนแรงเกินกว่าที่สิ่งเร้าจะมีผลกระทบต่อบุคคลจริง ๆ อีกทั้งการแสดงออกเพื่อโต้ตอบต่อสิ่งเร้าในภาวะความวิตกกังวลนั้น ก็ไม่ควรจะนานจนเกินไป ในกรณีที่การแสดงความวิตกกังวลแสดงออกในระยะเวลาที่ยาวนาน และรุนแรง ทั้ง ๆ ที่สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ไม่ได้ทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง หรือไม่ได้มีผลทางลบในทุกครั้งที่เข้ามากระทบ หรือยังคงแสดงความวิตกกังวลอยู่ ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งเร้าดังกล่าวแล้ว ก็พิจารณาได้ว่าเป็นภาวะความวิตกกังวลที่ควรได้รับการช่วยเหลือ

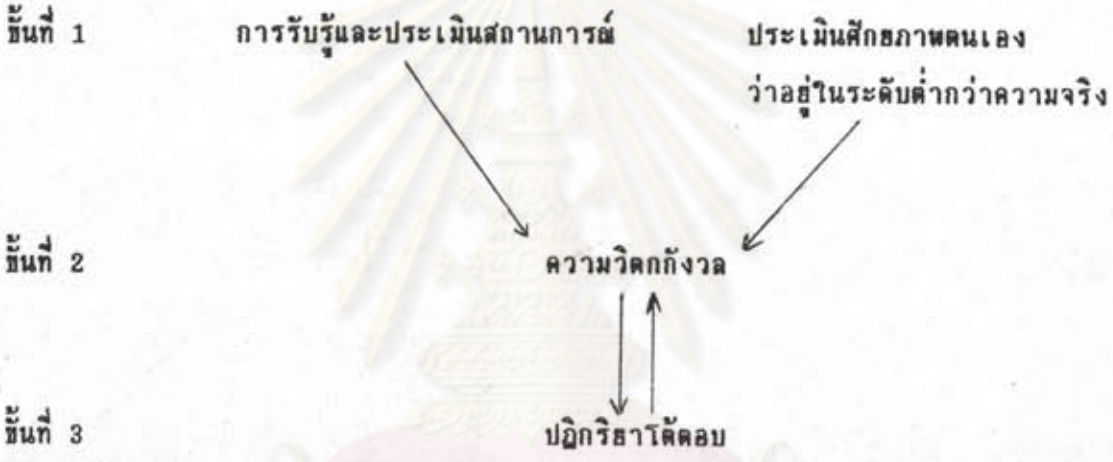
จากการศึกษาภาวะวิตกกังวลตามแนวคิดของนักพฤติกรรม-ปัญญานิยม (Butler, Scott, Lazarus, Trower, Clark, Spielberger, Wilson, Dobson) ผู้วิจัยได้รวบรวมการอธิบายภาวะวิตกกังวล ในแง่ของการเกิดความวิตกกังวล ประเภทของความวิตกกังวล การแสดงออกของความวิตกกังวล วิธีการให้ความช่วยเหลือ และการวัดความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1. การเกิดความวิตกกังวล

ดังได้กล่าวแล้วว่า ภาวะความวิตกกังวลตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม เป็นภาวะที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงจากสถานะการณ์ที่เข้ามากระทบบุคคล แต่เกิดจากการที่กระบวนการทางปัญญา รับรู้ และประเมินสถานการณ์ว่าจะทำให้เกิดอันตราย หรือคุกคามตนเอง จึงทำให้เกิดพฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งลักษณะทางสรีระที่เป็นปัญหาเกิดขึ้น ดังนั้นการเกิดความวิตกกังวล ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม จึงพิจารณาที่การรับรู้ และการประเมินสถานการณ์ของกระบวนการทางปัญญาเป็นหลัก หรือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

ลักษณะการรับรู้ และการประเมินของกระบวนการทางปัญญา ที่ทำให้เป็นจุดนำไปสู่ความวิตกกังวล มีลักษณะสำคัญซึ่งรวบรวมอธิบายได้ดังนี้

1) การรับรู้ และการประเมินสถานการณ์ ว่าจะมีผลกระทบต่อตนเองในด้านลบประกอบกับ ประเมินศักยภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง Butler (1987 cited in Scott, 1990 : 97-99) กล่าวว่า การรับรู้ และการประเมินสถานการณ์ในลักษณะนี้ จะนำไปสู่ความวิตกกังวล แล้วส่งผลกระทบให้เกิดการโต้ตอบทางพฤติกรรม สรีระ และอารมณ์ โดยจะโต้ตอบออกมาในลักษณะหลีกหนี ระมัดระวังมากกว่าปกติ ซึ่งอาจจะเป็นผลกลับไปทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นได้ ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 4 ดังนี้



แผนภาพที่ 3 แสดงลักษณะการเกิดความวิตกกังวล (Butler, 1987 Cited in Scott, 1989 : 98)

2. การรับรู้และการประเมินสถานการณ์มีความผิดพลาด ดังที่ Lazarus (1966, cited in Trower et al, 1988 : 100-101) อธิบายไว้ว่า การรับรู้และการประเมินผิดพลาด ในลักษณะดังนี้

2.1 บุคคลคิดคัดสิน สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ว่าจะทำให้เกิดอันตรายได้มากเกินกว่าความเป็นจริง และประเมินระดับของอันตรายสูงมากเกินไป

2.2 บุคคลมักมีลักษณะที่จะมีแนวโน้มในการคิดต่อสถานการณ์ ไปในทางลบ โดยไม่สนใจที่จะหาผลในทางบวกที่มีอยู่

2.3 บุคคลมักจะคิดว่าสถานการณ์ที่ไม่น่าจะมีอันตราย อาจจะนำไปสู่อันตรายได้ เช่น การติดเชื้อเล็ก ๆ น้อย ที่ผิวหนัง และได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว แต่ก็ยังวิตกกังวลว่าอาจจะนำไปสู่โรคร้ายแรง เช่น มะเร็งผิวหนัง หรือโรคเอดส์ ได้เป็นต้น

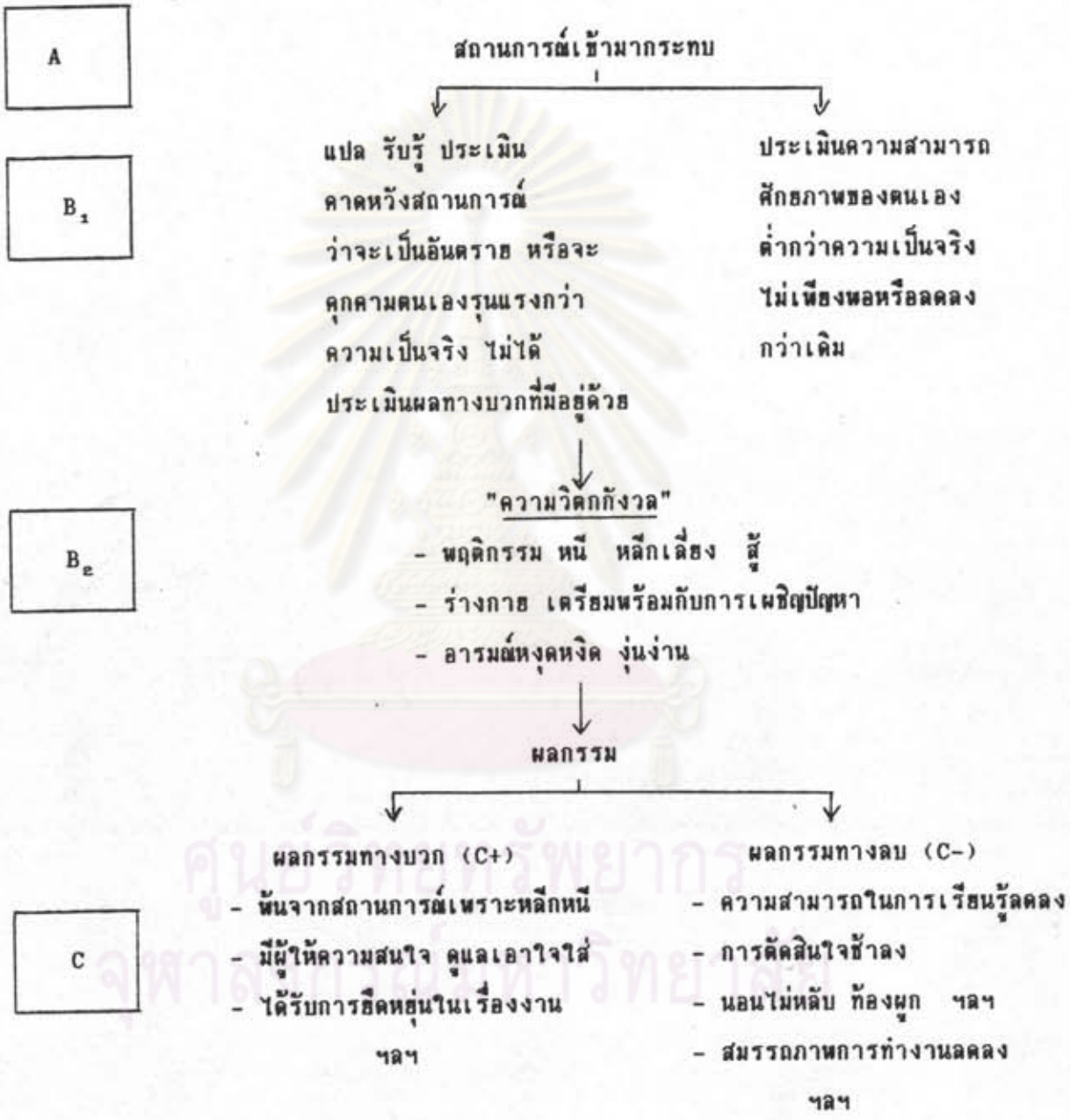
3. ลักษณะความคิดอัตโนมัติ หรือ ลักษณะการพูดกับตนเอง ที่แตกต่างกันไประหว่างบุคคล ก็เป็นเหตุประการหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ และประเมินสถานการณ์ เป็นไปในทางที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ โดยลักษณะความคิดอัตโนมัติ หรือลักษณะการพูดกับตนเองนี้ อาจจะเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้เก่า กฎส่วนตัวของบุคคล หรือเกิดจากความเชื่อที่ผิด เป็นต้น (Clark et al, 1988 : 52-91)

4. บุคคลประเมินว่า ตนเองมีศักยภาพต่ำลงกว่าเดิม และประเมินว่าไม่เพียงพอที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบได้ เพราะสถานการณ์มีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม เช่น ภาวะที่ต้องย้ายไปทำงานใหม่ ซึ่งงานมากกว่าเดิม การเดินทางไปต่างประเทศ และต้องใช้ภาษาต่างประเทศและต้องปรับตัวหลาย ๆ เรื่อง เป็นต้น (Trower et al, 1988 : 114)

5. นอกจากที่การรับรู้ และการประเมินสถานการณ์ของบุคคลจะเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาความวิตกกังวล การขาดทักษะบางประการ ก็ยังเป็นตัวเสริมทำให้การรับรู้และการประเมินผิดพลาดมากขึ้นไปอีก เช่น ทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบให้ชัดเจน ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะในการเข้าสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวเอื้อให้การรับรู้และการประเมินสถานะการณ์ เป็นไปในทางลบมากขึ้น (Trower et al, 1988 : 114)

นอกจากการรับรู้และประเมินสถานะการณ์จะเป็นจุดพิจารณาหลักใหญ่ ของการเกิดความวิตกกังวลแล้ว นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม ก็ยังพิจารณาถึงสิ่งเร้าที่เป็นตัวเสริม ทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย เช่น ในขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามนั้น เป็นขณะเดียวกับที่มีสิ่งเร้าอื่นด้วย เช่น ต้องรับผิดชอบมากขึ้นในงานที่ทำอยู่ เพิ่งคลอดบุตร หรือต้องย้ายบ้าน เป็นต้น (Trower et al, 1988 : 114)

จากแนวคิดของ นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม ที่เสนอเกี่ยวกับการเกิดความวิตก-กังวลพอสรุปได้ดังแผนภาพที่ 5 ต่อไปนี้ คือ



แผนภาพที่ 4 แสดงการอธิบายความวิตกกังวลตามแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม โดยการรวบรวมจากแนวคิดทางพฤติกรรม-ปัญญานิยม และลักษณะของความวิตกกังวล

2. ประเภทของความวิตกกังวล

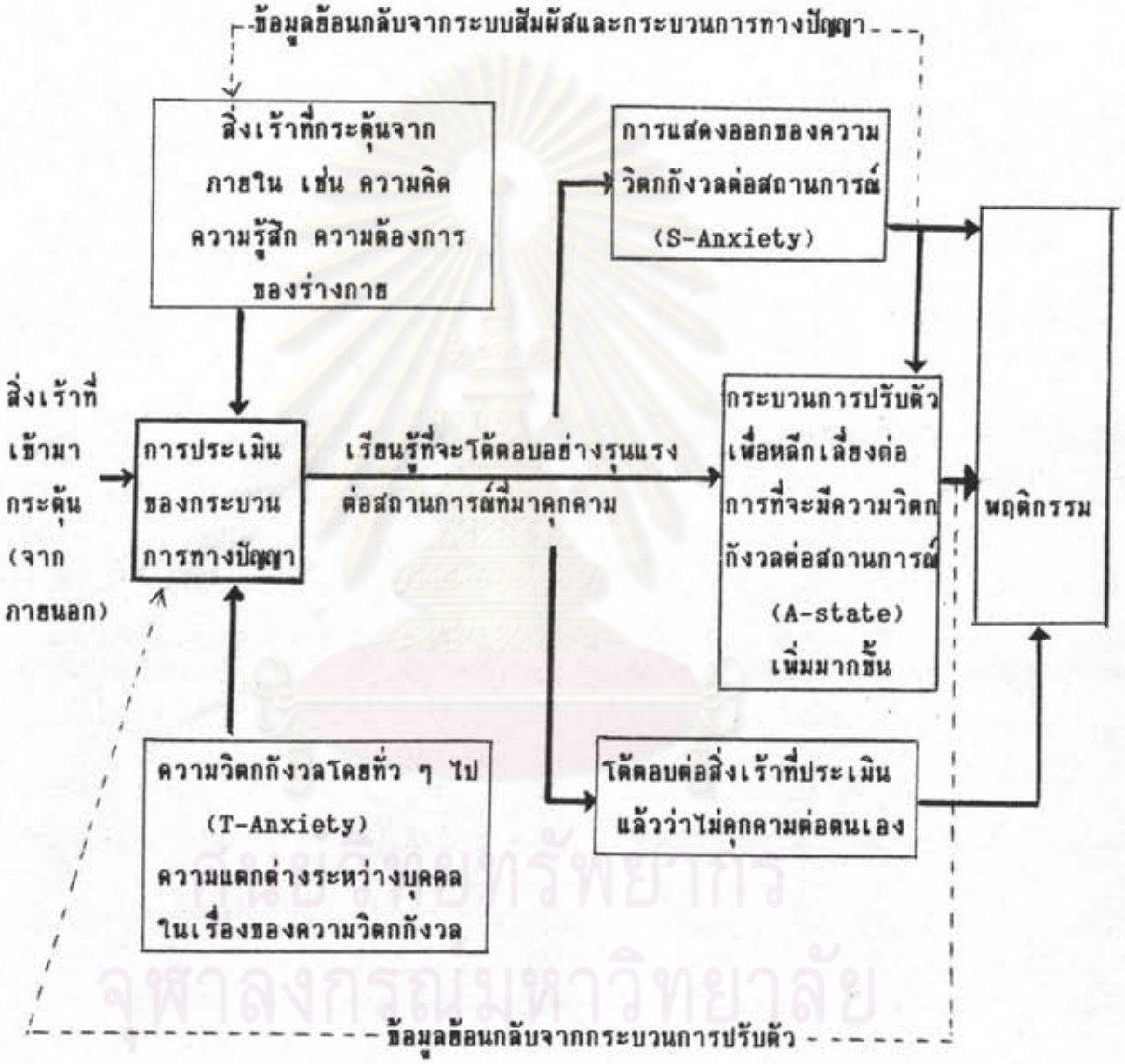
Spielberger (1972 : 487-489) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ Trait-Anxiety (A-trait) และ State-Anxiety (A-State)

ความวิตกกังวลแบบ A-trait เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบ A-state เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบ A-trait ค่อนข้างสูงจะรับรู้และ แปลความ ประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มี A-trait ต่ำกว่า

ความวิตกกังวลแบบ A-state คือ ความวิตกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตราย หรือคุกคามบุคคล ลักษณะ อารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบ A-state จะสังเกตเห็นได้ และผู้มีปัญหาจะสามารถรายงานได้ชัดเจน

ความสัมพันธ์ของ A-trait และ A-state ก็คือ เมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล กระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ ฯลฯ รวมทั้ง A-trait จะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ และเมื่อประเมินได้ว่าสิ่งเร้าจะเข้ามาทำอันตราย หรือคุกคามตนเอง ก็จะเกิดปฏิกริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์ดังกล่าว (A-state) ทั้งในด้าน จิตวิทยา พฤติกรรม และสรีระ ดังนั้นถ้าบุคคลมี A-trait สูงก็จะเป็นตัวเสริมให้ A-state ค่อนข้างสูง กว่าผู้ที่มี A-trait ต่ำ นอกจากนั้นปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าก็ยัง ย้อนกลับไปมีผลต่อกระบวนการทางปัญญาอีกครั้งหนึ่ง ดังแผนภาพที่ 6 ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 5 แสดงลักษณะการเกิดและความสัมพันธ์ของ T-Anxiety และ S-Anxiety โดย Speilberger (อ้างอิงใน Speilberger, 1988 : 38)

3. การแสดงออกของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นผลรวมที่เกิดจากการประเมินของกระบวนการทางปัญญาต่อสถานะการณ์ที่เข้ามากระทบ ว่าจะเป็นอันตราย หรือคุกคามตนเอง ผลกรรมที่เกิดจากการประเมินของกระบวนการทางปัญญาดังกล่าว มี 3 ด้านที่สำคัญ ซึ่งแม้ว่าจะร่วมกันอยู่ในภาวะความวิตกกังวล แต่หากที่จะแยกให้เห็นเพื่อความชัดเจน แต่ละด้านดังนี้ (Trower et al, 1988 : 109-121 ; Beck et al, 1985 : 25-27 ; Whitmore, 1987 : 6-35)

1) การแสดงออกทางสรีระ เป็นลักษณะที่สังเกตได้ง่าย และผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะบ่นถึงอาการเหล่านี้ โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้ตระหนักว่าอาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงความวิตกกังวลของตนเอง โดยลักษณะเหล่านี้อาจเกิดเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือบางลักษณะกับบุคคลเท่านั้น การแสดงออกทางสรีระนี้เป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายต่อการที่จะต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น กล้ามเนื้อตึงเครียด เช่น บริเวณ ท้อง ขา ศีรษะ ฯลฯ ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะ ท้องเสีย เป็นต้น

2. การแสดงออกทางด้านจิตวิทยา เป็นลักษณะที่รวมลักษณะไว้ 2 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และการคิด ที่แสดงออกเมื่อเกิดภาวะความวิตกกังวล

ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ ในภาวะความวิตกกังวลก็เช่น รู้สึกตกใจ เหมือนจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวจะต้องอยู่กับภาวะนี้ต่อไป หรือรู้สึกเหมือนกับว่าปัญหาจะมากขึ้นจนตนเองจะสู้ไม่ไหว ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม ส่วนความรู้สึกกระสับกระส่าย ฉุนเฉียว หงุดหงิด ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นความรู้สึกตื่นตัวของบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น (Whitmore 1987 : 20)

ลักษณะการแสดงออกทางความคิด ในภาวะความวิตกกังวล เช่น ความจำลดลง ความคิดไม่กว้าง หมกหมุ่นความคิดอยู่กับเรื่องของตนเอง

3. การแสดงออกทางพฤติกรรม ดังเช่น หลีกหนีสถานการณ์หรือบุคคลที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ยับยั้งการแสดงพฤติรรมบางอย่าง ทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ เช่น เดินไปมา หรือล้างมือบ่อย ๆ ใช้ยา สุรา ฯลฯ เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับภาวะวิตกกังวล มีพฤติกรรมการระแวดระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

4. การให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความวิตกกังวล

การช่วยเหลือผู้มีปัญหาความวิตกกังวล ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยมมีวัตถุประสงค์การให้การช่วยเหลือ เพื่อที่จะช่วยให้บุคคลประเมินสถานะการณ์ปัญหาและการคิดต่อสถานะการณ์ปัญหาให้ใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุด และช่วยให้บุคคลมองเห็นวิธีการที่จะเผชิญปัญหาตามความสามารถของตน วิธีการให้การช่วยเหลือในด้านกระบวนการทางปัญญาก็โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐาน ของการเกิดปัญหาความวิตกกังวลว่าเกิดขึ้นได้อย่างไรและเชื่อมโยงให้เห็นว่า ถ้าเขาคิดในทางลบต่อเหตุการณ์ต่อไปจะเป็นอย่างไร และถ้าคิดในทางบวกต่อเหตุการณ์ ต่อไปจะเป็นอย่างไร หลังจากนั้นจึงให้เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา เพื่อใช้ลดปัญหาความวิตกกังวล (Trower et al ,1988 : 115-121)

แนวทางการให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาความวิตกกังวล ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ดังที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 ลักษณะ มีรูปแบบที่เป็นที่รู้จักและนิยมใช้ 4 รูปแบบ คือ

1) การใช้จินตนภาพ ลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Imaginal Desensitization) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้สิ่งเร้าในจินตนาการให้กับผู้ป่วย และใช้การผ่อนคลายเป็นตัวเงื่อนไขแทนที่ (Counterconditioning) สำหรับความวิตกกังวล โดยการบำบัดมีลักษณะการศึกษาที่ค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลที่มีลักษณะดังนี้

1.1. แสดงออกถึงปัญหาอารมณ์ และปัญหาด้านสรีระสูง

1.2. ลักษณะของสิ่งเร้าที่มีมากระตุ้น มีลักษณะค่อนข้างชัดเจน เช่น ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด ความวิตกกังวลที่ต้องเดินทางด้วยเครื่องบิน เป็นต้น

1.3. ผู้รับการบำบัดมีลักษณะต่อต้านน้อย และให้ความร่วมมือในการรักษามาก

การจินตนาการเพื่อลดความรู้สึกอย่างมีระบบ ไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลที่ไม่สามารถจินตนาการได้ และผู้ที่ไม่สามารถจะฝึกการผ่อนคลายได้ อีกทั้งไม่เหมาะกับการเกิดความวิตกกังวล ที่เกิดเพราะสิ่งเร้าที่ไม่สามารถจัดระดับขั้นของสิ่งเร้าได้ในสถานการณ์จริง (Deffenbacher and Suinn, 1988 : 9-30)

2) การฝึกการจัดการกับความวิตกกังวล (Anxiety Management Training , AMT) การฝึกการจัดการกับความวิตกกังวลนี้ Suinn และ Richardson ได้พัฒนาขึ้นในปี 1971 (Suinn and Deffenbacher, 1988 : 31) โดยมีความเชื่อเบื้องต้นว่า การให้ความรู้ในเรื่องความวิตกกังวลกับผู้มีปัญหาความวิตกกังวล จะช่วยแก้ปัญหาความวิตกกังวลของเขาได้ ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลก็เช่น การสามารถแยกสัญญาณภายในทั้งในด้านความคิด และสรีระ ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดความวิตกกังวล และฝึกให้รู้จักการโต้ตอบต่อสัญญาณดังกล่าวด้วยการผ่อนคลาย จนนำไปสู่การพัฒนาในการที่จะสร้างลักษณะนิสัยใหม่ที่จะสามารถควบคุม จัดการกับความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง และยังจะสามารถนำวิธีการแก้ปัญหานี้ไปใช้กับการแก้ปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วย

การฝึกการจัดการกับความวิตกกังวล (AMT) เหมาะสำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลที่มีลักษณะดังนี้คือ ความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ ความวิตกกังวลที่ขัดขวางการแสดงออก เช่น การเล่นดนตรี หรือการเล่นกีฬา ที่มีความวิตกกังวลต่อการแสดงออก จากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง ความวิตกกังวลที่ขัดขวางการให้คำปรึกษาต่าง ๆ เช่น ความไม่สามารถตัดสินใจ ในการเลือกอาชีพ เป็นต้น และความวิตกกังวลที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย เช่นเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง ประจำเดือนไม่เป็นปกติเป็นต้น (Suinn and Deffenbacher,1988:31-49)

3) การฝึกการพิจารณาเหตุผลเพื่อลดความวิตกกังวล (Rational Restructuring) การฝึกการพิจารณาเหตุผลเพื่อลดความวิตกกังวล พัฒนาขึ้นโดย Ellis ในปี ค.ศ. 1962 โดยการฝึกให้บุคคลากรได้มองเห็นถึงลักษณะเหตุผลของตนเองที่พิจารณาถึงตนเอง และผู้อื่น ว่านำไปสู่ปัญหาอย่างไร และฝึกให้ใช้เหตุผลในการพิจารณาตนเองและผู้อื่นใหม่ให้เหมาะสมและไม่นำสู่ปัญหา เหมาะสำหรับปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เพราะการโต้ตอบต่อสิ่งเร้าโดยการคิดต่อตนเอง และผู้อื่นในทางลบ เช่นปัญหาความวิตกกังวลในสังคม ปัญหาการรักษาสิทธิของตนเอง (assertiveness) และปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดจากความเชื่อที่ไม่เหมาะสม การฝึกการพิจารณาเหตุผลเพื่อลดความวิตกกังวล ไม่ควรใช้กับผู้ที่มีปัญหาทางด้านการคิด เช่น ผู้ป่วยที่หลงผิด (delusion) เป็นต้น และไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีผลกระทบต่อสรีระมาก ๆ เช่น ยาที่ทำให้ง่วงนอน มีนศีรษะ เป็นต้น (Goldfried, 1988 : 51)

4) การฝึกให้เตรียมพร้อมกับการเผชิญกับความเครียด (Stress Inoculation Training , SIT) การฝึกให้มีการเตรียมพร้อมกับความเครียด ได้พัฒนาขึ้นโดย Meichenbaum ในปี ค.ศ. 1972 เพื่อพัฒนาความคิด และทักษะการผ่อนคลายเพื่อเผชิญกับความเครียด เหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดจากเหตุการณ์ในความคิด หรือมีโครงสร้างในความคิด ที่บุคคลใช้พูดกับตนเอง เช่นผู้ถูกข่มขืนที่ไม่กล้าออกสังคม ความวิตกกังวลต่อการไปรักษาฟัน ความวิตกกังวลในการปฏิบัติวิชาชีพ เช่น ครู เป็นต้น

จากวิธีการให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาความวิตกกังวลนี้ จึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด โดยฝึกร่วมกับการฝึกสติ เพื่อช่วยแก้ปัญหาความวิตกกังวลอีกทางหนึ่ง เพื่อให้เหมาะกับลักษณะของคนไทยมากที่สุดต่อไป

5. การวัดความวิตกกังวลโดยให้ผู้ที่มีปัญหารายงานตนเอง

แบบวัดความวิตกกังวล ที่ใช้อยู่หลายแบบ ดังที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังนี้

1. Taylor manifest anxiety scale (MAS) ของ Taylor (1953) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบรายงานสิ่งที่ปรากฏกับตนเอง แบบวัด MAS นี้นิยมใช้มากในงานวิจัยเชิงทดลอง ประกอบด้วยคำถาม 50 ข้อ ซึ่งเลือกโดยนักจิตวิทยาคลินิก โดยเลือกจากส่วนแบบสอบถามที่ใช้ประกอบอาการวิตกกังวลของแบบวัดบุคลิกภาพ MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) คำถามในแบบวัด MAS เป็นคำถามซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกโดยทั่ว ๆ ไปของบุคคล (A-trait) โดยให้ตอบคำถามว่าผิด หรือถูก ในแต่ละข้อ

2. The Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) ในส่วนของ Anxiety Scale Questionaire (ASQ) พัฒนาขึ้นโดย Cattell และ Scheier ในปี 1903 เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยในคลินิก โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบจากคำตอบที่มีอยู่ และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analytic) เป็นเกณฑ์ที่พิจารณาเลือกข้อคำถาม ASQ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกทั่ว ๆไป และพฤติกรรมที่แสดงออก (trait anxiety)

3. Affect Adjective Check List (AACT) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย Zuckerman ในระหว่างปี 1960-1965 เพื่อวัดความวิตกกังวลทั้งแบบทั่ว ๆ ไป

(A-trait) และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ (A-state) เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความรู้สึกในวันที่ทำแบบสอบถาม เพื่อวัด A-state ส่วน A-trait เป็นส่วนที่ให้ผู้ตอบอธิบายว่าเขามีความรู้สึกทั่ว ๆ ไปในลักษณะใด เช่น มาก น้อย บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง เป็นต้น

4. State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI) โดย Spielberger และคณะ (1983) เป็นแบบวัดที่พัฒนาจาก STAI form X (1977) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (A-state) ที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันแพร่หลายมากที่สุด ทั้งในคลินิกและในงานวิจัย ในขณะนี้ และเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

5. Self-rating Anxiety Scale (SAS) ของ Zung และ Cavenar (1988) เพื่อใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในคลินิก โดยจะประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะ และอาการทางกาย 15 ลักษณะ ที่เกิดจากความวิตกกังวล

6. Anxiety scale ของ Lehres และ Woslfolk (1982) เสนอเพื่อแบ่งแยกคะแนนของอาการทางกาย กับทางความคิด รวมทั้งทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัว และความวิตกกังวล

7. Test Anxiety Scale ของ Sarason (1972) ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลโดยให้ตอบคำถามว่า จริง หรือไม่จริง มีจำนวน 37 ข้อคำถาม เป็นแบบวัดความวิตกกังวลต่อการทดสอบ โดยเฉพาะ

8. Test Anxiety Behavior Seale โดย Suinn (1969) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ให้เลือกตอบแบบ Likert คือมีระดับมากสุดจนถึงน้อยที่สุด 5 ระดับ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลต่อการทดสอบ เช่นเดียวกับ Test Anxiety Scale

9. Fear Inventory โดย Wolpe (1969) เป็นแบบทดสอบที่ใช้เลือกตอบแบบ Likert 5 ระดับ โดยมีสถานการณ์ให้ตอบ 87 สถานการณ์ เพื่อตรวจเช็คสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล

10. Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck และคณะ (1988) เป็นแบบทดสอบที่ให้เลือกตอบแบบ Likert 5 ระดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เฉพาะแบบวัดความวิตกกังวล โดยไม่ได้วัดทางด้านสรีระ เพราะได้พิจารณาและพบว่ามีตัวแปรแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้มากเกินกว่าที่จะนำผลของการวัดทางสรีระมาอธิบายผลการทดลองได้ จึงเลือกใช้แบบวัด STAI ของ Spielberger ซึ่งมีค่าความเที่ยง ความตรงที่เป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบข้ามวัฒนธรรมอีกด้วย (Speilberger , 1988 : 40)

ค. สติ (mindfulness)

1. ความหมายของสติ

ตามแนวพุทธศาสตร์ สติ แปลได้ว่า ความระลึกได้ ความไม่ลืม คือ ระลึกได้โดยมีความรู้สึกตัวก่อนที่จะทำ พูด หรือเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ไม่เผลอ ไม่เลินเล่อ ตื่นตัวต่อหน้าที่ เป็นภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการตอบรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และตระหนักว่าควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไร (พระราชวรมุนี, 2529 : 804 ; ปัญญานันทภิกขุ 2534 : 4-5) เช่นเดียวกับที่ พุทธทาสภิกขุ (2531 : 7-8) กล่าวว่า สติ แปลว่า แล่น เป็นการแล่นมาของความรู้ แล่นมาของปัญญา สติ เป็นเครื่องขนส่งปัญญามาใช้งาน ถ้าไม่มีสติก็จะไม่มีอะไรขนส่งปัญญา

Sobin S. Namto (1989 : 26-27) อดีตพระสงฆ์ไทย ผู้ก่อตั้งสำนักฝึกสมาธิและสติ ตามแนวพุทธศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา อธิบายว่า สติเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับการประมวลความจริงที่เกิดขึ้นกับตนในทุกขณะของการดำเนินชีวิต สติเป็นการให้ความสนใจต่อความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น การคิดต่าง ๆ การโกรธ สงบ เป็นต้น และสนใจต่อภาวะทางกาย เช่น ท่าทางการเคลื่อนไหว ลมหายใจ เป็นต้น หลวงพ่อ เทียน จิตตสุโภ (2531 : 43-44) ก็ใช้ความรู้สึกต่อการเคลื่อนไหว เป็นหลักในการทำให้เกิดสติขึ้น และกล่าวว่า "สติ" ก็หมายถึง "การรู้ตัว" นั่นเอง คือ เคลื่อนไหวก็รู้ กระพริบตาก็รู้ นึกคิดก็รู้

ส่วน Mikulas (1990:154-155) กล่าวว่า สติ (Mindfulness) หมายถึงการตระหนักรู้ (awareness) โดย Mikulas กล่าวว่าการตระหนักรู้ไม่ได้หมายถึงการคิด แต่หมายถึง การรู้ถึงความคิดจากการสังเกตความคิดที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการคิดต่อเนื่องเพิ่มเติม เพียงแต่ดูไปตามความคิดที่เกิดขึ้น

จากความหมายของสติที่ได้ประมวลมานี้ สรุปเป็นนิยามที่เป็นแนวในการวิจัยครั้งนี้ คือ การระลึกรู้ และให้ความสนใจต่อสภาวะทางร่างกาย และลักษณะการคิดต่าง ๆ จนทำให้รู้เท่าทันตนเอง ทั้งด้านสภาวะทางกาย และลักษณะการคิดต่าง ๆ และสามารถดึงเอาความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ทันท่วงทีที่ต้องการ

2. การทำงานของสติ

สำหรับลักษณะการทำงานโดยทั่วไปของสตินั้น พระราชวรมุนี (2529 : 809, 816-817) กล่าวว่า มีบทบาทเด่นชัด คือ การไม่ปล่อยใจให้เลื่อนลอย ไม่ปล่อยอารมณ์ให้ผ่านไปเรื่อยเปื่อย เฝ้าคอยระวัง จับตาดูความคิดแต่ละอย่างที่ผ่านเข้ามา เฝ้าดูคิด ๆ ไม่คลาดหาย โดยไม่รู้เห็นตามที่มันเป็นในขณะนั้น คือ ดู-เห็น-เข้าใจ แบบตรงไปตรงมา หรือแบบสภาววิสัย (Objective) ไม่ใส่ความคิดเห็น หรือความรู้สึกเข้าไปด้วย หรือแบบสรีระวิสัย (subjective) การคิดตามเป็นการตามทันสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นหรือกระทำอยู่ในขณะนั้นๆ ไม่คิดข้องค้างคากับความคิดหรืออารมณ์ที่ผ่านไปแล้ว และไม่ลอยคว้างไปข้างหน้า เลยไปหาสิ่งที่ยังไม่มาและยังไม่มี ถ้าจะพิจารณาเรื่องในอดีต หรือสิ่งที่จะทำในอนาคต ก็จะต้องเป็นความคิดปัจจุบันขณะนั้น คือ รู้ตัวอยู่ตลอดเวลาว่ากำลังคิดเรื่องอะไร ไม่หลุดลอย เลื่อนลอยไปสู่อดีต หรืออนาคต สติจะทำงานโดยจะคิดตามสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น เป็นไปอยู่หรือกำลังกระทำอยู่ในขณะนั้น ๆ เรียกว่าสติจะเป็นอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนพระโสภณคณาจารย์ (2532 : 90-92) ได้สรุปการทำงานของสติเป็น 3 ช่วงคือ

1. ระลึกถึงเรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีตทั้งในเรื่องที่ทำ เรื่องที่พูด เรื่องที่คิด ทั้งของตนเองและของบุคคลอื่น เพราะจะนำสิ่งเหล่านั้นมาใช้ในปัจจุบัน ถ้าไม่มีการระลึกอดีต เราก็จะใช้ปัจจุบันไม่ได้ เช่น การเขียนหนังสือ ก็ต้องระลึกว่า คำนี้สะกดอย่างไร สิ่งที่นำมาระลึกได้เป็นเรื่องในอดีต ที่เคยมีทักษะเคยเรียนรู้มาแล้วจำไว้ และนำเอามาใช้ในปัจจุบันจึงต้องระลึกได้ แต่ระลึกได้ในช่วงที่จำเป็นต้องระลึกไม่ใช่ระลึกเรื่องอดีตอยู่ตลอดเวลา ถ้าระลึกเรื่องอดีตอยู่ตลอดเวลา บางกรณีก็กลายเป็นคนอยู่กับอดีต และเกิดปัญหาขึ้น

2. ระลึกทันในขณะที่เรากำลังทำอยู่ กำลังพูดอยู่ กำลังคิดอยู่ อย่างการฝึกการนับลมหายใจ หรือการฝึกการรู้สึกตัว เป็นการสอนให้ระลึกทัน แม้แต่การนับหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย ก็ให้ระลึกอยู่ แสดงว่าเป็นงานของสติที่เราทำกับปัจจุบัน

3. ย้อนระลึกหลังจากได้ทำไปแล้ว พูดไปแล้ว และคิดไปแล้ว ว่าเป็นอย่างไร ถ้าไม่ถูกต้องก็ปรับปรุงแก้ไข เปลี่ยนแปลง โดยในการย้อนระลึกจะต้องไม่ช้าเกินไป เช่น สมมุติว่า มีคนถามว่า วันนี้วันอะไร ตั้งใจตอบว่าวันพุธ แต่เผลอไปตอบว่าวันพฤหัสบดี ก็ต้องรีบย้อนระลึกและแก้ไขให้ทันท่วงที

ลักษณะการทำงานของสติ หลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ (2533 : 1-16) ได้เปรียบเหมือนมีเก้าอี้อยู่เพียงตัวเดียว แต่มีคน 2 คน วิ่งเข้ามาแย่งกันนั่ง ดังนั้นเมื่อสติเกิดขึ้น สติจะครองบุคคลอยู่ ความไม่รู้ตัวจะหายไปหรือไม่อาจทำหน้าที่ได้ เพราะเมื่อคนไม่รู้สึกตัวก็จะอยู่กับความคิดที่ไม่ได้เจตนาจะคิด (ความคิดที่ไม่ได้เกิดเพราะปัญญา) และเกิดการปรุงแต่งไปเรื่อย ๆ ดังนั้น ความไม่รู้สึกตัวในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการเคลื่อนไหวของความคิด เมื่อความรู้สึกตัวมีมากขึ้น และสามารถครองเก้าอี้ได้ นั่นก็คือความไม่รู้ตัวก็จะหายไป ซึ่งก็หมายถึงการมีสตินั่นเอง

อีกตัวอย่างหนึ่ง หลวงพ่อเทียน (2532:5-6) ได้เปรียบเทียบการคิดที่ไม่ได้เจตนา (ความไม่รู้สึกตัว) ว่าเปรียบเหมือน หนู และสติ (ความรู้สึกตัว) เปรียบเหมือนแมวโดย ธรรมชาติแล้ว แมวจะไล่จับหนูโดยที่ไม่ต้องมีใครสั่ง แต่ถ้าแมวที่ไม่มีแรง ไม่มีกำลังตัวผอม ไล่จับหนูซึ่งตัวโตมีกำลังแรง แมวเมื่อตะปบหนูตามธรรมชาติ ก็จะถูกหนูลากไปเพราะความตกใจกลัวของหนู ยิ่งหนูพยายามวิ่งหนีไปด้วยแรงที่มากเท่าไหร่ แมวที่อ่อนแรงตัวผอมก็จะถูกลากไปเท่านั้น เปรียบเหมือนบุคคลที่ปล่อยให้ความคิดที่ไร้เจตนา มีแรงกำลังมาก สติจึงทำหน้าที่ได้ไม่ดีพอ ดังนั้นถ้าเราฝึกให้สติ (ความรู้สึกตัว) มีกำลังมาก สติ (แมว) ก็จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ เมื่อความคิดที่ไม่ได้เจตนาเกิดขึ้น (หนู) แมวก็จะตะปบหนูได้ทันที เมื่อเราเห็นความคิดในทุกขณะ ไม่ว่าคิดเรื่องใดก็ตาม เราจะเอาชนะมันได้ทุกครั้งไป จะทำสิ่งใด ก็จะมีสติตามอยู่เป็นเพื่อนช่วยเตือนตลอดเวลา

3. ลักษณะของสติ

3.1. สติเป็นสิ่งที่มีเป็นธรรมชาติทั้งในมนุษย์และสัตว์ จะเห็นได้จากการมีสติทำให้เดินไม่สะดุด ไม่หกล้ม ไม่ได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ แต่สติที่มีอยู่ตามธรรมชาตินั้นไม่เพียงพอ เพราะจะเฉื่อยชา ช้า และงุ่มง่าม (พุทธทาสภิกขุ, 2527 : 11-16)

3.2. สติเป็นสิ่งที่ฝึกอบรมให้เกิดมีมากขึ้นได้ สติที่ฝึกดีแล้ว จะรวดเร็วและมากพอ ลักษณะที่จะช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น (พุทธทาสภิกขุ, 2527 : 11-16)

3.3 ลักษณะบางอย่าง เช่น ศรัทธา ความเพียร ต้องมีพอเหมาะพอดีจึงจะเป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ ถ้ามีมากเกินพออาจทำให้เกิดโทษได้ เช่น มีศรัทธามากไปอาจทำ

ให้เป็นคนเชื่ออะไรงมงาย มีความเพียรมากไปก็อาจเป็นโทษต่อร่างกาย แต่สติเป็นสิ่งที่มีมากเท่าไหร่ก็ยิ่งดีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากเท่านั้น (พระศรีวิสุทธิกวี, 2530 : 124-125)

3.4. สติมีลักษณะเป็นทั้งลักษณะประจำตัวของบุคคล (trait) และยังมีสติที่เกิดเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า (state) (พุทธทาสภิกขุ, 2527 : 11-16 ; ปัญญานันทภิกขุ, 2534 : 9-10)

3.5. สติจะมีกำลังกล้าแข็ง หรือชำนาญคล่องแคล่วขึ้นได้ถ้ามีปัญญา (หรือความรู้ การคิดเหตุผล ฯลฯ) มาร่วมทำงาน (พุทธทาสภิกขุ, 2527 : 11-6)

4. ประโยชน์ของสติ

พระราชวรมุนี (2529 : 1810-1817) และพุทธทาสภิกขุ (2527 : 11-16) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของสติซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

4.1. ระลึกทัน ก่อนที่จะทำ พูด หรือเคลื่อนไหว ระลึกทันในขณะที่ทำ ขณะพูด และขณะคิด และนึกออกเมื่อได้ทำ ได้พูด ได้คิด ไปแล้ว ทำให้ตระหนักได้ถึงสิ่งที่ต้องทำและสิ่งที่ไม่ควรทำ

4.2. ควบคุมตนเองให้อยู่ในภาวะที่ต้องการ ได้โดยการตรวจตรากระบวนการรับรู้และความคิด เลือกรับสิ่งที่ต้องการ และกันสิ่งที่ไม่ต้องการออกไป ตริงกระแสความคิดให้นิ่งเข้าที่ ทำให้เกิดสมาธิได้ง่าย

4.3. สามารถดึงเอาความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ผลดีที่สุด เพราะจะไม่ถูกเคลือบแคลงหันเหไปด้วยความรู้สึกเอนเอียง และอคติต่าง ๆ ทำให้รู้เห็นได้ตามที่มันเป็น คือ รู้ตามความจริง นั่นคือการฝึกสติก็เพื่อจะช่วยให้ใช้ปัญญาได้อย่างเต็มที่นั่นเอง

4.4. สามารถแก้ไขความเคยชิน และสร้างแนวนิสัยใหม่ เพราะสติช่วยให้ตามทันอยู่กับการกระทำ และการคิดในปัจจุบัน

4.5. จากการตามดูรู้ทันสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันทุกขณะ ทำให้มองเห็นตนเองได้มากขึ้น จะช่วยให้รับรู้และเผชิญสภาพที่เป็นจริงของตนเองตามที่มันเป็นไม่หลีกหนี ไม่หลอกลวงตนเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนด้วยความรู้ต่าง ๆ จะสามารถช่วยให้แก้ปัญหาของตนเองได้

I15220801

4.6. สามารถตัดต้นโซ่ของปัญหาได้ เพราะรู้ทันความคิดของตนเองตั้งแต่ระยะเดือน ก่อนเข้าสู่ปัญหา จึงทำให้สามารถเลือกทำในสิ่งที่ต้องการได้ ก่อนที่จะเข้าสู่ปัญหาจนเกิดพฤติกรรม และอารมณ์อย่างอัตโนมัติต่อปัญหาไปแล้ว

5. วิธีฝึกสติ

การฝึกสติ หรือการฝึกให้รู้เท่าทันการเคลื่อนไหวของร่างกายและความคิดนี้ (พระศรีวิสุทธิกวี (2530 : 30-31) กล่าวว่า เป็นการพัฒนาทางจิตที่เป็นที่สนใจในหลาย ๆ ศาสนาหรือกลุ่มชน เช่น ศาสนาฮินดู ศาสนาเชน ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม เป็นต้น หรือแม้แต่ในกลุ่มชน เช่น วงการแพทย์ วงการจิตวิทยา ในปัจจุบันก็มีการฝึกกันมากเช่นกัน โดยวิธีการฝึกก็แตกต่างกันไปแล้วแต่ความเชื่อ และความถนัด ของแต่ละกลุ่ม และแม้ว่าจะมีเป้าหมายใหญ่ในการฝึกไม่ต่างกัน แต่ระดับความมากน้อยของเป้าหมาย ต่างกันไป ในประเทศไทยซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ก็มักนิยมที่จะฝึกสติตามวิธีการทางพระพุทธศาสนา ซึ่งมีวิธีการพัฒนาทางจิต อยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. สมถกรรมฐาน หรือ สมถภาวนา เป็นการฝึกใจให้สงบ ตั้งมั่น

2. วิปัสสนากรรมฐาน หรือ วิปัสสนาภาวนา เป็นการฝึกจิตเพื่อให้เกิดปัญญา เกิดความเข้าใจ ต้นเหตุของการเกิดปัญหา และกำจัดความไม่รู้ไม่เข้าใจ ที่นำสู่ปัญญาในที่สุด

การฝึกสมถภาวนา เพื่อให้จิตใจสงบ ตั้งมั่น มีวิธีการช่วยให้เกิดความสงบตั้งมั่นได้ ดังปรากฏในคัมภีร์อภิธัมมัตถสังคหะ และภัมภีร์วิสุทธิมรรค ในพระพุทธศาสนา (อ้างถึงใน พระศรีวิสุทธิกวี, 2530 : 35-37) ว่ามี 40 วิธีการ และแบ่งเป็น 7 หมวด ดังตัวอย่างวิธีการฝึกเช่น การพิจารณาซากศพ การระลึกถึง 10 อย่างเช่น คุณพระพุทธเจ้า คุณพระธรรม คุณพระสงฆ์ ฯลฯ การฝึกอบรมอันประเสริฐ 4 ประการ การพิจารณาแยกส่วนประกอบต่าง ๆ ของร่างกายให้เห็นว่าเป็นของน่าเกลียดมารวมกัน เป็นต้น แต่ในประเทศไทยนั้นที่นิยมฝึกปฏิบัติกันมากก็คือ วิธี อานาปานสติกรรมฐาน เป็นการใช้สติกำหนดที่ลมหายใจเข้าออก

วิธีการฝึกการรู้ตัวเพื่อเจริญสติ ของหลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ (2534 : 48-51) เป็นวิธีการฝึกสติวิธีหนึ่งที่เป็นที่สนใจของผู้ที่สนใจการฝึกสติ หลวงพ่อเทียน ได้เสนอ

วิธีเฉพาะที่จะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกตัว โดยใช้กลวิธีง่าย ๆ ในการให้รู้เห็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย และความคิด โดยการฝึกสร้างจังหวะ (มือ) และการฝึกสร้างจังหวะเดิน เป็นต้น จนกระทั่งสภาพการรู้ตัวนี้ มีกำลังไวพอที่จะทำงานได้เองในทุก ๆ ครั้ง ที่เกิดความคิดเกิดขึ้น วิธีการฝึกสร้างจังหวะ เพื่อให้รู้ทันการเคลื่อนไหวของกาย และความคิดนี้ เป็นวิธีที่ง่ายไม่ซับซ้อน ไม่เกี่ยวข้องกับพิธีการ ไม่ต้องมีการท่องมนต์ หรือคำภาวนาใด ๆ ไม่มีการหลับตาทำความสงบ แต่เป็นการฝึกสร้างจังหวะ โดยไม่ต้องไปศึกษาตำรามาก เพราะเป็นสิ่งที่มีอยู่เป็นปกติในตัวของบุคคลอยู่แล้ว

เมื่อพิจารณาจากวิธีการฝึกสติ โดยการฝึกสร้างจังหวะ ของหลวงพ่อเทียนแล้ว จะเห็นได้ว่า เข้าลักษณะ วิปัสสนาภาวนา เพราะวิธีการฝึกมีกลวิธีการฝึกโดยใช้อิริยาบถต่าง ๆ ของร่างกาย มาเป็นตัวฝึก และเมื่อสามารถตามดู รู้ทันการเคลื่อนไหวของร่างกายและความคิดแล้ว ก็จะเกิดความเข้าใจถึงตัวเหตุของการเกิดปัญหา อีกทั้งยังช่วยให้ขจัดความไม่รู้ ความไม่เข้าใจ ที่นำสู่ปัญหาได้ในที่สุดด้วย

วิธีการฝึกสติ โดยฝึกทำความรู้สึกตัว ของหลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ มีดังนี้คือ

1) ฝึกโดยการนั่ง นอน หรือยืนก็ได้ โดยไม่ต้องหลับตา
2) ฝึกสร้างจังหวะ ทำความรู้สึกทั้งหมด 15 จังหวะ คือ
    1. วางฝ่ามือทั้งสองไว้บนหัวเข่า
    2. พลิกมือขวา ตะแคงขึ้น รู้สึกตัวและหยุด
    3. ยกมือขวาขึ้น รู้สึกตัวและหยุด
    4. ลดมือขวามาไว้ที่สะดือ รู้สึกตัวและหยุด
    5. พลิกมือซ้าย ตะแคงขึ้น รู้สึกตัวและหยุด
    6. ยกมือซ้ายขึ้น รู้สึกตัวและหยุด
    7. ลดมือซ้ายมาไว้ที่สะดือ รู้สึกตัวและหยุด
    8. เคลื่อนมือขวาขึ้นมาที่หน้าอก รู้สึกตัวและหยุด
    9. เคลื่อนมือขวาออก รู้สึกตัวและหยุด
    10. ลดมือขวาลงไว้ที่หัวเข่า รู้สึกตัวแล้วหยุด
    11. คว่ำมือขวาลง รู้สึกตัวและหยุด
    12. เคลื่อนมือซ้ายขึ้นมาที่หน้าอก รู้สึกตัวและหยุด
    13. เคลื่อนมือซ้ายออก รู้สึกตัวและหยุด

14. ลดมือซ้ายลงที่หัวเข่า รู้สึกตัวและหยุด

15. คว่ำมือซ้ายลง รู้สึกตัวและหยุด

และทำการเคลื่อนไหวตั้งแต่เริ่มต้นมาอีกให้ต่อเนื่องกันไป

3) หลักในการปฏิบัติต้องมีกลวิธี และความเข้าใจ ซึ่งหมายความดังนี้คือ

กลวิธี หมายถึง การยกมือสร้างจังหวะ หรือเดินจงกรม เป็นวิธีที่ประดิษฐ์ขึ้นมา เพื่อไม่ให้เราอยู่นิ่ง ๆ ให้เราได้ฝึกรู้สึกตัวในการเคลื่อนไหวอย่างชัดเจน และต่อเนื่อง

ความเข้าใจ หมายถึง ต้องเข้าใจว่าสติ หมายถึง ความรู้สึก เพียงแต่ความรู้สึก รู้สึกเท่านั้น ให้มีสติรู้ในการเคลื่อนไหว ของทั้งกายและใจ เมื่อคิดก็ให้รู้ การเคลื่อนไหวก็ให้รู้ และต้องเข้าใจว่า เมื่อมีอะไรผ่านมาให้รู้แล้วปล่อยไป

4) ในระหว่างการฝึกปล่อยให้คิดไปเรื่อย ๆ ยิ่งคิดมากก็ยิ่งรู้มาก การฝึกจะช่วยให้ตามทันความคิดมากขึ้น เช่น ถ้าเคยคิด 100 เรื่อง และตามดูรู้ทันได้เพียงเรื่องเดียว การฝึกการช่วยให้การตามรู้ทันเรื่องที่ได้คิดเพิ่มเป็น 10 เรื่อง 20 เรื่อง เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

5) ถ้าในระหว่างการฝึกสร้างจังหวะ เกิดอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น เช่น มึนศีรษะ แน่นหน้าอก แสดงว่าการฝึกไม่ถูกต้อง ให้แก้ไขโดยให้หยุดการฝึกสักครู่ แล้วเริ่มต้นทำกันใหม่ ทำให้สบาย ๆ มองไปไกล ๆ ไม่ต้องเพ่งหรือมุ่งความสนใจที่การสร้างจังหวะมาก อาการผิดปกติจะหายไป

ข้อดีของการฝึกสติ โดยการฝึกการรู้สึกตัวของหลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ :

1. เป็นวิธีการฝึกปฏิบัติที่ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถทำความเข้าใจได้ในเวลาอันรวดเร็ว เพราะเป็นวิธีธรรมชาติ โดยให้ร่างกายและความคิดทำงานตามปกติของมัน แต่ให้รู้เท่าทันการทำงานเหล่านั้น

2. สามารถประยุกต์ฝึกได้ทุก ๆ ที่ เช่น ขณะเดินทาง ขณะทำงาน ฯลฯ ก็ฝึกการรู้สึกตัวโดยการหลิกตะแคงมือขึ้นลงที่ขา หรือกำและเหยียดมือ เป็นต้น

3. เป็นวิธีที่เป็นสากล เป็นกลาง ไม่ขัดกับเชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม ประเพณีหรือศาสนา เพราะไม่มีพิธีใด ๆ ไม่ต้องท่องคำใด ๆ เพียงแต่ฝึกการรู้สึกตัวที่มีอยู่ตามธรรมชาติ โดยการสร้างจังหวะเท่านั้น

จากลักษณะของการช่วยเหลือตามแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม ผู้มีปัญญาจะต้องช่วยตนเองให้มากที่สุด ทั้งในด้านการเก็บข้อมูล การฝึกทักษะ โดยการทำแบบฝึกหัด และการ

ประเมินตนเองดังที่กล่าวมาแล้วนั้น การฝึกสติเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสังเกตรู้ทันความคิด และการเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองได้ทันท่วงทีเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ ตัวอย่างเช่น เมื่อพยาบาลเริ่มนึกถึงการที่จะต้องไปดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สิ่งเร้าคือการต้องดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์กระตุ้นให้พยาบาลคิด และคาดการณ์ต่อผลกรรมที่จะต้องเกิดขึ้น จากการประเมินศักยภาพของตน และการประเมินสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เช่น คิดว่าตนเองต้องอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ถ้าไม่ระวังไม่รอบคอบ หรือคิดถึงการต้องเผชิญกับความโกรธ ขี้มเสร้าของผู้ป่วยที่แสดงออก เมื่อทราบว่าตนเป็นโรคเอดส์ เป็นต้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ผู้มีปัญหาจะต้องรู้ทัน หรือระลึกได้ในความคิดต่าง ๆ ของตนเองตั้งแต่ระยะต้น ๆ ของการเริ่มคิด เพื่อจะได้นำเอารูปแบบ การปรับเปลี่ยนความคิด ตามที่ได้ฝึกไว้มาใช้ได้เร็วยิ่งขึ้น ทำให้มีประสิทธิภาพมากว่านำมาใช้เมื่อเกิดความวิตกกังวลอย่างเต็มที่แล้ว

ระบบภูมิคุ้มกันทางจิตและประสาท (Psychoneuroimmunology,PNI)

ระบบภูมิคุ้มกันทางจิตและประสาท เป็นคำที่เสนอเป็นครั้งแรกโดย Robert Adler เมื่อปี ค.ศ.1981 ต่อมาในปี 1988 Pelletier ได้ให้ความหมายของคำว่า ระบบภูมิคุ้มกันทางจิตและประสาท ว่าหมายถึงระบบที่แสดงความสัมพันธ์ของการทำงานของ 3 ระบบ ดังต่อไปนี้

1.ระบบภูมิคุ้มกัน (immune) คือระบบที่มีหน้าที่ต่อต้านการติดเชื้อโรคจากภายนอก เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เป็นต้น และยังมีหน้าที่ต่อต้านการแบ่งเซลที่ผิดปกติภายใน เช่นเซลมะเร็งเป็นต้น

2.จิต (psycho) คือการทำงานของกระบวนการทางปัญญา อารมณ์ และ พฤติกรรม ที่โต้ตอบต่อสถานะการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบบุคคล

3.ระบบประสาท (neuro) คือการทำงานของระบบสมอง และระบบประสาทส่วนกลางที่เป็นศูนย์รวมของการรับรู้ สัมผัส การหายใจ การเคลื่อนไหว เป็นต้น

ระบบทั้งสามนี้จะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เมื่อระบบใดเกิดการเปลี่ยนแปลงก็จะมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นด้วยกัน (Pelletier and Rood,1988 : cited in Goulmy and Rood,1990 :276)

ระบบ PNI นี้มี hypothalamus ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้กับระบบ PNI ตัวอย่างที่จะอธิบายระบบ PNI ก็เช่นงานวิจัยของ Besedovsky (1977,cited in Goulmy and Rood 1990 : 278) ที่พบว่าเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าอาจจะทำให้เกิดผลกรรมทางลบ ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น จะเป็นตัวกระตุ้นให้ต่อม pituitary ขับฮอร์โมน ACTH และ endophines ออกมา และกระตุ้นให้ต่อม adrenal ขับฮอร์โมน epinephine และ glucorticosteroids ออกมา โดยจะเป็นการขับอย่างชั่วคราว epinephine และ glucorticosteroid นี้ Selye (1978, cited in Goulmy and Rood ,1990 : 278) เรียกว่าเป็นกระบวนการปรับตัวโดยทั่วไปของบุคคล ในส่วนของ ACTH และ endophine ที่หลั่งจาก pituitary จะทำให้โมเลกุลเล็กๆหลั่งจากปลายประสาท เรียกว่า neuropeptides ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภูมิคุ้มกันเช่น ทำให้จำนวน B-cells เพิ่มขึ้น เป็นต้น (Schneider 1986, Croiset 1987, cited in Goulmy and Rood , 1990 :278)

แม้ว่าจะยังไม่มีข้อมูลจำนวนมากพอที่จะทำให้มีข้อสรุปในเรื่อง PNI อย่างชัดเจนเพราะอยู่ในระยะเริ่มต้นของแนวคิด แต่ก็มีรายงานการวิจัยที่พอจะแสดงถึงการทำงานของระบบ PNI เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่ง Sheikh (1989: 355-356) ได้รวบรวมไว้ดังเช่นงานที่น่าสนใจ เช่น

Glasser และคณะ (1985) พบว่าการผ่อนคลายทำให้ NK-cell (Natural Killer-cells ในระบบภูมิคุ้มกัน) เพิ่มขึ้น

Mc Celland และ Kirshnit (1984) พบว่าการดูภาพยนต์ที่แม่ชีเทเรซ่าช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ระดับ S-lgA เพิ่มขึ้น

Hall และคณะ (1981) พบว่าการให้คำแนะนำในภาวะที่ไร้ความรู้สึก ทำให้การทำงานของ lymphocyte เพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษาถึงระบบภูมิคุ้มกันทางจิตและประสาท Sheikh (1989:354-355)จึงเสนอว่า ถ้าบุคคลถูกฝึกให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ จนเกิดการตระหนักรู้แล้ว ก็น่าจะมีผลกระทบต่อระบบ PNI ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสารเคมี ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้น

แม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ได้ตรวจสอบทางด้านสรีระดังที่กล่าวมาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาและพบว่า การเกิดการตระหนักรู้อาจจะมีผลกระทบต่อระบบ PNI ได้ จึงได้รายงานถึงระบบดังกล่าวไว้โดยสังเขป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การใช้แนวคิดทางพฤติกรรม-ปัญญานิยม เพื่อลดปัญหาประเภทต่าง ๆ งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการฝึกสติ ดังที่ได้รวบรวมงานที่สำคัญ ๆ มาเสนอดังต่อไปนี้

การใช้แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม เพื่อช่วยลดปัญหาประเภทต่าง ๆ พบว่าได้ถูกนำไปใช้ช่วยเหลือ-แก้ไขในหลาย ๆ ปัญหาดังนี้

ปัญหาผู้ป่วยโรคกลัวอ้วน (Bulimia Nervosa) Agras และคณะ (1989 : 218-221) ได้ทำการทดลองกับผู้ป่วยโรคกลัวอ้วนเพศหญิง จำนวน 77 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ใช้วิธีการเดือนตนเอง ให้รับประทานอาหารตามโปรแกรม กลุ่มที่ 2 ใช้วิธีตามแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม โดยการพูดถึงเหตุผลที่ว่า สังคมมองภาพคนอ้วนมาก ๆอย่างไร และยอมรับคนอ้วนประเภทใด เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดและรับประทานอาหารมากขึ้น กลุ่มที่ 3 ใช้วิธีการเดียวกับกลุ่มที่ 2 ร่วมกับใช้วิธีการป้องกันการอาเจียน กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมไม่ใช้วิธีการใด ๆ มีระยะการทดลอง 4 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้วิธีการให้เหตุผลถึงความคาดหวังของสังคมเพื่อเปลี่ยนความคิดเป็นกลุ่มที่ได้ผลดีที่สุด และผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น แม้ในระยะติดตามผล 6 เดือน ต่อจากนั้น ก็ยังได้ผลดีที่สุดเช่นเดิม การทดลองแบบเดียวกันนี้ของ Fairburn (1981 : 707-711) ก็ได้ผลแบบเดียวกัน

ปัญหาผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำ Salkovskis (1985 : 572-583) ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำ 2 คน สามารถเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในเรื่องการคิดว่าตนเองจะติดเชื้อโรค ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมย้ำทำได้ โดยเขาใช้วิธีการอธิบายกระบวนการเกิดปัญหาตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และช่วยให้เปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดที่เหมาะสม ซึ่งทำให้พฤติกรรมย้ำคิดและย้ำทำของผู้ป่วยทั้ง 2 คนลดลง

Rosen และคณะ (1989 : 393-404) ได้ทดลองศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงอายุเฉลี่ย 19 ปี น้ำหนักปกติ ส่วนสัดปกติ และไม่มีประวัติของการรับประทานอาหารที่ผิดปกติจำนวน 23 คน ที่มีจินตนาการที่ไม่ดี เกี่ยวกับร่างกายของตนเอง เข้ามาเพื่อทดลองใช้วิธีการช่วยเหลือแบบพฤติกรรม-ปัญญานิยม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองมี 13 คน กลุ่มควบคุมมี 10 คน ในกลุ่ม

ทดลอง ในขั้นแรกกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบาย และอภิปรายร่วมกันถึงความหมายของ "จินตนภาพเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง" "การพัฒนาจินตนภาพและผลการพัฒนาจินตนภาพต่อความมั่นใจในตนเอง" รวมทั้งให้ฝึกการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาแต่ละส่วนของร่างกาย นอกจากนั้นยังฝึกการเปรียบเทียบขนาดแต่ละส่วนของร่างกายแต่ละคน ด้วยสายตาและฝึกการรับรู้น้ำหนักของแต่ละคน ทั้งนี้ก็เพื่อให้กลุ่มทดลองยอมรับว่าร่างกายของตนอยู่ในขนาดปกติ ในขั้นต่อไปจะได้รับการฝึกให้ใช้การคิดที่มีเหตุผลโต้แย้ง และหยุดความคิดอัตโนมัติ และเปลี่ยนเป็นความคิดทางบวก ในเรื่องร่างกายของตนเอง อีกทั้งฝึกการคาดหวังในทางที่เหมาะสมต่อร่างกายของตนเองถ้าจะต้องไปปรากฏตัวในที่ต่าง ๆ เช่น ที่ทำงาน งานเลี้ยง เป็นต้น กลุ่มควบคุมไม่ใช้วิธีการฝึกใด ๆ ซึ่งผลการทดลองก็พบว่า กลุ่มทดลองสามารถปรับจินตนภาพต่อร่างกายของตนเองได้ดี และเหมาะสมมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอีกประเภทหนึ่งที่แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้มีบทบาทในการให้การช่วยเหลือ ดังเช่น ผลการทดลองของ Baker และ Wilson (1985 : 335-344) ได้ติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 28 คน ที่ใช้แนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม โดยฝึกทักษะการคิดป้องกัน และคิดเอาชนะความซึมเศร้าที่ได้ผลดีและกลับบ้านไปแล้ว โดยกลุ่มที่ 1 จำนวน 10 คน เป็นผู้ที่กลับมาพบผู้รักษาตามกำหนด เพื่อย้ำการรักษา (Booster session) ด้วยวิธีพฤติกรรม-ปัญญานิยม กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 9 คน เป็นผู้ที่กลับมาพบผู้รักษาตามกำหนดเพื่อย้ำการรักษาด้วยวิธีอื่น กลุ่มที่ 3 มีจำนวน 9 คน ไม่ได้กลับมาพบผู้รักษานานกว่า 3 เดือน ผลปรากฏว่า ไม่มีความแตกต่างของการประเมินภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการรักษาโรค และระยะติดตามผล ในทั้ง 3 กลุ่มเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม แต่พบว่ากลุ่มที่ให้การช่วยเหลือ ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ซึ่งมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าทุกกลุ่มก็ยังคงมีคะแนนต่ำกว่าทุกกลุ่มเช่นเดิม

ในประเทศไทย อรพินธ์ อนงคะตระกูล (2528) ได้ศึกษาผลของการสอนตนเองต่อการลดการหุนหัน (Impulsive) ของเด็กอายุ 10-12 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กจำนวน 30 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มฝึกทำกิจกรรมในเครื่องมือฝึก 10 คน กลุ่มสอนกลวิธี 10 คน และกลุ่มฝึกการสอนตนเอง 10 คน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มสอนตนเองมีความหุนหันลดลงจากระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล แต่ไม่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนกลวิธี และกลุ่มที่ได้รับการฝึกกิจกรรมตามเครื่องมือฝึก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การฝึกการสอนตนเองใช้ลดความหุนหันของเด็กลงได้ ใน

ขณะเดียวกันการที่เด็กได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำกิจกรรมเครื่องมือที่สร้างขึ้น และจัดเรียงอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งได้รับการเสริมแรงต่อพฤติกรรมที่กระทำอย่างไม่เร่งรีบ และทำถูกต้อง ก็จะช่วยให้เด็กมีความหุนหันลดลงได้เช่นเดียวกัน

ในส่วนของปัญหาความวิตกกังวลนั้น ดังได้กล่าวมาแล้วว่ามีรูปแบบตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ที่ใช้เพื่อลดความวิตกกังวล หลายรูปแบบ ดังงานวิจัยที่แสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบต่าง ๆ ที่ช่วยในการลดความวิตกกังวล และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบต่าง ๆ ในการลดความวิตกกังวล ดังนี้

Schelver และ Gutsh (1983 : 638-666) ได้ทำการทดลองเพื่อพิสูจน์ผลของการควบคุมตนเองโดยวิธีการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (RET) เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการออกสังคม โดยได้ทดลองกับนักศึกษา จำนวน 45 คน ที่คัดกรองมาจากนักศึกษาทั้งหมด จำนวน 570 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก 4 ข้อ คือ ต้องมีคะแนนจากแบบวัด SADS (Social Avoidance and Distress Scales) มากกว่า 15 % ของการกระจายของคะแนนของกลุ่ม ต้องมีรายงานว่าตนเองเคยมีประสบการณ์ ในความวิตกกังวลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนานกว่า 1 ปี เป็นผู้สนใจที่จะลดความวิตกกังวลด้วยวิธี RET และต้องอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมการทดลอง นักศึกษาทั้ง 45 คนดังกล่าวถูกสุ่มเข้ากลุ่มที่ฝึก RET จำนวน 15 คน เข้ากลุ่มฝึกให้ความสนใจต่อความหมายของชีวิต (Logo therapy) จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่ม RET จะได้รับการอธิบายถึงลักษณะความคิดที่มีเหตุผล และความคิดที่ไม่มีเหตุผล รวมทั้งหลักการปรับความคิดที่ไม่มีเหตุผล ให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล (Ellis and Haper, 1961-1975) ส่วนกลุ่ม Logo therapy (Frankl, 1957) จะได้รับการฝึกให้มุ่งสนใจที่จะค้นหาความหมายของชีวิตที่อยู่ท่ามกลางความวิตกกังวล ในโลกของความไม่แน่นอน ซึ่งวิธีการบำบัดแบบนี้ ไม่ได้มีการอธิบายถึงโครงสร้างของความหมายของชีวิต และไม่ได้บอกถึงเทคนิคการลดปัญหาทางอารมณ์ โดยวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ต้องการใช้การบำบัดแบบนี้เป็นการให้ผู้รับการทดสอบสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งหลอก ๆ เท่านั้น (Placebo treatment) ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามบุคลิกภาพซ้ำ ๆ หลายครั้ง หลังจากทำการฝึกไปครบ 5 สัปดาห์แล้ว ใช้แบบวัด SADS แบบวัด Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) แบบวัด State-Trait Anxiety Inventory (STAI) และแบบวัด Rotter's Internal External Locus of Control

Scale เพื่อประเมินภาวะความวิตกกังวลต่อการออกสังคมของกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ผลปรากฏว่า กลุ่มฝึก RET สามารถช่วยลดความวิตกกังวลต่อการออกสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังแสดงให้เห็นว่า ผลของการบำบัดด้วยวิธี RET ยังแผ่ขยายมาถึงการลดความวิตกกังวลโดยทั่วไป (trait anxiety) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย นอกจากนี้กลุ่มที่ฝึก RET ยังมีคะแนนความวิตกกังวลต่อการออกสังคม (State anxiety) ต่ำกว่ากลุ่มที่ฝึก logo และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ทดลองในกลุ่มฝึก logo ก็รายงานถึงแนวโน้มของความวิตกกังวลต่อการออกสังคมที่ลดลงด้วย

.นอกจากรูปแบบ RET จะได้รับผลดีต่อการลดความวิตกกังวลต่อการออกสังคมแล้ว ยังได้ผลดีต่อการลดความวิตกกังวลต่อการสอบอีกด้วย Wise และ Haynen (1983 : 69-78) ได้ทดลองใช้ RET เพื่อลดความวิตกกังวล และยังได้เปรียบเทียบกับการฝึกการสนใจต่องานที่เกี่ยวข้องต่อการสอบ และลดความสนใจต่อการพูดกับตนเองเรื่องการสอบ (Attentional Training) ในนักศึกษา Southern Illinois University จำนวน 38 คน โดยกลุ่ม RET ก็จะฝึกเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล มาเป็นความคิดที่มีเหตุผล ในขณะที่ผู้รับการบำบัดโดยการให้ความสนใจต่องานที่เกี่ยวข้องต่อการสอบ มากกว่าจะสนใจต่อการพูดรำพึงกับตนเองที่เกี่ยวกับการสอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ขณะที่ผู้รับการทดลองทั้ง 2 กลุ่มฝึกทักษะทั้ง 2 รูปแบบ ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการทดลองฝึกโดยการให้จินตนาการถึงการสอบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล แล้วเริ่มฝึกขั้นตอนต่าง ๆ ของการบำบัดไประยะหนึ่ง แล้วจึงเปลี่ยนให้จินตนาการถึงการสอบ โดยให้แบบทดสอบมาจริง ๆ เพื่อให้จินตนาการต่อไป โดยไม่ได้ให้มีการสอบจริง ผลการทดลองพบว่า คะแนน ความวิตกกังวลต่อการสอบของผู้รับการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ขึ้นชื่อไว้ในบัญชีเพื่อรอรับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสามารถพัฒนาการแสดงออกในเรื่องการพูดอุปมาอุปมัยได้ดีขึ้น และแม้ติดตามผลในระยะ 8 เดือนหลังการทดลองแต่การทดลองครั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เป็นผลเนื่องจากทั้ง 2 รูปแบบได้ทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-efficacy) สูงขึ้นในทั้ง 2 รูปแบบ คะแนนความวิตกกังวลจึงลดลง โดยไม่มีความแตกต่างกัน

Deffenbacher และ Shelton (1978 : 277-282) ได้เปรียบเทียบผลการบำบัดโดยการฝึกการการจัดการกับความวิตกกังวล (Anxiety Mainagement Training, AMT) และการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Desensitization) ต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เข้ามาขอคำปรึกษาในเรื่องความวิตกกังวลต่อการสอบ ที่ศูนย์ให้คำปรึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 43 คน สุ่มเข้ากลุ่มการบำบัดแบบ AMT จำนวน 20 คน และสุ่มเข้ากลุ่มฝึกการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ จำนวน 23 คน เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกทั้ง 2 กลุ่มแล้ว ผลปรากฏว่า จากการทดสอบด้วยแบบวัด Test Anxiety Behavior Scale และ Fear Anxiety ทั้ง 2 กลุ่มการทดลอง สามารถลดความวิตกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประสิทธิภาพของการบำบัดทั้งสอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง แม้ว่ากลุ่มที่ฝึก AMT จะรายงานความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ฝึกการลดความรู้สึกอย่างมีระบบ แต่ก็ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าประสิทธิผลของทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อทดสอบลักษณะความวิตกกังวลทั่ว ๆ ไป (trait anxiety) พบว่า ในกลุ่มที่ฝึก AMT พบการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่พบลักษณะเช่นนี้ในกลุ่มการฝึกลงความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และพบว่าในระยะติดตามผล ความวิตกกังวลโดยทั่ว ๆ ไป ในกลุ่มที่ฝึก AMT ต่ำกว่าความวิตกกังวลโดยทั่ว ๆ ไป ของกลุ่มที่ฝึกการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

นอกจาก Deffenbacher และ Shelton (1978 : 177-282) จะใช้ AMT และ Dasensitization เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการสอบของนักศึกษาได้ผลดีแล้ว Cragan และ Deffenbacher ยังได้ทดลองใช้ AMT และการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง (Relaxation as Self-Control (RSC) เพื่อลดความวิตกกังวลแผ่ขยาย (Generalized Anxiety) ในผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโดยไม่ได้นอนพักรักษาอยู่ในคลินิกผู้ป่วย) โดยผู้รับการทดลองเป็นผู้ป่วยที่อาสาสมัครเข้าโปรแกรมฝึกการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลจำนวน 55 คน ผู้วิจัยสุ่มผู้เข้ารับการทดลองเข้า 3 กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มฝึกการจัดการกับความวิตกกังวล (AMT) จำนวน 19 คน กลุ่มฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง (RSC) จำนวน 19 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน โดยกลุ่มที่ฝึก AMT จะฝึกให้รู้จักใช้เหตุผล รู้จักผ่อนคลายและรู้จักวิธีเผชิญ

กับปัญหา โดยฝึกการจินตนาการถึงปัญหา และให้สนใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดความวิตกกังวลจากการจินตนาการ แล้วจึงฝึกการลดความวิตกกังวลจากจินตนาการดังกล่าว และให้ฝึกเป็นการบ้านตามวิธีการจัดการกับความวิตกกังวล (AMT) กลุ่มฝึก RSC จะได้รับการฝึกให้รู้จักผ่อนคลาย ฝึกให้สังเกตสัญญาณเตือนภายในก่อนเกิดความเครียด โดยการผ่อนคลายจะฝึกโดยให้หายใจลึก ๆ และฝึกให้ผ่อนคลายในอริยาบทต่าง ๆ เช่น เดิน ยืน พูดคุย นอกจากนั้นก็ให้ฝึกเป็นการบ้านเพื่อลดความวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มควบคุมนั้น ได้รับการชี้แจงว่า การฝึกการเผชิญกับความวิตกกังวลขอเลื่อนไปเป็นเวลา 3 เดือนจึงจะเริ่มฝึก ผลปรากฏว่ากลุ่มที่ฝึก AMT และ RSC มีคะแนนความวิตกกังวลโดยทั่วไป (trait-anxiety) และความวิตกกังวลต่อสถานะการณ์เฉพาะ (state-anxiety) ภาวะโต้ตอบทางสรีระ บุคลิกภาพต่าง ๆ ภาวะซึมเศร้า และความโกรธ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แต่ระดับความดันโลหิตในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ในระยะหลังการทดลอง อัตราการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง แต่ในระยะติดตามผลกลุ่มฝึก RSC มีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

อีกรูปแบบหนึ่งที่มีการนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวล คือ การพูดสอนตนเอง (Self-instruction) Kaplan และคณะ (1978 : 371-377) ได้ทดลองกับนักศึกษาอายุระหว่าง 18-30 มีจำนวน 17 คน ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสอบโดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ฝึกการสังเกตตนเองและพูดสอนตนเอง กลุ่มที่ 2 ให้ฝึกการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ กลุ่มที่ 3 ฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง ส่วนกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกใด ๆ ผลปรากฏว่า กลุ่มที่ 1 ที่ฝึกการสังเกตตนเองและพูดสอนตนเอง สามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าทุกกลุ่ม ผลปรากฏว่า หลังเสร็จสิ้นการอบรม ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์ (ครั้งละประมาณ 50 นาที) ทั้งกลุ่มที่ฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง และกลุ่มที่ฝึกการลดความรู้สึกอย่างมีระบบ มีคะแนนความวิตกกังวล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มรอรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในความวิตกกังวลจากการสอบ และความวิตกกังวลจากสิ่งเร้าอื่น ๆ และยังคงมีผลเช่นนี้ จนแม้ในระยะติดตามผล 6 สัปดาห์หลังการทดลอง

หลังจากนั้น 1 ปี ผู้รับการทดลองจะได้รับเอกสารขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลซึ่งอธิบายวัตถุประสงค์ของการติดตามผล แบบวัด Achivement Anxiety Test (Allport

และ Haber, 1960) และแบบวัด Fear Inventories (Wolpe, 1969) หลังจากส่งเอกสารไปแล้ว 6 สัปดาห์ จะส่งเอกสารไปซ้ำอีกครั้งหนึ่งในรายที่ไม่ตอบกลับมา และพบว่าผู้ตอบกลับมาในกลุ่มฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเองมี 12 คน (จาก 17 คน) ในกลุ่มลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ 10 คน (จาก 15 คน) และกลุ่มควบคุม 14 คน (จาก 17 คน)

ผลของการเก็บข้อมูลในระยะติดตามผล 1 ปี หลังการทดลองพบว่า จำนวนที่ให้ความร่วมมือ เมื่อนำไปวิเคราะห์ค่า X^2 แล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างในกลุ่มต่าง ๆ ของการทดลอง ซึ่งแสดงว่าผลการติดตามผลไม่มีการลำเอียง ที่เกิดจากจำนวนคนในกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มต่างกัน และกลุ่มที่ตอบมาก็มีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนของกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มได้ พบว่ากลุ่มที่ฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง และกลุ่มที่ฝึกการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ยังคงรายงานความวิตกกังวลต่อการสอบ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มรอรับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะไม่พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มที่ฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง และกลุ่มที่ฝึกการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบแตกต่างกัน ทั้งจากแบบวัดความวิตกกังวล และค่าเฉลี่ยของระดับการเรียน (G.P.A.) อีกทั้งกลุ่มฝึกการผ่อนคลาย และกลุ่มลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ยังคงรายงานความวิตกกังวลในระดับต่ำเช่นเดิม ในขณะที่กลุ่มควบคุม และกลุ่มรอรับการบำบัด มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนความวิตกกังวลสูงขึ้น ซึ่งผลการติดตามผลการทดลองดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทั้งแบบการฝึกการผ่อนคลายเพื่อควบคุมตนเอง และการฝึกการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ซึ่งยังคงอยู่แม้ในระยะ 1 ปี หลังการทดลอง

สำหรับในประเทศไทย นิภา เลิศลือชัย (2523) ศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบ ของนักศึกษาเลขานุการปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน คะแนนจากแบบวัดความวิตกกังวล STAI สูงกว่า 40 คะแนนขึ้นไป โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการฝึกกระบวนการบำบัดแบบพิจารณา เหตุผลและอารมณ์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกหลังจากสิ้นสุดการทดลองพบว่า ระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษากลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล

ในเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ดุษฎีวรรณ เรืองรุจิระ (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพตาม

การรับรู้ของตนเอง จำแนกตามวุฒิการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และภูมิหลังของพยาบาลวิชาชีพ ตัวอย่างประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 272 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงภายใน ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับน้อย เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง

2. ความรู้เรื่องโรคเอดส์และเจตคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามวุฒิการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และสถานภาพการสมรส ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สูงกว่าพยาบาลวิชาชีพ ที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคตินั้นไม่มีความแตกต่าง

3. คะแนนเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามวุฒิการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสถานภาพการสมรส และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพการสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่เป็นโสด และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ($r = .347$) ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับวุฒิการศึกษา และสภาพการสมรส

ผลการศึกษาเจตคติของพยาบาลต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2533) โดยคณะกรรมการพัฒนางานพยาบาล แผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ผลใกล้เคียงกับงานวิจัยของ ดุษฎีวรรณ เรืองรุจิระ (2532) โดยกลุ่มผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบเจตคติต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาล ที่มีความแตกต่างกันในด้าน

อายุ สถานภาพสมรส แผนกปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ และประสบการณ์ในการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่า อายุ แผนกปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่างกันมีผลให้เจตคติของพยาบาลต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สถานะภาพสมรส ระยะเวลาการทำงาน ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือการไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ไม่พบความแตกต่างของเจตคติของพยาบาลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่อย่างใด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ก็เป็นประเด็นที่มีผู้สนใจศึกษา สมจินต์ เหชรพันธ์ศรี (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว จากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งรับรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 แห่ง และโรงพยาบาลโรคติดต่อ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าเจตคติและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สามารถร่วมทำนายการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความผันแปร ของการรับรู้บทบาทของพยาบาลได้ ร้อยละ 25.56

งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ยังศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวัง และควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าจะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายที่สนับสนุนการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ และสิ่งเอื้ออำนวยการปฏิบัติพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางก็ตาม ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละปัจจัย คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยโรคติดต่อ และปัจจัยสนับสนุนพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติพยาบาล

ตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ ส่วนทัศนคติต่อการศึกษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยโรคติดต่อ และปัจจัยสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ และผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติพยาบาล ตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพยาบาลป้องกันโรคเอดส์ (กิตติยา เดชะไพโรจน์ ,2533)

ในเรื่องการฝึกสติ Green และ Hiebert (1988 : 25-34) ได้ทำการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกสติ (meditation mindfulness) และการฝึกการสังเกตกระบวนการทางปัญญาด้วยตนเอง ต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังเรียนวิชาการพยาบาลจิตเวชในชั้นปีที่ 2 จำนวน 24 คน ผู้วิจัยสุ่มนักศึกษาทั้งหมดเข้ากลุ่มที่ฝึกสติ และกลุ่มฝึกการสังเกตกระบวนการทางปัญญาด้วยตนเอง เป็นจำนวนเท่า ๆ กัน โดยในการฝึกแต่ละกลุ่มจะได้รับการฝึกแต่ละวิธี และให้ฝึกเป็นการบ้านพร้อมกับส่งรายงานการฝึกทุกวัน โดยมีการฝึกดังนี้คือ

: กลุ่มที่ฝึกสติ ใช้โปรแกรมการฝึกสติที่พัฒนามาจาก Deatherage (1980) โดยให้ฝึกสติ 2 แบบ คือ ฝึกสติโดยการกำหนดลมหายใจ และฝึกสติโดยการสังเกตความคิด การฝึกสติโดยการกำหนดลมหายใจ ผู้ฝึกจะนั่งในท่าสบาย หลับตาและให้ความสนใจอยู่ที่การเคลื่อนไหวขึ้นและลงของผนังหน้าท้องที่เกิดจากการหายใจ โดยไม่ให้มีการจินตนาการใด ๆ เพียงแต่สนใจการเคลื่อนไหวที่หน้าท้องอย่างเดียว การฝึกจะฝึกอีกครั้งประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นจะเขียนรายงานการรับรู้ การสังเกตตนเอง และประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกสติ การฝึกสติด้วยการคิด จะได้รับการฝึกในครั้งที่ 2 หรือ 3 ของการฝึกสติ โดยการให้ฝึกสนใจอยู่ที่ลมหายใจของตนเอง และเมื่อเกิดความคิดเรื่องใดก็ตามให้คิดว่า "คิด คิด" โดยไม่คิดต่อจากความคิดนั้น เพียงแต่ให้รู้ว่าตนเองกำลังคิดอยู่เท่านั้น แล้วก็ปล่อยให้ความคิดนั้นผ่านไป หลังจากนั้นก็รายงานประสบการณ์ขณะฝึก และจดบันทึกไว้ และครั้งต่อ ๆ ไปก็ฝึกเพียงให้รู้ว่าขณะนี้กำลังฝึกอยู่ แล้วก็กลับมาให้ความสนใจ มีการเคลื่อนไหวของหน้าท้องเท่านั้น

: การฝึกกระบวนการทางปัญญา ใช้รูปแบบการฝึกการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (RET) โดยในขั้นแรก จะอธิบายให้เข้าใจถึงอิทธิพลของความคิด ความเชื่อต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของบุคคล ฝึกการแยกความเชื่อที่มีเหตุผล ออกจากความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ฝึกการแยก

ความเชื่อออกจากความคิด หลังจากนั้นผู้รับการทดลองจะได้รับสถานะการณ์สมมุติเพื่อให้ฝึกคิดและสังเกตความคิดของตนเอง ต่อมาจึงฝึกให้สังเกตความคิดยอมแพ้ (Self-defeated) ความคิดที่สนับสนุน ให้กำลังใจตนเอง (Self-enhancing) และฝึกสังเกตความคิดลักษณะอื่นๆ พร้อมกับให้ฝึกเป็นการบ้าน

ผลการทดลองพบว่า ทั้งการฝึกสติ และการฝึกทางปัญญามีผลทำให้สุขภาพจิตของผู้รับการทดลองดีขึ้นได้เท่า ๆ กัน คือ สามารถพัฒนา (Self-actualization) ความไวในการทราบถึงความต้องการและความรู้สึกของตนเอง การยอมรับตนเอง และสัมพันธภาพกับคู่ครองให้ดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม อีกทั้งยังสามารถเพิ่มความสามารถในการอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น มีหลักการและค่านิยมภายในดีขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการฝึกสติในประเทศไทย เท่าที่ผู้วิจัยค้นคว้าและรวบรวมได้ส่วนใหญ่จะนำเอาการฝึกสติมาใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพส่วนบุคคล เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังเช่น สุริยาพร ฬุดระกูล (2530) ได้ศึกษาผลทางการฝึกการเจริญสติตามวิธีการของหลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ ต่อความจำปัจจุบัน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนชิโนรสวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร โดยสุ่มจากนักเรียนที่มีความจำปัจจุบันระหว่างเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25-75 จำนวน 20 คน เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการฝึกการเจริญสติ นักเรียนกลุ่มทดลองมีความจำปัจจุบันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ให้ข้อสนเทศเกี่ยวกับเรื่องสติ (กลุ่มควบคุม) ก็พบว่ามีความจำปัจจุบันสูงขึ้นเช่นกัน แต่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกสติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรศักดิ์ จันหลา (2533) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติที่มีต่อบุคลิกภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนอำนาจเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คนผลปรากฏว่า นักเรียนที่ฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีบุคลิกภาพด้านความต้องการแสดงออก ด้านความต้องการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รวมทั้งด้านความต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น ดีกว่ากลุ่มที่ฝึกสติแบบอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งมีความต้องการอดทนดีขึ้น ส่วนบุคลิกภาพด้านความต้องการคบเพื่อนต่างเพศและด้านความต้องการก้าวร้าวลดลงอีกด้วย ผลการวิจัยนี้ก็เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศรีธรรม ธนะภูมิ และคณะ (2526) ที่ศึกษาวิจัยผลของการทำสมาธิที่มีต่อความจำและบุคลิกภาพ ของนักศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 167 คน ซึ่งช่วยให้ความจำและบุคลิกภาพของนักศึกษาดีขึ้นเช่นกัน

ผลของการฝึกสมาธิตามแนวอานาปานสติ นอกจากจะช่วยเพิ่มความจำ และส่งเสริมบุคลิกภาพให้ดีขึ้น จึงมีผู้ทดลองนำไปใช้เพิ่มความแม่นยำในการยิงประตูบาสเกตบอล โดยฝนทอง ศิริพงษ์ (2531) ได้ทดลองนำเอาการฝึกสมาธิตามแนวอานาปานสติไปฝึกให้นักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนวชิรธรรมสาธิต ที่ไม่เคยฝึกสมาธิแนวใด ๆ และมีความแม่นยำในการยิงประตูบาสเกตบอลได้ใกล้เคียงกัน จำนวน 60 คน มาแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน โดยกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีระดับสมาธิหลังจากการฝึกสูงกว่ากลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 ทุกกลุ่มมีความแม่นยำในการยิงประตูบาสเกตบอลหลังจากการฝึกสูงกว่าก่อนการฝึก แต่กลุ่มที่ 1, 2, 3 มีความแม่นยำสูงกว่ากลุ่มที่ 4 และกลุ่มที่มีความแม่นยำสูงกว่ากลุ่มอื่น คือ กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3

นอกจากจะมีผู้นำเอาการฝึกสติไปใช้กับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา และในระดับมหาวิทยาลัยแล้ว ยังมีผู้ทดลองนำไปใช้กับเด็กระดับปฐมวัย ดังเช่น เรณู นุ่มอาชา (2532) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกสมาธิด้วยการ "เจริญสติภาวนา อำไพ-เทคนิค" ต่อพฤติกรรมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาของนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 2 โรงเรียนอนุบาลพิบูลเวศน์ จำนวน 30 คน ครูประจำชั้นของกลุ่มตัวอย่าง 1 คน และผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้เวลาฝึก 5 สัปดาห์ ผลพบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกสมาธิด้วยวิธี "เจริญสติภาวนา อำไพ-เทคนิค" มีสมาธิจริงและค่าเฉลี่ยรวมถึงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคมและสติปัญญา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01.

ปัญหาความวิตกกังวลเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีผู้สนใจที่จะนำเอา การฝึกสติ ช่วยลดปัญหาดังกล่าว ทิพวัลย์ โพธิแท่น (2531) ได้ทดลองผลของเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบันต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางการจราจร ที่รับรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 10 คน ซึ่งจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการ กลุ่มที่ 2 จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเพื่อช่วยการปรับตัวและการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และกลุ่มที่ 3 จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเพื่อช่วยการปรับตัวและการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ร่วมกับการฝึกการรู้สติอยู่กับปัจจุบัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะลดลงต่ำกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับเฉพาะข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แม้ว่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลและฝึกสติ จะต่ำกว่าก็ตาม

จากงานวิจัยที่ได้รวบรวมมานี้ จะเห็นได้ว่าเท่าที่มีงานวิจัยปรากฏอยู่ ยังไม่มีผู้ใดนำผลของการฝึกสติ ในด้านการตามดูรู้ทันความคิดปัจจุบันของตนเอง มาเป็นเครื่องมือในการช่วยแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่การวัดระเบียบความคิด และเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหา ร่วมกับการใช้รูปแบบตามแนวคิด พฤติกรรมปัญญานิยม ซึ่งการฝึกสตินำจะเป็นตัวช่วยสนับสนุน การช่วยเหลือตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ได้

เมื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ผลของการฝึกสติและปัญหาความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะสร้างรูปแบบการช่วยเหลือตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยมร่วมกับการฝึกสติ เพื่อตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง หรือตามดูรู้ทันปัจจุบันของตนเอง ให้เหมาะสม และช่วยแก้ปัญหาความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

รูปแบบการแก้ปัญหาแบบการปรับเปลี่ยนความคิด

รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานความคิดจากนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรม-ปัญญานิยม คือ Michenbaum (1971) Beek (1985) Ellis (1970) และ Mikulas (1990) เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้มีวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดการลบที่นำสู่ภาวะวิตกกังวลเสียใหม่ ไม่ให้นำไปสู่ภาวะวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด

1. ให้บุคคลได้เข้าใจ และมองเห็นกระบวนการเกิดปัญหาของตนเอง และเข้าใจว่าปัญหาเกิดขึ้น เพราะอิทธิพลของกระบวนการทางปัญญาของตนเองที่คิด คาดหวังและประเมินสถานะการณ์ สิ่งเร้า เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด

2. ให้บุคคลพิจารณาว่ากระบวนการคิดแบบใด ที่นำไปสู่ปัญหาความวิตกกังวล

3. เสนอการพิจารณากระบวนการคิดในแง่มุมใหม่ ที่บุคคลยังไม่ได้พิจารณาเพื่อช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ และช่วยให้ปัญหาความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ (State (State Axiety) ลดลงได้

ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 80 คน ตอบตอบแบบสอบถามเรื่อง ปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยมีลักษณะของแบบสอบถามดังนี้คือ

การทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์

1. การทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้ท่านเกิดความวิตกกังวล (เพราะเกิดผลกระทบในทางที่ท่านคาดว่า จะนำท่านไปสู่อันตราย ได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หรือสูญเสียสิ่งที่พึงพอใจ) หรือไม่ ?

   ___ เกิด ___ ไม่เกิด

2. บุคคลที่ทำให้ท่านเกิดความวิตกังวล

   ___ ผู้ป่วย ___ ทีมผู้รักษา ___ เพื่อน

   ___ ญาติผู้ป่วย ___ ครอบครัว (สามี,ภรรยา,บุตร) ___ ญาติของท่าน

   ___ อื่น ๆ .....

3. สถานการณ์เป็นอย่างไร .....

4. ท่านคิดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร .....

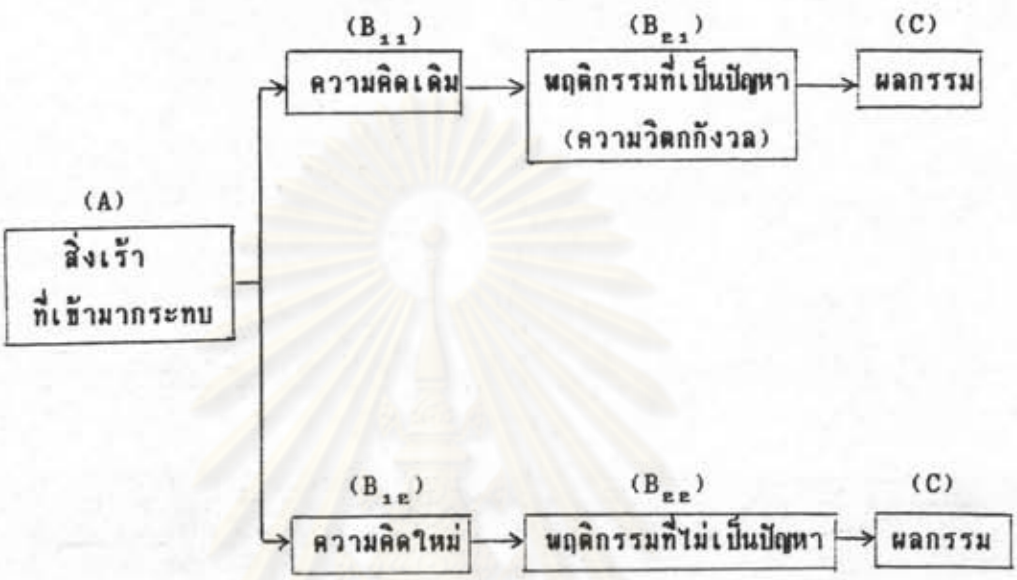
5. ท่านโต้ตอบต่อสถานการณ์อย่างไรบ้าง .....

6. เมื่อท่านโต้ตอบต่อสถานการณ์แล้วท่านได้รับผลอย่างไรบ้าง .....

---

2. ผู้วิจัยนำลักษณะความคิด คาดการณ์ต่อสภาพการณ์ปัญหา ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถาม ของพยาบาล 80 คน จากผลการสัมภาษณ์ คุณลดาวัลย์ ศรีสองชัย (หัวหน้าแผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) และจากงานวิจัยเรื่อง การศึกษาเจตคติของพยาบาล ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มความคิด คือ กลุ่มความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อาจจะนำตนไปสู่อันตราย กลุ่มความคิดว่าตนจะสูญเสียความพึงพอใจ จากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และกลุ่มความคิดว่าตนเองจะได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ จากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นลักษณะการคาด

ถึงผลกรรมทางลบ(B_{11}) ที่นำสู่ความวิตกกังวล (B_{21}) ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ซึ่งแนวความคิดดังกล่าวเสนอให้ปรับเปลี่ยนลักษณะการคิดดังกล่าวเสียใหม่ (B_{12}) เพื่อไม่ให้นำสู่ปัญหาความวิตกกังวล (B_{22}) ดังภาพ



ภาพที่ 6 แสดงผลการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ลักษณะการคิดที่นำสู่ความวิตกกังวล (B_{11}) เพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (B_{12}) พบว่าลักษณะความคิดของผู้ที่มีความวิตกกังวลมีลักษณะดังนี้

1. เป็นความคิดที่ไม่ได้พิจารณาถึงผลกรรมจากปัญหาตามความจริงในทุกด้าน จะเป็นการคาดถึงผลกรรมทางลบเป็นส่วนใหญ่ โดยไม่ได้คิดถึงผลกรรมทางบวกที่มีอยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

2. การประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาโดยภาพรวม ไม่แยกแยะประเด็นให้ชัดเจน ประกอบกับการคาดถึงผลกรรมทางลบเป็นส่วนใหญ่ จึงเกิดความวิตกกังวลขึ้น

3. ให้ความสำคัญต่อผู้อื่นในการกำหนดสิ่งต่างๆของตนเอง มากกว่าการให้ความสำคัญของตนเอง จึงไม่อาจแน่ใจในผลกรรมของตนเอง และเกิดความวิตกกังวลขึ้น

การปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (B_{12}) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โดยอาศัยพื้นฐานจาก นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม เช่น Ellis Meichenbaum Mikulas เป็นต้น และเสนอความคิดใหม่โดยมีรายละเอียดในการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ดังนี้

กลุ่มความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะนำตนไปสู่อันตราย

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

1. สักวันหนึ่งอาจเผลอ หรือเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดโรคเอดส์
2. ขณะที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ คือระยะที่มีความเสี่ยงสูงมาก
3. ตัวอย่างของพยาบาลที่ติดโรคเอดส์ก็มีให้เห็นแล้วแม้จะไม่มากก็ตาม

ลักษณะความคิดทางลบ

- การทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นภาวะที่มีแต่ความเสี่ยง

การคิดลักษณะนี้นำสู่ความวิตกกังวล เพราะจากลักษณะการคิด คาดว่าสถานการณ์ อาจจะทำให้ตนเองได้รับอันตรายสูง แม้ตนเองจะมีความรู้ และป้องกันการติดเชื้อแล้ว แต่ผลกรรมจากการกระทำดังกล่าว ก็ยังรับรองไม่ได้ว่าจะเกิดผลทางบวก (ไม่ติดเชื้อ) หรือจะเกิดผลทางลบ (การติดเชื้อ) ในอนาคต จึงเกิดความวิตกกังวลขึ้น เพราะไม่แน่ใจในผลกรรมของตนเอง (Skinner , 1953 : 178 ; Spielberger, 1972 : 485 ; Clark at al, 1990 : 529)

ผู้วิจัยเสนอการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ โดยมีพื้นฐานจาก Ellis (1970) และ Mikulas (1983)โดยเสนอให้พิจารณาว่า ทุก ๆ สถานการณ์ย่อมมีทั้งร้ายและดี เราควรจะมองหาจุดดีของสถานการณ์ เพื่อใช้ประโยชน์ในปัจจุบัน ดีกว่าจะคิดแต่ว่าสถานการณ์จะนำไปสู่ผลกรรมทางลบ แล้วไม่ได้ใช้ประโยชน์จากจุดดีที่มีอยู่ และเสนอให้ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบดังกล่าวมาเป็นดังนี้

- ในทุก ๆ สถานการณ์ย่อมมีทั้งสิ่งที่ร้ายและดี ฉันจะพยายามมองหาจุดดีของมันเพื่อใช้ประโยชน์

การคิดแบบใหม่นี้จะช่วยให้ การคิดต่อสภานการณ์ เป็นไปตามความเป็นจริงในทุกด้าน ไม่รุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง แม้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นยังอาจนำสู่ผลกรรมทางลบ แต่ในขณะนั้นก็จะมีเหตุผล และไม่เป็นทุกข์ หรือวิตกกังวลอย่างเกินความเป็นจริง ต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรืออาจจะไม่เกิดขึ้น โดยสนใจที่จะหาผลทางบวกที่มีอยู่ และเข้าใจว่าการวิตกกังวลเกินความเป็นจริง จะนำสู่ภาวะปัญหามากขึ้น มากว่าที่จะเกิดผลดีกับตนเอง (Lazarus cited in Trower et al, 1988:100-101 ; Ellis cited by Patterson, 1966:110-112)

กลุ่มความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะทำให้ได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

1. การทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ ต้องระมัดระวังในการทำงานทุกขั้นตอน ตลอดเวลา จึงจะปลอดภัย เผลอเรอวันใดอาจติดเชื้อได้

2. ถ้าตนเองติดเชื้อเอดส์ แม้จะมีสวัสดิการจากรัฐบาลช่วยเหลืออยู่ แต่จะมีใครรับผิดชอบครอบครัวของตนเอง

3. เงินเดือนยังไม่เหมาะสมกับงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคร้ายเช่นโรคเอดส์

4. การทำงานเสี่ยงมาก แต่ก็ไม่มีใครมองเห็นคุณค่าของการพยาบาลที่ตนทำ ซ้ำร้ายบางคนยังมีท่าทีระมัดระวังตัวเมื่อทราบว่าตนทำงานเกี่ยวกับคนไข้โรคเอดส์

ลักษณะความคิดทางลบ

1. ทำไมสถานการณ์ต่าง ๆ จึงไม่เป็นอย่างที่ฉันคิด

2. ถ้าฉันติดเชื้อโรคเอดส์ ครอบครัวของฉันจะต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน

3. ฉันทำดี และอยู่ในภาวะเสี่ยงสูง แต่ยังไม่ได้รับสิ่งตอบแทนที่คุ้มค่า

ลักษณะความคิดเช่นนี้ นำสู่ความวิตกกังวล เพราะไม่ได้คิด และ คาดการณ์ไปตามสถานการณ์ที่ปรากฏ แต่คาดหวังไปตามความคิดของตนเอง เมื่อสถานการณ์ไม่เกิดขึ้นตามที่ตนเองคาดหวังไว้ หรือได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ก็เกิดความวิตกกังวลต่อผลที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่ได้เตรียมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ตามลักษณะที่เกิดขึ้น (Butler , 1987 cited in Scott ,1990 :97-99)

ผู้วิจัยเสนอให้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ดังนี้

1. สิ่งที่เกิดขึ้น คือ ความจริงที่ไม่มีใครเปลี่ยนมันได้

2. ฉันจะทำทุกอย่างที่สามารถทำได้ให้ดีที่สุด เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาสิ่งที่อยู่เหนือการควบคุมของฉัน ฉันจะสังเกตและยอมรับมัน

3. ทำทุกอย่างให้ดีที่สุด รางวัลที่ฉันจะได้รับ คือฉันได้ทำดีแล้ว ผลเป็นอย่างไรก็ตาม ฉันจะยอมรับ เพราะฉันได้ทำดีที่สุดแล้ว

ความคิดลักษณะใหม่นี้จะช่วยให้สามารถคาดการณ์ใหม่ในทางที่เหมาะสม โดยให้การเสริมแรงตนเอง ยอมรับผลของการกระทำที่ตนทำได้ดีที่สุดแล้ว เพราะอาจมีบางส่วนที่ขึ้นอยู่กับสิ่งอื่นที่ตนเองเข้าไปควบคุมไม่ได้ อีกทั้งยอมรับสภาพการณ์ตามความเป็นจริงที่ปรากฏ ก็จะช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้ (Trower et al, 1988 : 109-112 ; Mikulas, 1983 : 183-191)

กลุ่มความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จะทำให้เสียสิ่งที่พึงพอใจ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

1. มีหลายอย่างที่ควบคุมตนเองอยู่ เช่น จรรยาบรรณ หัวหน้างาน หรือลักษณะงานทำให้ตนปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคใด ดูแล้วเหมือนกับคนไม่มีอิสรภาพเท่าที่ควร

2. บางครั้งรู้สึกผิด และหงุดหงิดเมื่อพบว่า ตัวเองยอมรับว่าถ้าเลือกได้ก็คงไม่ทำงานในแผนกที่ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง

3. การทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ จะพบปัญหาในหลาย ๆ ด้าน เช่น การต้องระมัดระวัง ปัญหาการไม่ยอมรับจากผู้ป่วย และญาติ ปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลกระทบถึงสุขภาพจิตของตนเอง

4. สัมพันธภาพกับเพื่อนบางคนเสียไป โดยเฉพาะคนนอกวงการการรักษา เมื่อเล่าให้ฟังว่าตนเองต้องเสี่ยงอย่างไรกับการติดเชื้อโรคเอดส์

ลักษณะความคิดทางลบ

1. มีบางอย่างสามารถควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงชีวิตของฉันได้
2. การตัดสินใจของฉันมักขึ้นอยู่กับผู้อื่นเสมอ
3. ฉันไม่ต้องการให้สิ่งดีในชีวิตของฉันเปลี่ยนแปลงไป
4. บางคนแสดงพฤติกรรมไม่สมควรกับฉัน เมื่อทราบว่าฉันเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์
5. ฉันคิดว่าฉันเป็นพยาบาลที่ไม่ดี เพราะยอมรับว่าถ้าเลือกได้ฉันจะไม่ทำงานในแผนกที่เสี่ยงต่อการพบผู้ป่วยเอดส์สูง

ลักษณะความคิดแบบนี้ เมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบทำให้บุคคลคิดว่า ผลกรรมทางบวกหรือลบขึ้นอยู่กับผู้อื่นเสมอ คนเองควบคุมได้น้อยมาก มีความวิตกกังวลกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความยุ่งยากในการคิดถึงสถานการณ์ให้ชัดเจน โดยไม่ได้แยกแยะพิจารณา แต่ประเมินไปโดยภาพรวม ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง หรือ ลดความมั่นใจในตนเองลง ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ (Trower et al, 1988 : 114)

ผู้วิจัยเสนอให้ปรับเป็นความคิดใหม่ คือ

1. ตัวฉันเองเท่านั้นที่จะสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงชีวิตของฉันได้

2. ฉันมีสิทธิเด็มที่ ในการเลือกตัดสินใจด้วยตัวของฉันเอง และฉันจะรับผิดชอบต่อการเลือกของฉัน

3. ทุกอย่างย่อมเปลี่ยนแปลงได้ทั้งสิ้น

4. ฉันจะรักคนอื่นตามที่เขาเป็น แต่ฉันอาจจะไม่ชอบพฤติกรรมบางอย่างของเขา และถ้าช่วยปรับเปลี่ยนเขาได้ ฉันก็จะทำ

5. ฉันจะรักตัวเองตามที่ตัวเองเป็น แต่ฉันอาจจะไม่ชอบ พฤติกรรมบางอย่างของตัวเอง และจะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

ความคิดลักษณะใหม่นี้จะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่า ผลกรรมทางบวกหรือลบ เกิดขึ้นเพราะการเลือกของตนเอง จะช่วยให้การประเมินความเป็นไปได้และแนวโน้มการคิดต่อผลกรรมใกล้เคียงความจริง ช่วยให้บุคคลมองเห็นวิธีการที่จะเผชิญปัญหาตามความสามารถของตน ทั้งยังสามารถแยะแยะปัญหามาพิจารณา โดยไม่มองที่ภาพรวม ช่วยให้วิเคราะห์ตนเองและบุคคลอื่นตามความเป็นจริง และยอมรับบุคคลตามสภาพการณ์ เงื่อนไข ภาพปัญหาจะกระจ่างขึ้น และแก้ไขให้ตรงจุด (Wessler and Wessler, 1980:40-44 ; Mikulas, 1983:193-198)

3. จากการพิจารณาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้แบบปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิด ที่จะนำไปสู่ความวิตกกังวล ไปสู่ความคิดใหม่ที่จะช่วยลดความวิตกกังวลได้

ความคิดที่นำสู่ภาวะวิตกกังวล	ความคิดใหม่ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล
1. การทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นภาวะที่มีแต่ความเสี่ยง	1. ในทุก ๆ สถานะการณ์ย่อมมีทั้งสิ่งร้ายและดี ฉันจะพยายามมองหาจุดดีของมันเพื่อใช้ประโยชน์
2. ทำไมสถานการณ์ต่าง ๆ จึงไม่เป็นไปอย่างที่ฉันคิด	2. สิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว คือ ความจริงที่ไม่มีใครเปลี่ยนได้
3. ถ้าฉันติดเชื้อโรคเอดส์ ครอบครัวของฉันคงจะต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน	3. ฉันจะทำทุกอย่างที่สามารถทำได้ให้ดีที่สุด เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา สิ่งที่อยู่เหนือการควบคุมฉัน ฉันจะสังเกตและยอมรับมัน

ความคิดที่นำสู่ภาวะวิตกกังวล	ความคิดใหม่ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล
4. ฉันทำดี และอยู่ในภาวะเสี่ยงสูง แต่ยังไม่ได้รับสิ่งตอบแทนที่คุ้มค่า	4. ทำทุกอย่างให้ดีที่สุด รางวัลที่ฉันจะได้รับคือฉันได้ทำดีแล้ว ผลจะเป็นอย่างไรก็ตาม ฉันจะยอมรับเพราะฉันได้ทำดีที่สุดแล้ว
5. มีบางอย่างสามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงชีวิตฉันได้	5. ตัวฉันเองเท่านั้นที่จะสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงชีวิตฉันได้
6. การตัดสินใจของฉันมักขึ้นอยู่กับคนอื่นเสมอ	6. ฉันมีสิทธ์เต็มที่ในการเลือกตัดสินใจด้วยตัวของฉันเอง และฉันจะรับผิดชอบการเลือกของฉัน
7. ฉันไม่ต้องการให้สิ่งดีๆในชีวิตของฉันเปลี่ยนแปลงไป	7. ทุกอย่างย่อมเปลี่ยนแปลงได้ทั้งสิ้น
8. บางคนแสดงพฤติกรรมไม่สมควรกับฉันเมื่อทราบว่าฉันเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์	8. ฉันจะรักคนอื่นตามที่เขาเป็น แต่ฉันอาจจะไม่ชอบพฤติกรรมบางอย่างของเขา และถ้าช่วยปรับเปลี่ยนเขาได้ฉันก็จะทำ
9. ฉันคิดว่าฉันเป็นพยาบาลที่ไม่ดี เพราะยอมรับว่าถ้าเลือกได้ฉันจะไม่ทำงานในแผนกที่ต้องเสี่ยงต่อการพบผู้ป่วยโรคเอดส์	9. ฉันจะรักตัวเองตามที่ตัวเองเป็น แต่ฉันอาจจะไม่ชอบพฤติกรรมบางอย่างของตัวเอง และจะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

ความใหม่ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด

แม้ว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จะมีพื้นฐานมาจากความคิดของนักจิตวิทยาในกลุ่ม พฤติกรรม-ปัญญานิยม แต่ก็มีลักษณะเฉพาะของรูปแบบ ที่ต่างจากรูปแบบอื่นๆ ในแนวคิดนี้ดังนี้

1. เป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดที่สามารถใช้กับกลุ่มพยาบาลที่มีความวิตกกังวลในการทำงานกับผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม และสะดวกต่อการนำไปฝึกใช้ โดยผู้มีปัญหาสามารถปรับเปลี่ยนความคิดตนเองตามรูปแบบได้

2. จุดเน้นของการให้ความสนใจ กระบวนการทางปัญญา คือให้ความสนใจต่อกระบวนการพูดกับตนเองในใจ ที่คาดการณ์ถึงผลกรรม ที่จะได้รับด้านเดียว ไม่ยอมรับความจริง ลดความสำคัญของตนเองในการกำหนด สิ่งต่าง ๆ ให้ตนเอง และวิเคราะห์ปัญหาในลักษณะภาพรวม ในขณะที่รูปแบบอื่นๆ ให้ความสนใจต่าง ๆ กันไปดังตัวอย่างคือ

Ellis สนใจ ความคิด-ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

Beck สนใจ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ

Platt สนใจ ปัญหาเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Maultsby สนใจ การยอมแพ้ตนเอง

Wessler และ Wessler สนใจ กฎเฉพาะในการดำรงชีวิต

Neimeyer สนใจ วงจรประสบการณ์

Meicheubaum สนใจ การพูดสอนตนเองเป็นขั้น ๆ

การปรับเปลี่ยนความคิดของผู้วิจัย สนใจ การพิจารณาปัญหาตามความจริง ในทุกๆ ด้านและแยกแยะประเด็นให้ชัดเจน และการให้ความสำคัญ ต่อบทบาทของตนเองในการกำหนด สิ่งต่าง ๆ

3. การสร้างรูปแบบการช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขปัญหาการเรียนรู้ที่จะคิดต่อสถานการณ์ปัญหาอย่างเหมาะสม ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม ให้เหมาะกับลักษณะการคิดของพยาบาลไทยยังไม่มีผู้ใดศึกษาและสร้างขึ้นเลยในประเทศไทย

4. การนำเอาการฝึกสติ มาช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของรูปแบบ เป็นการนำเอาแนวทางปฏิบัติที่คนไทยคุ้นเคย และสนใจศึกษาอย่างกว้างขวางในขณะนี้ มาสนับสนุนการให้การช่วยเหลือ ตามแนวคิด พฤติกรรม-ปัญญานิยม โดยการฝึกสติจะช่วยให้สามารถทราบถึงความคิดปัจจุบันของตนเองต่อสภาพการณ์ ทำให้สามารถนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด มาใช้ได้ในระยะต้นๆ ของการเกิดปัญหา

ทักษะสำคัญในการแก้ปัญหาความวิตกกังวลด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด

1. การฝึกสติ
2. การวิเคราะห์การเกิดภาวะวิตกกังวล ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม
3. การปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่

การประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด

1. ประเมินการมีสติจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ประเมินความเข้าใจปัญหา ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม และประเมินการใช้การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัญหา จากการทำแบบฝึกหัดการรายงานตนเอง

3. ประเมินความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวล STAT Form Y ของ Spielberger และคณะ (1983)

ปัญหาในการวิจัย

รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ เมื่อใช้ฝึกร่วมกับการฝึกสติ จะสามารถลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้ดีกว่าการฝึกรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพียงอย่างเดียว หรือ การฝึกสติเพียงอย่างเดียวหรือไม่

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกสติ

ตัวแปรตาม ได้แก่คะแนนความวิตกกังวลแบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y ของ Spielberger และคณะ (1983)

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด ตามแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม และทดสอบการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่ร่วมกับการฝึกสติ ในการลดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. คะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด ร่วมกับการฝึกสติในระยะทดลอง และในระยะติดตามผล จะต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวล ในระยะก่อนการทดลอง

2. คะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด ร่วมกับการฝึกสติ จะต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มที่ใช้แบบการปรับเปลี่ยนความคิด เพียงอย่างเดียวทั้งในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

3. คะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการเปลี่ยนความคิด ร่วมกับการฝึกสติ จะต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มที่ฝึกสติเพียงอย่างเดียว ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล

คำจำกัดความในการวิจัย

1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด หมายถึง การให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาความวิตกกังวลโดยการให้พิจารณากระบวนการทางปัญญาของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนคำพูดที่พูดกับตนเองที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล ให้เป็นความคิดใหม่ที่จะนำสู่การช่วยลดความวิตกกังวล

2. การฝึกสติ หมายถึง การฝึกให้รู้และเห็นความคิดของตนเอง โดยการนำเอาการเคลื่อนไหว สร้างจังหวะทางกายเป็นกลวิธีการฝึก 2 วิธี คือ ฝึกการยกมือสร้างจังหวะ และการเดินจงกลม (ตามวิธีการฝึกสติของ หลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ)

3. ความวิตกกังวล หมายถึง ผลจากการคิดต่อสิ่งเร้าคือการให้การพยาบาลโรคเอดส์ ว่าจะทำให้เกิดผลกรรมทางลบ โดยจะเห็นได้จากคะแนนจากแบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y ของ Spielberger และคณะ (1983)

ขอบเขตของการทำวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง หมายถึงพยาบาลประจำการที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแผนกที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์เข้ามารับการรักษาในแผนก ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีผลการตรวจเลือดจากห้องทดลองว่ามีเชื้อไวรัสชนิด Human Immunodeficiency Virus (HIV) อยู่ในเลือด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y (State-Trait Anxiety Inventory Form Y) ของ Spielberger และคณะ (1983)

3.2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบวัดความรู้เรื่องโรคเอดส์ของ ดุษฎีวรรณ เรืองริจุระ (2532) และแบบวัดความรู้เรื่องโรคเอดส์ ของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม

3.3 แบบวัดสติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.4 แบบฝึกหัด การใช้การปรับเปลี่ยนความคิด ร่วมกับสติ ต่อการลดความวิตกกังวลตามรูปแบบแนวคิดพฤติกรรม-ปัญญานิยม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ข้อความรู้และวิธีการใหม่ ในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาความวิตกกังวล

2. ได้สร้างและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิด ตามแนวพฤติกรรม-ปัญญานิยม ที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาความวิตกกังวล

3. เพื่อให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ สามารถนำข้อค้นพบและวิธีการจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการฝึกอบรม หรือแก้ปัญหาความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

4. เป็นการเสนอนำ กระตุ้นและส่งเสริม ให้มีการแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ ที่จะพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกับลักษณะของสังคมไทย