แนวทางการบูรณาการพุทธธรรมในงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจ

Guidelines for Integrating Buddhist Dhamma in Counseling and Psychotherapy

พระสมชาย ญาณิสฺสโร

PhraSomchai Yanissaro

วัดจันทน์กะพ้อ, ปทุมธานี, 12160

Wat Chan Kapho, Pathum Thani, 12160

*Corresponding author E-mail: yanissaronama@gmail.com

Received: *01 August 2024*, **Revised:** *20 August 2024,* **Accepted:** *19 December 2024*

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาแนวทางการบูรณาการหลักพุทธธรรมในงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจ 2) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดพุทธจิตวิทยาในบริบทของการดูแลสุขภาพจิตสมัยใหม่ และ 3) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้บูรณาการพุทธธรรมกับจิตบำบัดสมัยใหม่อย่างเป็นระบบ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้แนวคิดพุทธจิตวิทยาและจิตบำบัดสมัยใหม่เป็นกรอบการวิจัย โดยวิเคราะห์เอกสารปฐมภูมิจากพระไตรปิฎก อรรถกถา และงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย นักวิชาการด้านพุทธศาสนา นักจิตวิทยาคลินิก และนักให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์ด้านพุทธบำบัด จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชนิด คือ 1) แบบวิเคราะห์เอกสาร 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแล้วเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1. พุทธธรรมมีหลักการสำคัญที่สามารถบูรณาการกับงานให้คำปรึกษาได้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ไตรลักษณ์ อริยสัจ 4 อริยมรรค 8 สติปัฏฐาน 4 และพรหมวิหาร 4 ซึ่งมีความสอดคล้องกับกระบวนการบำบัดทางจิตใจในเชิงวิทยาศาสตร์ 2. รูปแบบการบูรณาการที่มีประสิทธิผลสูงสุด คือ แนวทางสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy) ซึ่งสอดคล้องกับ MBSR, MBCT, DBT และ ACT ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ 3. องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยนี้นำเสนอแบบจำลองบูรณาการพุทธจิตบำบัด (Integrated Buddhist Psychotherapy Model: IBPM) 3 ระดับ ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับนักบำบัดและนักให้คำปรึกษาในการนำหลักพุทธธรรมไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ องค์ความรู้จากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมนักให้คำปรึกษา การออกแบบโปรแกรมบำบัดที่ผสมผสานพุทธธรรม และการสร้างนโยบายสุขภาพจิตที่คำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมไทยและพุทธศาสนา

คำสำคัญ: พุทธจิตบำบัด, การให้คำปรึกษาเชิงพุทธ, สติบำบัด, พุทธจิตวิทยา, สุขภาพจิตแบบองค์รวม

Abstract

This research article aims to study: (1) guidelines for integrating Buddhist Dhamma principles in counseling and psychotherapy, (2) patterns of applying Buddhist psychology in contemporary mental health care contexts, and (3) proposing systematic knowledge frameworks for integrating Buddhist Dhamma with modern psychotherapy. The research employs a qualitative methodology using Buddhist psychology and modern psychotherapy as theoretical frameworks, analyzing primary sources from the Tripitaka, commentaries, and related academic works. Key informants included 20 Buddhist scholars, clinical psychologists, and counselors with experience in Buddhist therapy, selected through purposive sampling. Research instruments consisted of (1) document analysis forms and (2) in-depth interview protocols. Data were analyzed through content analysis and descriptive narration.

The research found that: 1. Buddhist Dhamma contains systematic principles integrable with counseling, including the Three Characteristics (Tilakkhana), Four Noble Truths (Ariyasacca), Noble Eightfold Path (Ariyamagga), Four Foundations of Mindfulness (Satipatthana), and Four Brahmaviharas, which correspond to scientifically validated psychotherapy processes. 2. The most effective integration model is Mindfulness-Based Therapy, consistent with MBSR, MBCT, DBT, and ACT, all supported by empirical evidence. 3. The new knowledge framework presents a three-level Integrated Buddhist Psychotherapy Model (IBPM) as a practical guideline for therapists and counselors. The knowledge from this research will benefit counselor training curriculum development, Buddhist-integrated therapy program design, and mental health policy creation that accounts for Thai cultural and Buddhist contexts

Keywords: Buddhist psychotherapy, Buddhist counseling, mindfulness-based therapy, Buddhist psychology, holistic mental health

บทนำ

ในสังคมโลกยุคปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัญหาสุขภาพจิตได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) รายงานว่ามีประชากรโลกกว่า 300 ล้านคนที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า และมากกว่า 260 ล้านคนที่ต้องเผชิญกับโรควิตกกังวล ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้รายงานว่าความต้องการด้านบริการสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนในวงกว้าง (Xiong et al., 2020) ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตในยุคสมัยใหม่จึงต้องการแนวทางการบำบัดที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากกว่าการแพทย์กระแสหลักเพียงอย่างเดียว

พุทธศาสนาซึ่งมีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 2,600 ปี ได้นำเสนอระบบการเข้าใจจิตใจมนุษย์และแนวทางการพัฒนาสุขภาวะจิตที่ทรงคุณค่า หลักธรรมสำคัญในพุทธศาสนา อาทิ อริยสัจ 4 อริยมรรค 8 สติปัฏฐาน 4 และพรหมวิหาร 4 ล้วนมีความสอดคล้องกับกระบวนการบำบัดจิตใจในเชิงวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ดังปรากฏในงานวิจัยของ Saipetch (2023) ที่แสดงให้เห็นว่าพุทธธรรมมีศักยภาพสูงในการบูรณาการกับการดูแลสุขภาพจิตร่วมสมัย โดยนำเสนอมุมมองแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติกาย สังคม จิตใจ และปัญญา ทั้งนี้ งานวิจัยของ Saipetch ยังชี้ให้เห็นความสอดคล้องระหว่างหลักการพุทธธรรมกับจิตบำบัดสมัยใหม่ เช่น Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Dialectical Behavior Therapy (DBT) และ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำสติ (Mindfulness) ไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกอย่างกว้างขวาง แต่การศึกษาที่บูรณาการหลักพุทธธรรมในภาพรวมเข้ากับงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจในบริบทสังคมไทยยังมีความจำกัด โดยเฉพาะการพัฒนาแบบจำลองเชิงปฏิบัติที่นักให้คำปรึกษาและนักบำบัดสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงยังคงเป็นช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญ ผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานด้านการให้คำปรึกษาและการวิจัยพุทธจิตวิทยา ได้สังเกตเห็นถึงความต้องการแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบในการนำพุทธธรรมมาใช้ในงานคลินิก บทความวิจัยนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว

บทความวิจัยนี้นำเสนอ 3 ส่วนหลัก คือ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพุทธจิตวิทยาและจิตบำบัดสมัยใหม่ การวิเคราะห์รูปแบบการบูรณาการ และการนำเสนอแบบจำลองบูรณาการพุทธจิตบำบัด (IBPM) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อนักให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา นักบำบัด และผู้กำหนดนโยบายสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยและพุทธศาสนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางการบูรณาการหลักพุทธธรรมในงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจ
2. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดพุทธจิตวิทยาในบริบทของการดูแลสุขภาพจิตสมัยใหม่
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้บูรณาการพุทธธรรมกับจิตบำบัดสมัยใหม่อย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ แนวคิดพุทธจิตวิทยา จิตบำบัดสมัยใหม่ที่มีรากฐานจากพุทธธรรม และงานวิจัยเกี่ยวกับการบูรณาการทั้งสองแนวทาง

1. พุทธจิตวิทยาและสุขภาพจิตในพุทธศาสนา

Saipetch (2023) ได้ศึกษาพุทธสุขภาพจิต (Buddhist Mental Health) อย่างครอบคลุม พบว่าพุทธศาสนามีระบบการเข้าใจจิตใจที่ซับซ้อนและครบถ้วน โดยพระอภิธรรมปิฎกนำเสนอการจำแนกประเภทจิต (citta) และเจตสิก (cetasika) ที่ล้ำหน้ากว่าจิตวิทยาตะวันตกกว่าสองพันปี แนวคิดเรื่องจิตประภัสสร (pabhassaram cittam) ที่ถูกปิดบังด้วยกิเลสชั่วคราวสอดคล้องกับแนวคิดสมัยใหม่เกี่ยวกับสุขภาพจิตในฐานะสภาวะของการผลิบาน (flourishing) ไม่ใช่เพียงการไม่มีโรค นอกจากนี้ Phra Dhammapitaka

(Payutto, 2016) ได้พัฒนากรอบการเข้าใจสุขภาวะแบบองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ กายภาวนา สีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการบูรณาการพุทธธรรมในงานบำบัด

อริยสัจ 4 นำเสนอกรอบการวินิจฉัยและบำบัดที่เป็นระบบ ทุกข์ (Dukkha) ช่วยทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติของมนุษย์ ลดการตีตราตนเอง สมุทัย (Samudaya) ระบุตัณหาและอุปาทานเป็นเป้าหมายการบำบัด นิโรธ (Nirodha) ให้ความหวังว่าทุกข์สามารถดับได้ และมรรค (Magga) วางแผนการบำบัดที่ครอบคลุม 8 ด้าน กรอบนี้ตรงกับกระบวนการการประเมินและรักษาทางจิตเวชสมัยใหม่อย่างน่าทึ่ง (Saipetch, 2023)

2. จิตบำบัดสมัยใหม่ที่มีรากฐานจากพุทธธรรม

การบูรณาการพุทธธรรมกับจิตบำบัดสมัยใหม่ได้สร้างแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพหลากหลายรูปแบบ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ที่พัฒนาโดย Kabat-Zinn (2013) ได้ปรับประยุกต์การฝึกสติในพุทธศาสนามาใช้ในสถานพยาบาล และมีงานวิจัยรองรับประสิทธิผลในการรักษาความเจ็บปวดเรื้อรัง วิตกกังวล และซึมเศร้า โดย Hölzel et al. (2011) แสดงให้เห็นว่า MBSR ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างสมองที่วัดได้ โดยเฉพาะในบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ที่พัฒนาโดย Segal et al. (2013) ผสมผสานสติกับเทคนิคจิตบำบัดเชิงความคิดเพื่อป้องกันการกำเริบของซึมเศร้า โดย Piet และ Hougaard (2011) รายงานว่า MBCT ลดอัตราการกำเริบของซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 50 สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นซึมเศร้ามากกว่า 3 ครั้ง Dialectical Behavior Therapy (DBT) ของ Linehan (1993) นำสติและการยอมรับมาผสมกับเทคนิค CBT เพื่อรักษา Borderline Personality Disorder ในขณะที่ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ของ Hayes et al. (2011) สอดคล้องกับหลักการยอมรับในพุทธธรรม

3. ช่องว่างของงานวิจัย

แม้จะมีงานวิจัยมากมายเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้สติในทางคลินิก แต่ Saipetch (2023) ชี้ให้เห็นว่ายังขาดการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพุทธสุขภาพจิตในฐานะระบบองค์รวม นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นประชากรในตะวันตก โดยไม่ให้ความสนใจเพียงพอต่อการนำไปใช้ในสังคมพุทธที่มีบริบทวัฒนธรรมแตกต่างออกไป งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวโดยการพัฒนาแบบจำลองบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าพุทธธรรมและจิตบำบัดสมัยใหม่มีความสอดคล้องกันอย่างลึกซึ้ง ทั้งในเชิงปรัชญาและเชิงปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงใช้หลักพุทธจิตวิทยาตามแนวทางของ Saipetch (2023) ผนวกกับกรอบจิตบำบัดสมัยใหม่เป็นกรอบการวิจัย เพื่อพัฒนาแนวทางบูรณาการที่เป็นระบบและสามารถนำไปใช้ได้จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดพุทธจิตวิทยาของ Saipetch (2023) และกรอบจิตบำบัดบูรณาการ ประกอบด้วยตัวแปร 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการบูรณาการ (Process)	ผลลัพธ์ (Output)
หลักพุทธธรรม: • ไตรลักษณ์ • อริยสัจ 4 • อริยมรรค 8 • สติปัฏฐาน 4 • พรหมวิหาร 4	แบบจำลอง IBPM 3 ระดับ: • ระดับ 1: จัดการอาการ • ระดับ 2: พัฒนาความเข้าใจ • ระดับ 3: ปัญญาเชิงลึก	สุขภาวะจิตองค์รวม: • ลดอาการทางจิต • พัฒนาสติและอารมณ์ • บรรลุสุขภาวะแท้จริง

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย นักวิชาการด้านพุทธศาสนา นักจิตวิทยาคลินิก นักให้คำปรึกษา และนักบำบัดที่มีประสบการณ์ด้านการบูรณาการพุทธธรรมในงานสุขภาพจิต กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ นักวิชาการและนักปฏิบัติที่มีประสบการณ์ไม่ต่ำกว่า 5 ปีในด้านพุทธจิตบำบัดหรือจิตบำบัดสมัยใหม่ที่ผสมผสานพุทธธรรม จำนวน 20 คน ใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และความเต็มใจในการให้ข้อมูล

นอกจากนี้ ยังทำการวิเคราะห์เอกสารปฐมภูมิจากพระไตรปิฎก อรรถกถา ตำราพุทธจิตวิทยา และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติที่ผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-reviewed Journals) ระหว่างปี พ.ศ. 2556–2566

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชนิด ได้แก่ 1) แบบวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis Form) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมประเด็น หลักพุทธธรรม กระบวนการบำบัด และหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured In-depth Interview) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนกหมวดหมู่ การตีความและการสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล และผู้วิจัย รวมถึงการนำข้อมูลสรุปกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Member Checking)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Krippendorff (2004) ด้วยการจำแนกประเภท จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัย จากนั้นนำเสนอด้วยการเขียนบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive Narrative) พร้อมตารางและผังมโนทัศน์สรุปองค์ความรู้

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1. ผลการวิจัยพบว่า หลักพุทธธรรมที่มีศักยภาพสูงในการบูรณาการกับงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจ ประกอบด้วย 5 หมวดหลัก ได้แก่ อริยสัจ 4 อริยมรรค 8 สติปัฏฐาน 4

พรหมวิหาร 4 และไตรลักษณ์ โดยแต่ละหมวดธรรมมีการประยุกต์ใช้เฉพาะด้านในกระบวนการบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในกระบวนการให้คำปรึกษาและบำบัดทางจิตใจ

หลักธรรม	การประยุกต์ทางคลินิก	เทคนิคที่ใช้	ผลที่คาดหวัง
อริยสัจ 4	การประเมินและวินิจฉัยปัญหา	การสำรวจรูปแบบความทุกข์และสาเหตุ	การยอมรับและเข้าใจตนเอง
อริยมรรค 8	การวางแผนการบำบัด	การปรับความคิด พฤติกรรม และการฝึกจิต	การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน
สติปัฏฐาน 4	การพัฒนาสติและการควบคุมอารมณ์	การสแกนร่างกาย การนั่งสมาธิ การเดินจงกรม	ความตื่นรู้และการควบคุมตนเอง
พรหมวิหาร 4	การพัฒนาความสัมพันธ์และการเชื่อมต่อทางสังคม	เมตตาภาวนา กรุณาภาวนา มุทิตา อุเบกขา	ความเมตตาตนเองและผู้อื่น ลดโดดเดี่ยว
ไตรลักษณ์	การปรับมุมมองและความยืดหยุ่นทางจิตใจ	การพิจารณาอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา	การยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิต

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าหลักพุทธธรรมแต่ละประการมีการประยุกต์ใช้ที่ชัดเจนในกระบวนการบำบัด โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญร้อยละ 90 ยืนยันว่าหลักอริยสัจ 4 มีความสอดคล้องมากที่สุดกับกระบวนการประเมินและวินิจฉัยทางจิตวิทยา เนื่องจากมีโครงสร้างการแก้ปัญหาที่ชัดเจน ตั้งแต่การยอมรับปัญหา การระบุสาเหตุ การมองเห็นทางออก และการวางแผนการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ที่ 2. รูปแบบการบูรณาการพุทธธรรมกับจิตบำบัดสมัยใหม่ที่มีประสิทธิผลสูงสุด สามารถจำแนกได้เป็น 4 แนวทางหลัก ดังแสดงในตารางที่ 2

แนวทางบูรณาการ	หลักพุทธธรรมที่นำมาใช้	กลุ่มเป้าหมาย	Effect Size	หลักฐานอ้างอิง
MBSR (สติบำบัดลดความเครียด)	สติปัฏฐาน 4, อานาปานสติ	ความเจ็บปวดเรื้อรัง วิตกกังวล	d = 0.64	Kabat-Zinn (2013)
MBCT (สติบำบัดเชิงความคิด)	สติ, อนิจจัง, ไตรลักษณ์	ซึมเศร้า ป้องกันการกำเริบ	d = 0.58	Segal et al. (2013)
DBT (จิตบำบัดวิภาษวิธี)	สติ, อุเบกขา, การยอมรับ	BPD, ควบคุมอารมณ์ยาก	d = 0.72	Linehan (1993)
ACT (ยอมรับและมุ่งมั่นบำบัด)	การยอมรับ, อนัตตา, เมตตา	วิตกกังวล ซึมเศร้าหลากหลาย	d = 0.45	Hayes et al. (2011)

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า นักให้คำปรึกษาและนักบำบัดในบริบทสังคมไทยมีแนวโน้มบูรณาการพุทธธรรมในรูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจงทางวัฒนธรรมมากกว่าการนำแนวทาง MBSR หรือ MBCT มาใช้โดยตรง โดยร้อยละ 75 ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายงานว่าการผสมผสานการให้คำปรึกษาแบบพุทธกับพิธีกรรมทางวัฒนธรรมไทย เช่น การสวดมนต์ การปฏิบัติธรรม และการแนะนำจากพระสงฆ์ ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดสำหรับผู้รับบริการชาวไทย

วัตถุประสงค์ที่ 3. ผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนาแบบจำลองบูรณาการพุทธจิตบำบัด (Integrated Buddhist Psychotherapy Model: IBPM) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้ ระดับที่ 1 การจัดการอาการ (Symptom Management) มุ่งเน้นการลดความทุกข์เฉียบพลันผ่านการฝึกสติและการยอมรับ เทคนิคหลัก ได้แก่ การสังเกตลมหายใจเพื่อจัดการวิตกกังวล การสแกนร่างกายเพื่ออาการทางกาย และการฝึกเมตตาภาวนาสำหรับการวิจารณ์ตนเองและความยากลำบากในความสัมพันธ์ ระยะเวลาโดยประมาณ 4–8 สัปดาห์ ระดับที่ 2 การพัฒนาความเข้าใจ (Insight Development) มุ่งเน้นการพัฒนาความเข้าใจต่อรูปแบบจิตใจที่ก่อให้เกิดทุกข์ โดยใช้กรอบแนวคิดปฏิจจสมุปบาทในการเข้าใจต้นตอของปัญหา ผู้รับบริการเรียนรู้การสังเกตความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมด้วยความชัดเจนและเป็นกลาง ระยะเวลาโดยประมาณ 8–16 สัปดาห์ ระดับที่ 3 การเปลี่ยนแปลงเชิงปัญญา (Wisdom Transformation) มุ่งเน้นการแก้ไขความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับธรรมชาติของตนเองและความเป็นจริง ซึ่งเป็นรากฐานของทุกข์ทางจิต เทคนิคขั้นสูง ได้แก่ การพิจารณาอนิจจัง การสืบค้นธรรมชาติของอัตตา และการพัฒนาเมตตาแบบไม่มีเงื่อนไข ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้รับบริการ

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า หลักพุทธธรรมทั้ง 5 หมวดมีแนวทางการบูรณาการที่ชัดเจนและเป็นระบบในงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจ โดยอริยสัจ 4 มีความสอดคล้องสูงสุดกับกระบวนการประเมินและวินิจฉัยทางจิตวิทยาสมัยใหม่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโครงสร้างของอริยสัจ 4 มีลักษณะเป็น ทางการแพทย์ (Medical Framework) อย่างแท้จริง กล่าวคือ มีการระบุอาการ (ทุกข์) การวินิจฉัยสาเหตุ (สมุทัย) การกำหนดเป้าหมายการรักษา (นิโรธ) และการวางแผนการรักษา (มรรค) ซึ่งสอดคล้องกับที่ Saipetch (2023) ระบุว่าอริยสัจ 4 เสนอกรอบการวินิจฉัยและบำบัดที่ตรงกับแนวทางของการแพทย์สมัยใหม่อย่างน่าทึ่ง ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Davidson et al. (2003) ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกสมาธิตามหลักพุทธธรรมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำงานของสมองที่วัดได้ด้วยเทคโนโลยีประสาทภาพ โดยเฉพาะในบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความสนใจ การควบคุมอารมณ์ และการตระหนักรู้ตนเอง ซึ่งเป็นหลักฐานทางชีววิทยาที่ยืนยันแนวคิดเรื่องการฝึกจิตในพุทธศาสนา นอกจากนี้ กรอบการเข้าใจสุขภาวะแบบองค์รวม 4 มิติของ Dhammapitaka (2016) ยังสะท้อนให้เห็นว่าพุทธธรรมมองสุขภาพจิตในฐานะปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงกับมิติกาย สังคม จิตใจ และปัญญาอย่างแยกกันไม่ออก ซึ่งเป็นมุมมองที่เหนือกว่าแบบจำลองสุขภาพจิตทางชีวการแพทย์แบบดั้งเดิม สำหรับบริบทสังคมไทย ผลวิจัยสอดคล้องกับ Saipetch (2023) ที่แสดงให้เห็นว่าในสังคมที่พุทธศาสนาฝังตัวอยู่ในวัฒนธรรม การบูรณาการพุทธธรรมในงานบำบัดสามารถเพิ่มประสิทธิผลได้มากกว่าการนำแนวทางตะวันตกมาใช้โดยตรง เพราะผู้รับบริการมีกรอบความเข้าใจและประสบการณ์ชีวิตที่สอดคล้องกับหลักธรรมอยู่แล้ว จึงเกิดความเชื่อมโยงและการยอมรับการบำบัดได้รวดเร็วกว่า

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า ผลการวิจัยพบว่า MBSR, MBCT, DBT และ ACT เป็นรูปแบบการบูรณาการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับชัดเจนที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแนวทางเหล่านี้ได้ดึงเอาแก่นของพุทธธรรมมาประยุกต์ในรูปแบบที่เป็นโลกวิสัยและวัดผลได้ตามมาตรฐานวิทยาศาสตร์ ทำให้ผ่านการ

ทดสอบในงานวิจัยควบคุมแบบสุ่มจำนวนมาก ผลนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Saipetch (2023) ที่ระบุว่าการนำเสนอหลักพุทธธรรมในรูปแบบโลกวิสัยในบริบทตะวันตกช่วยขยายการยอมรับในวงกว้าง ในขณะที่การบูรณาการกับกรอบวัฒนธรรมและศาสนาที่มีอยู่เดิมในบริบทพุทธจะเพิ่มประสิทธิผลในสังคมเอเชีย สิ่งที่น่าสนใจคือ ผลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าในบริบทสังคมไทย นักให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดมักไม่ได้ใช้แนวทางใดแนวทางหนึ่งอย่างตายตัว แต่ผสมผสานหลายแนวทางตามความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องอุปายโกศล (Skillful Means) ในพุทธศาสนาที่เน้นการปรับแนวทางการสื่อสารธรรมะให้เหมาะสมกับผู้รับ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ Hutcherson et al. (2008) ยังแสดงให้เห็นว่าการฝึกเมตตาภาวนาเพิ่มการเชื่อมต่อทางสังคม ลดอคติ และเพิ่มอารมณ์เชิงบวก ซึ่งสนับสนุนการนำพรหมวิหาร 4 มาใช้ในงานบำบัดความสัมพันธ์และการบำบัดกลุ่ม ในด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การบูรณาการพุทธธรรมในงานบำบัดยังมีความคุ้มค่าสูง เนื่องจากแนวทางเหล่านี้มักใช้รูปแบบกลุ่มที่ให้บริการผู้รับบริการได้จำนวนมากขึ้นด้วยต้นทุนต่ำกว่า และผลการบำบัดมีความยั่งยืน ลดความจำเป็นในการพึ่งพายาและการรักษาระยะยาว ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบสำคัญสำหรับระบบสาธารณสุขไทย

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 3 ผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนาแบบจำลอง IBPM 3 ระดับ ซึ่งสะท้อนโครงสร้างของ ไตรสิกขา (ศีล สมาธิ ปัญญา) ในพุทธศาสนาได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไตรสิกขาเป็นกรอบที่ออกแบบมาเพื่อการพัฒนาจิตใจอย่างค่อยเป็นค่อยไปอยู่แล้ว โดยเริ่มจากการจัดระเบียบพฤติกรรมภายนอก (ศีล) ไปสู่การพัฒนาการควบคุมจิตใจ (สมาธิ) และสุดท้ายถึงการเข้าใจความเป็นจริง (ปัญญา) ซึ่งตรงกับกระบวนการบำบัดทางจิตใจที่เริ่มจากการจัดการอาการ ไปสู่การพัฒนาความเข้าใจ และสุดท้ายการเปลี่ยนแปลงเชิงลึก สิ่งที่แบบจำลอง IBPM เสนอได้นอกเหนือจากแบบจำลองพุทธบำบัดที่มีอยู่เดิม คือ ความยืดหยุ่นในการใช้งาน กล่าวคือ ผู้รับบริการสามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดในระดับใดก็ได้ตามความต้องการและความพร้อม โดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการทุกขั้นตอนในลำดับตายตัว ผลนี้สอดคล้องกับ Saipetch (2023) ที่ระบุว่าแนวทางพุทธบำบัดที่ค่อยเป็นค่อยไปยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิตที่ยั่งยืนเกิดขึ้นจากความพยายามอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่การแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยตามที่ Saipetch (2023) รายงาน โดยเฉพาะโครงการพัฒนาโรงเรียนวิถีพุทธ โปรแกรมสุขภาพจิตในโรงพยาบาลที่ผสมผสานพุทธบำบัด และบทบาทของพระสงฆ์ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบจำลอง IBPM มีความสอดคล้องกับโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของไทยอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงข้อท้าทายสำคัญในการนำแบบจำลอง IBPM ไปใช้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ ความจำเป็นในการฝึกอบรมนักให้คำปรึกษาให้มีความเข้าใจทั้งพุทธธรรมและจิตวิทยาคลินิกอย่างลึกซึ้ง การพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม และการจัดการกับความแตกต่างระหว่างผู้รับบริการที่มีพื้นฐานทางพุทธศาสนาในระดับที่แตกต่างกัน ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการศึกษาวิจัยต่อไป

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

งานวิจัยนี้นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในรูปแบบแบบจำลองบูรณาการพุทธจิตบำบัด (IBPM) ซึ่งมีโครงสร้างดังนี้



ภาพที่ 1 แบบจำลองบูรณาการพุทธจิตบำบัด
(Integrated Buddhist Psychotherapy Model: IBPM)

แบบจำลอง IBPM นี้มีความโดดเด่นตรงที่ผสมผสานความยืดหยุ่นของการปรับให้เหมาะกับผู้รับบริการแต่ละคน กับความมีโครงสร้างที่ชัดเจนสำหรับนักบำบัดมืออาชีพ สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในการให้คำปรึกษารายบุคคล การบำบัดกลุ่ม และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

สรุป

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าพุทธธรรมมีศักยภาพสูงในการบูรณาการกับงานให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตใจ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางพุทธบำบัดในการรักษาความผิดปกติทางจิตหลากหลายชนิด ตั้งแต่วิตกกังวล ซึมเศร้า เสพติด ไปจนถึงความบอบช้ำทางจิตใจแบบจำลอง IBPM 3 ระดับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนำเสนอกรอบการปฏิบัติที่เป็นระบบชัดเจน และยืดหยุ่น สำหรับนักให้คำปรึกษาและนักบำบัดที่ต้องการนำพุทธธรรมไปประยุกต์ใช้ในงานคลินิก โดยสอดคล้องกับโครงสร้างไตรสิกขาในพุทธศาสนาและกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาสมัยใหม่อย่างลงตัว สำหรับบริบทสังคมไทย การบูรณาการพุทธธรรมในงานสุขภาพจิตไม่ได้เป็นเพียงทางเลือก แต่เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับรากฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัด ลดการตี

ตรา และขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตไปยังประชาชนในวงกว้างมากขึ้น ในอนาคต การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมนักให้คำปรึกษาเชิงพุทธ การสร้างเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย และการทำวิจัยควบคุมแบบสุ่มเพื่อยืนยันประสิทธิผลของแบบจำลอง IBPM จะเป็นทิศทางการวิจัยที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตในประเทศไทยและสังคมพุทธอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า อริยสัจ 4 และสติปัฏฐาน 4 มีความสอดคล้องสูงสุดกับกระบวนการให้คำปรึกษา ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่บูรณาการหลักธรรมเหล่านี้เข้ากับทักษะการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และจัดให้มีการฝึกปฏิบัติจริงในสถานพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพจิต

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า แนวทาง MBSR, MBCT และ DBT มีประสิทธิผลสูงในบริบทไทย ดังนั้นสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลควรนำแนวทางเหล่านี้มาปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย พัฒนาเป็นโปรแกรมมาตรฐานที่ผ่านการรับรองและสามารถขยายผลในระบบสาธารณสุขได้

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 3 พบว่า แบบจำลอง IBPM สามารถนำไปใช้ได้ในหลากหลายบริบท ดังนั้นกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณานำ IBPM ไปทดลองใช้ในคลินิกสุขภาพจิตนำร่องและทำวิจัยประเมินผลอย่างเป็นระบบก่อนขยายผลในระดับประเทศ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ได้ค้นพบองค์ความรู้ที่สำคัญ คือ แบบจำลอง IBPM 3 ระดับ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพจิตที่หลากหลาย โดยควรให้ความสำคัญกับการปรับให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม สำหรับประเด็นในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบประสิทธิผลของ IBPM เปรียบเทียบกับจิตบำบัดมาตรฐาน การพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์เชิงพุทธ และการศึกษาการนำ IBPM ไปใช้กับกลุ่มเฉพาะ เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่ผ่านประสบการณ์บอบช้ำทางจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(5), 547–556. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain

and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564–570. https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3

Dhammapitaka, P. A. (Payutto). (2016). *Buddhist dhamma: Expanded edition* (45th ed.). Phalitham.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191*(1), 36–43. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006

Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion, 8*(5), 720–724. https://doi.org/10.1037/a0013237

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Rev. ed.). Bantam Books.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032–1040. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002

Saipetch, V. (2023). Buddhist mental health: Integration of Buddhist principles with contemporary mental health care. *Journal of Applied Humanities Studies, 1*(1), 1–19. https://doi.org/10.65680/jahs.v1i1.6639

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). Guilford Press.

Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., & Griffiths, M. D. (2014). Buddhist-derived loving-kindness and compassion meditation for the treatment of psychopathology: A systematic review. *Mindfulness, 5*(4), 431–451. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0368-1

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health

in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 277*, 55–64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001