



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ พ.บ.*

สมจิตร์ มณีกันนท์ วท.บ. (พยาบาลและการผดุงครรภ์)**

สมจิตร์ ทรงบุตรศรี ศษ.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกในการลดความเครียด และเพื่อพัฒนาโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การทำสมาธิ

วิธีการศึกษา เป็นโครงการนำร่องที่ใช้รูปแบบการวิจัยชนิดวัดผลในประชากรกลุ่มเดียวกันโดยกลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ หรือประชาชนทั่วไปที่สนใจและต่างสมัครใจเข้าร่วม ระหว่างเดือนธันวาคม 2539-ธันวาคม 2542 รับการฝึกสัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการฝึกคือ 1. การกำหนดรู้ลมหายใจ 2. การแผ่ดูลมหายใจ 3. การแผ่ดูความรู้สึกของร่างกาย 4. การระลึกอารมณ์/การยอมรับอารมณ์ 5. การแผ่ดูอารมณ์และการรู้สึกร่างกาย 6. การแผ่ดูความคิดและเงื่อนไขความคิด 7. การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ 8. การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรัก/ความเข้าใจ วัดผลด้วยค่าคะแนนอาการทางจิตตามแบบสอบถาม SCL-90 ทั้งก่อนและหลัง

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมฝึกทั้งสิ้น 139 คน เป็นชาย 45 คน หญิง 94 คน เข้าร่วมอย่างเพียงพอจำนวน 46 คน (ร้อยละ 33) ออกจากการฝึกกลางคัน 93 คน (ร้อยละ 67) ได้รับแบบสอบถามครบถ้วน 28 คน พบว่าค่าคะแนนในหมวดต่าง ๆ ของ SCL-90 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ถึง 8 ใน 9 หมวด คือ obsessive compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism ส่วนผู้ที่ออกจากการรักษากลางคันจำนวนมากพบในกลุ่มนักเรียน ผู้ป่วย somatoform disorder, psychosomatic disorder และ borderline personality disorder

สรุป โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดน่าจะช่วยเสริมการรักษาทางจิตเวชรวมทั้งช่วยลดอาการความเครียดในบุคคลทั่วไปได้ ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเด่น ขาด psychological minded บุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline จะไม่สามารถฝึกได้ผลดีด้วยวิธีนี้วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(1): 13-24.

คำสำคัญ การทำสมาธิ การจัดการกับความเครียด จิตสำนึก จิตวิญญาณ

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง ขอนแก่น 40002

**งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง ขอนแก่น 40002

บทนำ

จากสภาพความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ที่มีความซับซ้อนเชิงโครงสร้างของสังคมเพิ่มขึ้น การพัฒนาทางเทคโนโลยีที่ไม่สอดคล้องกับการพัฒนาทางจิตใจ ค่านิยมทางวัตถุ ปัญหาความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงสภาพครอบครัวและชุมชน ล้วนส่งผลเป็นปัญหาความเครียดที่แต่ละบุคคลจะต้องเผชิญและปรับตัว เมื่อบุคคลรับรู้ปัญหาจากภายนอก ก่อให้เกิดความคิด การตีความและให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จนเกิดเป็นพฤติกรรมอารมณ์ตอบสนองเป็นลำดับ อารมณ์เครียดที่เกิดขึ้นแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ ในทางร่างกายบุคคลนั้นจะเกิดอาการไม่สบายในระบบต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ในทางจิตใจจะเกิดเป็นความทุกข์ใจ เคร่งเครียด กังวล ขาดสมาธิ มองโลกในแง่ร้าย ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่องาน ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีความขัดแย้งในสัมพันธภาพ ปัญหาอาชญากรรมความรุนแรง ยาเสพติดตามมา แม้ความเจริญทางเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีความสะดวกสบายรวดเร็วมากขึ้นก็ตาม แต่คนกลับมีความเครียดความกดดันเพิ่มขึ้น มีความเข้าใจชีวิตลดลง เหล่านี้เป็นผลจากขาดสมดุลของการพัฒนาที่ละเลยการพัฒนามิติทางจิตใจและจิตวิญญาณไปนั่นเอง¹

การให้ความสำคัญแก่กระบวนการของจิตสำนึก เป็นวิธีการที่เน้นการมองย้อนกลับเข้าสู่ภายในของแต่ละบุคคล เป็นการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงที่หน่วยพื้นฐานที่สุดของสังคม คือ การเปลี่ยนแปลงที่ตนเอง โดยฝึกให้บุคคลมีความใส่ใจ (attention) หรือการกระทำในใจโดยแยบคาย (wise attention) เป็นการมองสิ่งทั้งหลายตามสภาพที่เป็นจริงอย่างมีระเบียบระบบ โดยอาศัยเครื่องมือที่สำคัญคือการกำหนดสติแต่ตัวรู้ (bare attention)² ถึงภาวะร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญ

ปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับคนและเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความตระหนักในศักยภาพตน (self-actualization) สามารถแยกแยะคุณสมบัติของจิตใจแต่ละระดับภายในตน มีพลังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองจากระดับการตอบสนองทางสัญชาตญาณสู่ระดับการกระทำที่มีสติปัญญากำกับ มีความรักความเมตตา ซึ่งเป็นจิตสำนึกขั้นสูง หลอเลี้ยวจิตใจ มีการเข้าใจความจริง (truth) เป็นธรรมชาติของการรับรู้ มีความสุขสงบเป็นธรรมชาติของการดำรงอยู่ มีความรัก (love) เป็นธรรมชาติของการแสดงออก³ ปัญหาและอุปสรรคทั้งหลายที่เคยเป็นเหตุของความทุกข์ก็กลับกลายเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เมื่อบุคคลหนึ่งเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง พลังของการเปลี่ยนแปลงนี้จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อคนรอบข้าง ครอบครัว และชุมชนสังคมได้ในที่สุด

การฝึกสมาธิเจริญสติ (mindfulness meditation) หรือวิปัสสนากรรมฐานและการฝึกโยคะ เพื่อพัฒนาจิตใจและคลายความเครียดมีมาในวัฒนธรรมตะวันออกหลายพันปีจนถึงในปัจจุบัน วิธีการฝึกสมาธิและการฝึกผ่อนคลายมีหลักฐานสนับสนุนมากขึ้นที่นำมาใช้ในความผิดปกติทางการแพทย์โดยเฉพาะปัญหาที่สัมพันธ์กับความเครียด มีการศึกษาจำนวนมากถึงผลของการฝึกสมาธิต่อร่างกาย โดย Herzog และคณะ⁴ ได้รายงานผล Positron Emission Tomography ในผู้ที่ฝึก Yoga meditation ว่ามี glucose metabolism ที่ frontal lobe เพิ่มขึ้น ขณะที่ occipital lobe ลดลงอย่างมาก ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำงานโดยรวมของสมอง Elias และคณะ⁵ รายงานว่าการฝึกสมาธิแบบ transcendent meditation จะเพิ่ม hypothalamic GABAergic tone ซึ่งมีผลต่อการลดความวิตกกังวลได้นอกจากนี้ในทางด้านจิตใจนั้น Delmonte⁶ อธิบายว่าการฝึกสมาธิจะช่วยกระตุ้นกระบวนการผลุดขึ้น (emergence) ของสิ่งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกของบุคคล

เพื่อให้เกิดการบูรณาการ (integrate) ในภาวะการรู้ตัวในระดับที่สูงขึ้น การฝึกสมาธิในระยะยาวพบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและปรากฏการณ์ของจิตสำนึกเนื่องจากขณะอยู่ในสมาธินั้นมีการเปลี่ยนแปลงรับรู้ การให้ความหมายต่อประสบการณ์ การรับรู้ต่อมิติของเวลา ความคิดเชิงเหตุผล การระลึกรู้ตนเอง ระดับความตื่นตัว และมีผลเพิ่มความรู้สึกเป็นสุขและความรักได้⁷

ส่วนผลของการทำสมาธิทางจิตเวชนั้น Kabat-Zin และคณะ⁸ ได้ใช้การฝึกสมาธิเจริญสติ ในการลดอาการวิตกกังวลและอาการตื่นตระหนก (panic) ในผู้ป่วย anxiety disorders หลังจากทำการฝึกและติดตามเป็นเวลา 3 เดือน Astin⁹ ได้ทำการศึกษานิต randomized controlled trial โดยใช้การฝึกสมาธิเจริญสติ 8 สัปดาห์ พบว่าสามารถลดอาการทางจิตใจ เพิ่มความรู้สึกในการควบคุมตนเองและประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์ของการศึกษานำร่องในครั้งนี้คือ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (Consciousness Transformation Program for Stress Management) และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้นในผู้ป่วยทางจิตเวชและบุคคลทั่วไป

โดยที่โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดสังเคราะห์ขึ้นจากแนวคิดปรัชญาศาสนา จิตบำบัดหลายแนวทาง ได้แก่

1. หลักการทำสมาธิแบบ อานาปานสติ¹⁰ Raja Yoga Meditation¹¹ Sahaj Marg Meditation¹²
2. หลักสติปัญญา 4¹³ วิปัสสนากรรมฐานในแนวทางท่าน Satya Narayan Goenka^{14,15}
3. Trika Yoga โดย Swami Chetanananda^{16,17} หลักคำสอนของ กฤษณะมูรติ¹⁸
4. Emotional management โดย John Ruskan¹⁹, ทานติช นัท ฮันท์²⁰, John Welwood²¹
5. Rational Emotive Therapy โดย Albert

Ellis²²

ซึ่งแนวคิดพื้นฐานของ Consciousness Transformation Program คือ ความตระหนักในศักยภาพตน (self-actualized) ถึงธรรมชาติของร่างกาย ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด เจื่อนไขของความคิด เพื่อให้เกิดบูรณาการขององค์ประกอบเหล่านี้ภายในจิตใจและการข้ามพ้น (transcending) ไปสู่ประสบการณ์ของจิตสำนึกขั้นสูง (higher consciousness) เมื่อเปรียบเทียบหลักการและวิธีการของ consciousness transformation กับ cognitive therapy²³ แม้จะเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด แต่จะมีความแตกต่างกันทั้งในวิธีการและกลไกที่เกิดการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 1)

วิธีการพื้นฐานที่สำคัญของ consciousness transformation คือ

1. ฝึกให้จิตใจเข้าถึงความสงบภายใน
2. พัฒนาความสามารถในการเฝ้าสังเกตปรากฏการณ์ของจิตใจอย่างที่เป็นจริงในปัจจุบัน
3. ขยายศักยภาพของการยอมรับและการมีความรักความเข้าใจต่อตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและสอดคล้องกับวุฒิภาวะของบุคคลนั้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษานำร่อง (pilot study) ที่ใช้รูปแบบการทดลองวัดผลก่อน-หลัง การฝึกตามโปรแกรม การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยหัวข้อการฝึกเรียงตามลำดับ สัปดาห์ละ 1 หัวข้อ ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งตัวมาจากคลินิกจิตเวชของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับผู้สนใจทั่วไปที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2539-ธันวาคม 2542

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่าง cognitive therapy กับ consciousness transformation

	Cognitive therapy	Consciousness transformation
Concepts of pathology and causes	- dysfunctional automatic thoughts based on distorted schemas (schemas developed from previous experience)	- thoughts are product of conditioned mind (beliefs, conditionings) - false identification of the self to the emotions, thoughts and thinker
Mechanism of change	- alteration of target negative thoughts - modify specific erroneous schemas- create positive/well functioning thoughts	- self actualized the nature of physical, sensation, emotion, thoughts - freedom from prior mode of thinking - self transcendence to the higher self
Techniques and practice	- cognitive behavioural approach - recording and monitoring cognition - experiential testing under logical/rational-behavioural rehearsal/insight	- self introspection/phenomenological approach - cultivation of the inner peace - experiential testing under intuition - developing the awareness ability to observe the observer and the observed - spontaneous detachment and transcend to the higher mode of love based living

ตารางที่ 2 รายละเอียดการฝึกในแต่ละสัปดาห์

สัปดาห์ที่	หัวข้อการฝึก
1	การฝึกสมาธิลมหายใจขั้นที่ 1: การกำหนดรู้ลมหายใจ (Breathing meditation : recognition)
2	การฝึกสมาธิลมหายใจขั้นที่ 2: การแผ่ดูลมหายใจ (Breathing meditation: awareness)
3	การแผ่ดูความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation awareness)
4	การระลึกอารมณ์/การยอมรับอารมณ์ (Emotional recognition/acceptance)
5	การแผ่ดูอารมณ์และความรู้สึกทางกาย (Emotional contemplation)
6	การแผ่ดูความคิด และเงื่อนไขความคิด (Awareness of thought and conditionings)
7	การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ (Absolute self-acceptance)
8	การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรัก/ความเข้าใจ (Consciousness of love and understanding)

ผู้ที่เข้าในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วย neurotic, stress related, somatoform, non psychotic และผู้ที่สนใจ มาสมัครด้วยตนเอง

ผู้ที่ถูกคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วย psychosis, severe depression, severe obsessive-compulsive disorder, potential dissociation, confusion, delirium และ medical decompensation

การฝึกตามโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกตามโปรแกรมในทุกหัวข้อ ดังนี้

1. รับการฝึกที่คลินิกคลายเครียด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นเวลา 1.5 ชั่วโมงทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยการอธิบายวิธีการขั้นตอน การซักถามถึงผลการฝึก การยกตัวอย่างประกอบ การกระตุ้นความสนใจ การให้กำลังใจในการฝึก

2. การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 การฝึกแบบสัญญาณจราจร (traffic control) คือ การฝึกสมาธิในช่วงเวลาประมาณ 2-3 นาที ทุก 2 ชั่วโมงในระหว่างวันที่กำลังทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ โดยกำหนดเวลาโดยประมาณที่ 8:00, 10:00, 12:00, 14:00, 16:00 น.

2.2 การฝึกสมาธิช่วงกลางคืน ให้นั่งสมาธิตามโปรแกรมการฝึกของสัปดาห์นั้น เป็นเวลา 20 นาทีและบันทึกผลการฝึก ปัญหาในการปฏิบัติ ลงในแบบบันทึกประจำสัปดาห์

โปรแกรมการฝึกของแต่ละสัปดาห์นั้นจะมีเอกสารที่มีเนื้อหาของคำอธิบายหลักการและวิธีการฝึกในสัปดาห์ แจกให้ทุกสัปดาห์ ตลอด 8 สัปดาห์ และมีการทบทวนการฝึกของครั้งที่ผ่านมามีด้วยทุกครั้ง ผู้ป่วยแต่ละรายจะถือว่าได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ เมื่อเข้ารับการฝึกมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งจาก 8 ครั้ง อนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช

จะได้รับการรักษาทางจิตเวชที่เป็นมาตรฐานจากอาจารย์จิตแพทย์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์อยู่ก่อนแล้ว ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาและจิตบำบัดแบบประคับประคอง และ/หรือ ครอบครัวยุติธรรมด้วย

การวัดผล

1. วัดค่าคะแนน SCL-90 ภาษาไทย ก่อนและหลังการฝึก 8 สัปดาห์

2. แบบประเมินผลประจำสัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อของความเข้าใจ ความพอใจ ผลการปฏิบัติและปัญหาจากการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ทำการศึกษาค่าเฉลี่ยเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ paired t-test ของค่าคะแนน SCL-90 ก่อน-หลัง ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอและกลุ่มที่ drop-out ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยของการ drop-out ใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 9.0 ในการวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 139 คน ประกอบด้วยผู้หญิง 94 คน (ร้อยละ 67.6) ผู้ชาย 45 คน (ร้อยละ 32.4) อายุเฉลี่ย 32.8 ปี (SD = 10.9) เป็นผู้ป่วยจิตเวช 104 คน (ร้อยละ 74.8) และปกติ 35 คน (ร้อยละ 25.2) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ คือ มาเข้าร่วมการฝึกตามโปรแกรมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งใน 8 ครั้ง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 33.1) และกลุ่มที่ drop-out มี 93 คน (ร้อยละ 66.9)

การวินิจฉัยหลักทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด (n=139) โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่ออกจากการศึกษา (n=93) กลุ่มที่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ (n=46) กลุ่มที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน (n=28) (ตารางที่ 3)

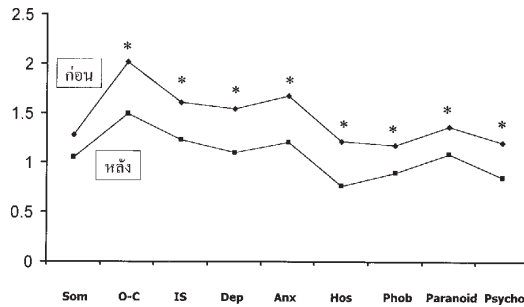
ตารางที่ 3 การวินิจฉัยหลักทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

การวินิจฉัย	ผู้ที่เข้าโครงการ ทั้งหมด (n = 139)	กลุ่มที่ออกจาก การศึกษา (n = 93)	กลุ่มที่เข้าร่วม อย่างเพียงพอ (n = 46)	กลุ่มที่ตอบแบบ สอบถามครบถ้วน (n = 28)
Normal	35	20	15	5
Mood disorders	26	17	9	7
Anxiety disorders	26	17	9	8
Psychological factors affecting medical conditions	18	14	4	4
Adjustment disorders	15	10	5	2
Personality disorders	7	7	-	-
Substance use disorder	5	3	2	1
Somatoform disorders	5	4	1	-
Organic mental disorders	2	1	1	1

ตารางที่ 4 ข้อมูลประชากรในกลุ่มที่ได้รับการรักษาอย่างพอเพียงกับกลุ่มที่ออกจากการรักษากลางคัน

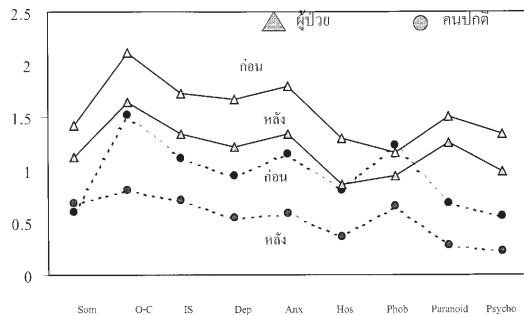
	adequate (n=46)	dropout (n=93)	
เพศ (หญิง:ชาย)	2.5:1	1.9:1	p>0.05
อายุ (ปี)	37.1	30.6	p<0.05 *
การศึกษา (ร้อยละ)	ประถม	12	p>0.05
	มัธยม	14.3	
	อาชีวะ	12	
	ปริญญาตรีขึ้นไป	62	
อาชีพ (ร้อยละ)	นักเรียน	6.5	p<0.05*
	ค้าขาย	15.2	
	รับราชการ	54.3	
	รับจ้าง	13	
	งานบ้าน	6.5	

* Statistical significant



*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนน SC-90 ก่อน-หลัง



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่า SCL-90 ก่อน-หลัง ในผู้ป่วยและคนปกติ

ในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาย่างเพียงพอ นั้นได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วน 28 คนจาก 46 คน (ร้อยละ 61) ได้ทำการวิเคราะห์พบว่าค่าคะแนน SCL-90 ก่อน-หลัง โปรแกรมการฝึก 8 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึง 8 ใน 9 กลุ่มอาการ คือ obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism มีเพียงกลุ่มอาการของ somatization ที่ค่าคะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพที่ 1)

เมื่อแยกวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนของกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มปกติออกจากกัน จะพบว่าค่าคะแนน SCL-90 ในกลุ่มผู้ป่วยนั้นลดลงทุกกลุ่มอาการ แต่ค่าคะแนน SCL-90 ในกลุ่มปกตินั้นลดลงยกเว้นกลุ่มอาการ somatization ที่ไม่เปลี่ยนแปลง

เนื่องจากค่าคะแนนต่ำตั้งแต่แรกอยู่แล้ว (ภาพที่ 2)

ทำการเปรียบเทียบขนาดของความแตกต่างคือ เปอร์เซ็นต์ของค่าคะแนน SCL-90 ที่ลดลงพบว่าค่าคะแนนลดลงในช่วงร้อยละ 18.0-37.1 ค่าเฉลี่ยการลดลงร้อยละ 23.6 หมวด somatization ลดน้อยที่สุด (ร้อยละ 18) หมวด hostility ลดมากที่สุด (ร้อยละ 37) ค่าคะแนน depression และ anxiety ลดลงพอๆ กัน คือ ร้อยละ 28.7 และ 28.0 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลประชากรในกลุ่มที่ได้ รับการรักษาย่างพอเพียงกับกลุ่มที่ออกจากการ รักษากลางคัน พบว่ามีลักษณะดังตารางที่ 4

เปรียบเทียบสัดส่วนของการออกจากการศึกษา กลางคันแยกตามการวินิจฉัยโรค กลุ่มที่มาด้วยอาการ ทางกายเด่น ได้แก่ somatoform disorder (4:1) และ psychosomatic disorder (3.5:1) มีสัดส่วนการ dropout สูงกว่าค่าเฉลี่ย (2:1) และพบว่ากลุ่ม personality disorder ซึ่งเป็น borderline personality disorder 6 ราย และ schizotypal personality disorder 1 รายนั้นจะ dropout หมดทุกรายและ มีค่าสัดส่วน การ dropout สูงที่สุด (มากกว่า 7:1)

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามถึงสาเหตุของการ ออกจากการศึกษา กลางคัน พบว่าสาเหตุจากติด ภาระกิจ การงานหรือการเรียนร้อยละ 50 สาเหตุจาก การเดินทางร้อยละ 14.3 ระยะเวลาฝึกร้อยละ 12.5 สภาพแวดล้อมการฝึกร้อยละ 10.7 ส่วนที่ dropout เพราะมีปัญหาจากวิธีการฝึกร้อยละ 10.7 และจาก ปัญหาทางสุขภาพร้อยละ 1.8

วิจารณ์

จากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยที่ เข้าร่วมการฝึกเพียงพอ (มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง) และได้แบบสอบถามกลับคืนครบถ้วน 28 คน พบ ว่าค่าคะแนน SCL-90 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติถึง 8 ใน 9 กลุ่มอาการ มีเพียงกลุ่มอาการ

somatization ที่ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทำการแยกวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย และคนปกติ พบว่าค่าคะแนน somatization ที่ลดลงไม่มากนักนั้นเกิดจากค่าคะแนน somatization ในกลุ่มคนปกติต่ำมาตั้งแต่ก่อนการรักษาอยู่แล้ว จึงพอที่จะกล่าวได้ว่าผู้ที่เข้าฝึกอบรมอย่างเพียงพอ (มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ใน 8 ครั้ง) และตอบแบบสอบถาม กลับมาครบถ้วน มีพยาธิภาพทางจิตลดลง สุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแบบประเมินที่ผู้ป่วยตอบกลับให้กับผู้วิจัยในทุกสัปดาห์

การที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการลดลงอาจเกิดจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่

1. ผลจากการฝึกตามโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การทำสมาธิ การเรียนรู้และเข้าใจถึงอารมณ์ ความคิด การมีทัศนคติที่ยอมรับตนเอง มีความรัก และเข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับที่ Kabat-Zinn⁸, Astin⁹ ที่ใช้การฝึกสมาธิเจริญสติ (mindfulness meditation) มีผลต่ออาการทางจิต มีความรู้สึกในการควบคุมตนเอง ยอมรับสิ่งต่างๆ ในชีวิต และการมีประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ เนื่องจากการฝึกสมาธิเจริญสตินั้น จะช่วยพัฒนาความสามารถในการเฝ้าสังเกตอย่างละวาง (detached observation) และมีความรู้เข้าใจในความคิดอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนวิธีการโต้ตอบกับสถานการณ์ภายในและภายนอกได้ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น ผู้ป่วยที่ได้ผลดีนั้นเป็นผู้ที่ฝึกอย่างเพียงพอ และมีความสนใจเข้ารับการฝึกอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมนี้จึงอาจได้ผลดีเฉพาะกับบางคนที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ความศรัทธาในทางศาสนา การมีพื้นฐานการปฏิบัติธรรม การมีวินัยในตนเอง หรือบุคลิกภาพเฉพาะบางอย่างซึ่งควรที่จะทำการศึกษาต่อไป

2. ผลจากการใช้กลุ่มบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในกลุ่มชนิดปิดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีการพูดคุยเล่าปัญหาส่วนตัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ฝึกสมาธิร่วมกัน จึงมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบำบัด

(therapeutic factors) เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น การยอมรับ (acceptance), catharsis, ความร่วมรู้สึก (empathy), universality เป็นต้น อย่างไรก็ตาม McCarberg²⁴ ได้ศึกษาการทำ cognitive-behavioural techniques ร่วมกับการทำสมาธิ และโปรแกรมการจัดการกับความเครียด พบว่าในกลุ่มที่ได้รับเฉพาะเอกสารคำอธิบายการฝึกและทำการฝึกเองที่บ้านก็ได้ผลเช่นเดียวกับกลุ่มที่มาเข้ารับการฝึกแบบเป็นกลุ่ม จึงควรที่จะทำการศึกษาต่อไปว่าผลของกลุ่มบำบัดมีมากน้อยเพียงใดใน meditation based stress reduction program

3. ผลจากความคาดหวัง ความศรัทธาต่อวิธีการรักษา เนื่องจากวิธีการฝึกจิตทำสมาธิเป็นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของประชาชนไทยทั่วไปอยู่แล้ว คนส่วนใหญ่รับรู้ว่าการทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบเป็นกุศล ซึ่งผลจากการมีความศรัทธานั้น มีลักษณะทำให้ใจสงบและผ่อนคลาย การจูงใจ (motivation)²

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการรักษากลางคัน (dropouts) จำนวนมาก (ร้อยละ 66.9) ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลประชากรแล้วพบว่า สัดส่วนของตัวอย่างที่เป็นนักเรียนนักศึกษาในกลุ่ม dropouts มีสูงมาก ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าไม่สามารถเข้าร่วมการฝึกเนื่องจากติดภาระกิจการเรียน หรือผู้ป่วยที่อายุน้อยในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นให้ความสำคัญกับการทำสมาธิ การพัฒนาจิตใจน้อยกว่าผู้ใหญ่ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากกว่า และเมื่อทำการวิเคราะห์แยกการวินิจฉัยโรคของกลุ่มที่ dropout พบว่ากลุ่ม somatoform disorder, psychosomatic disorder และ borderline personality disorder มีการ dropout สูงที่สุดในขณะที่กลุ่ม anxiety disorder และ mood disorder มีสัดส่วนของ dropout น้อยกว่า ซึ่งอาจแสดงว่าโปรแกรมนี้เหมาะกับผู้มีอาการทางจิตมากกว่าผู้มีอาการทางกาย และในการฝึกขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย อาจทำให้ผู้ป่วยที่

มีอาการทางกายเดิมอยู่แล้ว เกิดอาการทางกายมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยหลักการแล้วหากผู้ป่วยสามารถเฝ้าดูอาการทางกายที่เกิดขึ้นด้วยใจที่เป็นกลาง ไม่ได้ตอบเป็นอารมณ์โกรธชุนมัวต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ Persinger²⁵ ได้ศึกษาเกี่ยวกับสัมปชัญญะ (sensed presence) ในกลุ่มตัวอย่างที่ฝึกสมาธิพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การมีสติรู้ตัวนี้ทำให้เกิดความรู้สึกของ ego-alien intrusion ได้ในผู้ป่วยที่มีมีโนทัศน์แห่งตน (self-concepts) ที่อ่อนแอ เช่นใน borderline personality, schizotypal หรือในคนที่มี dissociative ซึ่งถือเป็นข้อห้ามฝึกสมาธิในกลุ่มดังกล่าว

การฝึกตามโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดนี้ไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงใด ๆ มีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยในช่วงแรกซึ่งมักเกิดจาก การเพ่งหรือตั้งใจมากเกินไปและหายไปเมื่อได้รับคำแนะนำการฝึกที่ถูกต้อง จำลอง ดิชวณิ²⁶ รายงานผู้ป่วย 8 รายที่เกิดอาการโรคจิตเข้าได้กับโรคจิตเภท ในคนที่ฝึกสมาธิก่อนหรือขณะที่เกิดอาการขึ้น ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 8 รายนั้นมีสาเหตุแตกต่างกันหลายประการ ในการศึกษานี้ไม่พบว่าก่อให้เกิดอาการโรคจิตในกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอยู่ก่อนจะถูกคัดออกจากการศึกษาตั้งแต่แรกแล้ว

โปรแกรมนี้ใช้เวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ โดยที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกสัปดาห์ เพื่อทำความเข้าใจเทคนิคการฝึกของสัปดาห์นั้นๆ ทำสมาธิพร้อมกันถามปัญหาและมีการบ้านฝึกทุกวันที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ได้ผลดีจากการฝึกรายงานว่าพอใจกับช่วงเวลา 8 สัปดาห์ว่าเป็นเวลาที่เหมาะสม มีโปรแกรมฝึกสมาธิเจริญสติหลายการศึกษาที่ใช้เวลา 8 สัปดาห์เช่นกัน^{9,27,28} และการศึกษาติดตามผลระยะยาว Kabat Zinn²⁹ รายงานว่าผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองจากการรักษาด้วยวิธีอื่นนั้นมีอาการทางจิตและอารมณ์ดีขึ้นหลังฝึกสมาธิเจริญสติ แม้หลัง

การฝึกผ่านไปแล้ว 15 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงฝึกสมาธิเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงว่าการฝึกสมาธิเจริญสติที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้นั้น ผู้ฝึกควรจะได้เรียนรู้ฝึกฝนจนมีความเข้าใจและทักษะก่อน และเมื่อได้ผลดีจากการฝึกก็จะเป็นเสมือนการเพิ่มความแรง (reinforcement) ให้พฤติกรรมการฝึกนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่เข้าฝึกสมาธิแล้วผลดีจากการฝึกชัดเจน

ข้อดีของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด คือ การที่โปรแกรมนี้มีลักษณะที่บูรณาการการฝึกจิตให้มีสมาธิความสงบร่วมกับการทำความเข้าใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ การฝึกสอนทำอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจนสามารถนำวิธีการปฏิบัติไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีเอกสารประกอบการฝึกเพื่อทำการทบทวนด้วยตนเองทุกสัปดาห์ เสียค่าใช้จ่ายน้อยลดการใช้ยาเพื่อบำบัดอาการ เป็นวิธีการที่เหมาะสมวัฒนธรรม ความเชื่อของคนส่วนใหญ่ ผู้ป่วยได้เรียนรู้จักการพึ่งตนเองในการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งความรู้สึกของ autonomy และความภูมิใจแห่งตน (self-esteem) แต่วิธีการนี้ก็มิจุดอ่อนที่การฝึกนั้นต้องการความยอมรับ การมีความเข้าใจที่ถูกต้อง การร่วมมือ ความเพียรในการฝึกฝนปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการทางกายมากๆ ขาด psychological minded ภาวะซึมเศร้ารุนแรง โรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติ ปัญญาอ่อน โรคทางกายที่เป็นอุปสรรค จะไม่สามารถฝึกได้ผลดีด้วยวิธีการนี้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่ได้มีการควบคุมการรักษาอื่นในช่วงของการฝึก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนั้นยังได้รับการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานร่วมด้วย แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเก่าที่ติดตามการรักษาทางจิตเวชมาเป็นเวลานานก็ตาม การที่ผู้ป่วยดีขึ้นจึงอาจเกิดผลจากอย่างอื่นที่นอกจากการฝึกตามโปรแกรมนี้ ในทางตรงข้ามการศึกษานี้ไม่ได้

ระบุเหตุการณ์วิกฤติรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในช่วงระหว่างการฝึก 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจมีผลให้อาการทางจิตนั้นแย่ลงไปกว่าเดิม

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด จึงควรที่จะทำการศึกษาประสิทธิภาพที่ชัดเจนในขั้นตอนต่อไปนี้คือ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนขึ้นคือ การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วย จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเหมือนกันมากขึ้น ปรับช่วงเวลาให้มีความหลากหลายเพื่อผู้ป่วยสามารถเลือกได้เหมาะสมกับเวลาที่มีได้มากขึ้น ควรที่จะมีการวัดอาการทางจิตด้วยเครื่องมือหลายอย่างร่วมกัน รวมถึงการวัดในแง่มุมมองมิติทางจิตวิญญาณ มีการเก็บข้อมูลปัจจัยความเครียดรุนแรงอื่นที่อาจเกิดขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่าคะแนนอาการทางจิต มีการติดตามวัดผลระยะยาวเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือนถึง 1 ปี และควรทำการศึกษาเป็นแบบ randomized controlled trial ควบคุมผลจากการรักษาด้วยวิธีอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน และทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มจิตบำบัดชนิดอื่น

สรุป

ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมลดความเครียดโดยใช้การฝึกสมาธิเจริญสติเป็นหลัก ซึ่งจากการวัดผลในผู้ป่วยที่เข้ารับการฝึกอย่างพอเพียง มีค่าคะแนนอาการทางจิตที่วัดด้วย SCL-90 ลดลงถึง 8 ใน 9 กลุ่มอาการ มีเพียงกลุ่มอาการ somatization ที่ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีผู้ป่วยออกจากการรักษากลางคันสูงมาก สาเหตุจากการไม่มีเวลา ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเด่น และ borderline personality disorder

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณสุคนธ์ มหัทธนะ ผู้ร่วมงานคลินิกคลายเครียดในช่วงเริ่มต้น ขอขอบคุณคณะกรรมการ

ส่งเสริมบัณฑิต มูลนิธิอานันทมหิดล ผศ.พ.ญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณอาจารย์ละเอียด ชูประยูร ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ SCL-90 ฉบับภาษาไทย

เอกสารอ้างอิง

1. ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ. การพัฒนาจิตใจเพื่อคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541:4-8.
2. จำลอง ดิษยวณิช. วิปัสสนากรรมฐานและเขาวนอารมณ์: เพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตและเขาวนอารมณ์. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2543:23-4.
3. ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ. ชีวิตกับความเครียด. กรุงเทพฯ: บริษัท สมิทโคลน บีแชน อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด, 2542:13.
4. Herzog H, Lele VR, Kuwert T, Langen KJ, Kops ER, Feinendegen LE. Changed pattern of regional glucose metabolism during yoga meditative relaxation. *Neuropsychobiology* 1990-91; 23:182-7.
5. Elias AN, Wilson AF. Serum hormonal concentration following transcendental meditation- potential role of gamma aminobutyric acid. *Med Hypotheses* 1995; 44:287-91.
6. Delmonte MM. Meditation, the unconscious, and psychosomatic disorders. *Int J Psychosom* 1989 ; 36:45-52.
7. Venkatesh S, Raju TR, Shivani Y, Tompkins G, Meti BL. A study of structure of phenomenology of consciousness in meditative and non-meditative states. *Indian J Physio Pharmacol* 1997; 4:149-53.
8. Kabat-Zinn J, Massion AO, Krisletter J, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 936-43.

9. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation, effects on psychological symptomatology, sense of control and spiritual experiences. *Psychother Psychosom* 1997; 66:97-106.
10. ประยุทธ์ ปยุตโต. พุทธธรรม . พิมพ์ครั้งที่ 5 , กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2532.
11. Chander J. The way and the goal of Raja Yoga. Mount Abu: Om Shanti Press, no publication year .
12. Wulliemier F. Meditation. Shahjahanpur: Shri Ram Chandra Mission, 1997.
13. Nyanaponika Thera. The Power of Mindfulness. Kandy: The Wheel Publication, 1986.
14. สัตยา นารายัน โภเอน์ก้า. ธรรมบรรยาย พิมพ์ครั้งที่ 2. ปราจีนบุรี: ศูนย์วิปัสสนากรรมฐาน “ธรรมกมล” ใน พระสังฆราชูปถัมภ์, 2540.
15. Hart W. The art of living: vipassana meditation as taught by S.N.Goenka. Igatpuri: Vipassana Research Institute, 1991.
16. Chetanananda S. Dynamic stillness, part one: the practice of Trika Yoga. Cambridge: Rudra Press, 1990.
17. Chetanananda S. Dynamic stillness, part two: the fulfillment of Trika Yoga. Cambridge: Rudra Press, 1991.
18. Krishnamurti J. Freedom from the known. New York: Harper Collins Publishers, 1969.
19. Ruskan J. Emotional clearing: releasing negative feelings and awakening unconditional happiness. London: Rider Books, 1998.
20. Thich Nhat Hanh. Peace is every step: the path of mindfulness in everyday life. New York: Bantam Book, 1991.
21. Welwood J. Befriending emotion. In: Welwood J, ed. *Awakening the heart*. Boston: Shambala Publication, 1983.
22. Ellis A. The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): a comprehensive approach to treatment. Albert Ellis Institute. Available from URL: <http://www.rebt.org/essays/teorebt.html>.
23. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry : behavioral science/clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
24. McCarberg B, Wolf J. Chronic pain management in a health maintenance organization. *Clin J Pain* 1999; 15:50-7.
25. Persinger MA. Enhanced incidence of “the sensed presence” in people who have learned to meditate: support for the right hemispheric intrusion hypothesis. *Percept Mot Skill* 1992; 75:1308-10.
26. จำลอง ดิษยวนิช. โรคจิตที่เกิดจากการฝึกสมาธิ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2527; 29:1-12.
27. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17:192-200.
28. Singh BB, Berman BM, Hadhazy VA, Creamer P. A pilot study of cognitive behavioural therapy in fibromyagia. *Altern Ther Health Med* 1998; 4:67-70.
29. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* 1985; 8:163-90.



Effectiveness of Consciousness Transformation Program for Stress Management

*Thawatchai Krisanaprakornkit, M.D.**

*Somjit Maneekanond, B.Sc. (Nursing and Midwifery)***

*Somchit Rongbudsri, M.Ed. (Educational Psychology)**

Abstract

Objective To evaluate the effectiveness of Consciousness Transformation Program for Stress Management and to develop a meditation based stress reduction program.

Method The research is an experimental analytical pilot study, using before - after study design with same individuals. The subjects came from psychiatric refer or self-referral to Stress Reduction Clinic, Department of Psychiatry since December 1996-December 1999. Eight weekly session consist of 1. Breathing meditation : recognition 2. Breathing meditation : awareness 3. Body sensation awareness 4. Emotional recognition and acceptance 5. Emotional contemplation 6. Awareness of thoughts and conditionings 7. Absolute self-acceptance 8. Consciousness of love and understanding. SCL-90 was used to measure the outcome both before and after treatment .

Results Among 139 subjects (45 male and 94 female), 46 (33%) subjects were received adequate treatment, where 93 dropouts (67%). SCL-90 score of 28 subjects who completed the questionnaire were statistically significant reduced ($p < 0.05$) in 8 of 9 items; obsessive compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. Only the somatization item which was not statistically significant reduced. The overall percent change was 23.6%. High dropouts occurred in subjects who were studying and the diagnosis of somatoform disorder, psychosomatic disorder, borderline personality disorder

Conclusions Consciousness Transformation Program for Stress Management could be a useful adjunctive treatment for psychiatric patients and improve symptoms profile in normal subjects. This method will not benefit to the person who has prominent physical symptoms, lack of psychological minded and borderline personality disorder. **J Psychiatr Assoc Thailand 2001; 46(1): 13-24.**

Key words: meditation, stress management, consciousness, spirituality

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

** Nursing Division, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002