



การบูรณาการพุทธจิตวิทยากับเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย: การพัฒนา  
แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก  
Integration of Buddhist Psychology with Thai Traditional Medical  
Practice: Development of a Clinical Internal Readiness Model

พณณกร สอนจ้อย Ponnagron Sonjoy

คณะพุทธศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

Faculty of Buddhism, Mahachulalongkornrajavidyalaya University

Corresponding author, e-mail: Shongsaksonjoy@hotmail.com

Received April 22, 2025; Revised May 18, 2025; Accepted: September 30, 2025



### บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและสังเคราะห์กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างจิต-กายในบริบทเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย โดยเชื่อมโยงองค์ความรู้จากพุทธจิตวิทยา การแพทย์แผนไทย และวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัย เพื่อตอบโจทย์ปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะจิต-กายที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งแนวทางการรักษาแบบแยกส่วนอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาเชิงระบบดังกล่าว ในพุทธจิตวิทยา กระบวนการเวทนา-สังขารถูกอธิบายว่าเป็นกลไกสำคัญของความทุกข์และความแปรปรวนทางจิต ขณะที่การแพทย์แผนไทยอธิบายความเจ็บป่วยผ่านความไม่สมดุลของธาตุ โดยเฉพาะธาตุลมและธาตุไฟซึ่งสัมพันธ์กับสภาวะจิตและการเปลี่ยนแปลงของระบบชีวิต การศึกษานี้ใช้วิธีวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารจากพระไตรปิฎก วรรณกรรมพุทธธรรม ตำราแพทย์แผนไทย และงานวิจัยด้านจิต-ประสาท-ภูมิคุ้มกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนารอบอบอริยาบถระบบจิต-กายในลักษณะเหตุ-ผลแบบบูรณาการ โดยเสนอ “วงจรเวทนา-สังขาร-ธาตุ” เป็นกลไกแกนกลางที่เชื่อมโยงประสบการณ์ภายในกับการเปลี่ยนแปลงของระบบชีวิตจากการสังเคราะห์ดังกล่าว ได้พัฒนา “แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก” ในรูปแบบกระบวนการ 9 ขั้นตอน ครอบคลุมการปรับกาย การพัฒนาความรู้เท่าทันทางจิต และการสร้างเสถียรภาพของระบบชีวิตในระยะยาว พร้อมเสนอกรอบการประเมินผล 4 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์ภายใน พฤติกรรม อาการทางคลินิก และตัวชี้วัดทางชีวภาพ โดยสรุป แบบจำลองดังกล่าวช่วยยกระดับการ

ฝึกจิตให้เป็นเครื่องมือทางคลินิกที่มีโครงสร้าง สามารถใช้วางแผน ติดตาม และประเมินผลได้จริง อีกทั้งช่วยแทรกแซงวงจรจิต-กายตั้งแต่ระดับต้นเหตุ นำไปสู่การปรับสมดุลของระบบชีวิต ลดการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การแพทย์แผนไทย; ความพร้อมภายในเชิงคลินิก; จิต-กาย; พุทธจิตวิทยา; เวทนา-สังขาร

## Abstract

This article aims to develop and synthesize an integrative conceptual framework for explaining the mind-body relationship within the context of Thai Traditional Medicine clinical practice. It integrates knowledge from Buddhist psychology, Thai Traditional Medicine, and contemporary health sciences in response to the increasing complexity of chronic illness and mind-body disorders, for which fragmented therapeutic approaches may be insufficient. In Buddhist psychology, the process of feeling and mental formation (*vedanā-saṅkhāra*) is understood as a key mechanism underlying suffering and mental fluctuation. In Thai Traditional Medicine, illness is explained through the imbalance of the elements, particularly wind and fire elements, which are closely related to mental states and systemic changes in the body. This study employs documentary analysis and synthesis based on the Tipiṭaka, Buddhist literature, Thai Traditional Medicine texts, and research in psychoneuroimmunology. The synthesis leads to the development of an integrative causal framework for explaining the mind-body system. The article proposes the “vedanā-saṅkhāra-element cycle” as a core mechanism linking inner experience with changes in the living system. Based on this synthesis, the “Clinical Internal Readiness Model” is developed as a nine-step process covering bodily regulation, cultivation of mental awareness, and long-term stabilization of the living system. In addition, a four-dimensional evaluation framework is proposed, consisting of inner experience, behavior, clinical symptoms, and biological indicators. In conclusion, this model elevates mental cultivation into a structured clinical tool that can be applied for planning, monitoring, and evaluating therapeutic outcomes. It also provides a means of intervening in the mind-body cycle at its root level, contributing to holistic regulation of the living system, reduction of recurrence, and sustainable well-being.



**Keywords:** Thai Traditional Medicine; Clinical Internal Readiness; Mind-Body; Buddhist Psychology; Vedanā-Saṅkhāra

## บทนำ

เวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยตั้งอยู่บนฐานคิดเรื่องความสมดุลของพลังชีวิต โดยเฉพาะ “เลือดลม” และความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิตในลักษณะองค์รวมที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ แนวคิดดังกล่าวมีรากฐานจากคัมภีร์แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งอธิบายว่าความเจ็บป่วยมิได้เกิดจากความผิดปกติทางกายเพียงอย่างเดียว หากสัมพันธ์กับสภาวะจิต พฤติกรรม และบริบทการดำเนินชีวิตของบุคคลอย่างต่อเนื่อง (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474) อีกทั้งยังสอดคล้องกับกรอบความคิดแบบองค์รวมในทางการแพทย์ที่มองมนุษย์เป็นระบบจิต-กายที่เชื่อมโยงกัน (Engel, 1977) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาบริบทสุขภาพในศตวรรษที่ 21 จะพบว่ารูปแบบของโรคได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคจิต-กาย ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือความแปรปรวนของระบบจิต-กายและการตอบสนองต่อความเครียดอย่างต่อเนื่อง อันสามารถอธิบายได้ผ่านกลไกของระบบประสาทอัตโนมัติและแกนสมอง-ต่อมไร้ท่อ (HPA axis) ที่ถูกกระตุ้นซ้ำจนเกิดภาวะความเครียดเรื้อรังและความผิดปกติของระบบชีวภาพ (McEwen, 2007)

ในกรอบการแพทย์แผนไทย ภาวะจิตไว-กายไวอธิบายได้ผ่านการกำเริบของธาตุลมและธาตุไฟ ซึ่งไวต่ออารมณ์และจิตใจ จิตที่ฟุ้งซ่านหรือวิตกกังวลทำให้ลมเคลื่อนไหวผิดจังหวะ เลือดลมติดขัดและเกิดอาการ เช่น แน่นหน้าอก ใจสั่น หรือหายใจไม่อิ่ม ขณะที่ความเครียดสะสมกระตุ้นไฟธาตุให้กำเริบ ก่อให้เกิดความร้อนและความผิดปกติของระบบต่าง ๆ สะท้อนบทบาทของลมในการเคลื่อนไหวและไฟในการแปรสภาพของพลังชีวิต กลไกนี้สอดคล้องกับพุทธจิตวิทยาที่อธิบายผลของอกุศลเจตสิกต่อความแปรปรวนของจิตและพฤติกรรม (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 34 ข้อที่ 752, 799 หน้า 1-50, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) และในวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัยที่อธิบายการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและการตอบสนองต่อความเครียด (McEwen, 2007) สะท้อนความสัมพันธ์เชิงพลวัตของจิต-ธาตุในระบบชีวิต

ในอีกมิติหนึ่ง พุทธจิตวิทยาอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านโครงสร้างของชั้น 5 และกระบวนการเวทนา-สังขาร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการตอบสนองของมนุษย์ต่อสิ่งเร้าเกิดจากกระบวนการรับรู้และการปรุงแต่งทางจิตอย่างต่อเนื่อง อันสอดคล้องกับการทำงานสัมพันธ์กันของรูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณในลักษณะเป็นกระบวนการ (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 11 ข้อที่ 360 หน้า 286, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) หากขาดการรู้เท่าทัน เวทนาอาจถูกขยายผ่านสังขารจนก่อให้เกิดตัณหาและความยึดถือ ซึ่งนำไปสู่ความทุกข์และความตึงเครียดซ้ำซ้อนตามหลักปฏิจจสมุปบาท (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้า 4, มหาจุฬาลงกรณราช

วิทยาลัย, 2539) กระบวนการนี้มีได้ส่งผลกระทบต่อการประสพการณ์ทางจิต หากยังสะท้อนออกมาในระดับกายผ่านความแปรปรวนของระบบชีวิต ซึ่งในมุมมองการแพทย์แผนไทยอธิบายผ่านการเปลี่ยนแปลงของธาตุ โดยเฉพาะธาตุลมและธาตุไฟที่ไวต่อสภาวะจิต ดังนั้น ทั้งพุทธจิตวิทยาและการแพทย์แผนไทยจึงสามารถเชื่อมโยงกันได้ในลักษณะเหตุ-ผล โดยจิตเป็นต้นทางของการเปลี่ยนแปลง ขณะที่ธาตุเป็นปลายทางที่แสดงออกในรูปของอาการ อันสะท้อนความเป็นเอกภาพของระบบจิต-กายในเชิงพลวัต

แม้พุทธจิตวิทยาและการแพทย์แผนไทยจะมีความสอดคล้องเชิงปรัชญา โดยมองจิต-กายเป็นระบบเหตุปัจจัยเดียวกัน (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539; พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474) แต่ในเชิงเวชปฏิบัติยังขาดกรอบเชิงโครงสร้างสำหรับใช้ “การฝึกจิต” เป็นเครื่องมือทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะจิตไว-กายไว ซึ่งมีการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติและแกน HPA สูง ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่การฝึกแบบดั้งเดิมได้โดยตรง (McEwen, 2007) ข้อจำกัดนี้ทำให้การฝึกจิตยังคงเป็นกิจกรรมเชิงปัจเจก ไม่สามารถวางแผน ออกแบบ ประเมิน และติดตามผลได้อย่างเป็นรูปธรรมในบริบทคลินิก

ด้วยเหตุนี้ บทความนี้มุ่งบูรณาการพุทธจิตวิทยากับเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนา “แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก” (Clinical Internal Readiness Model) ในฐานะกรอบแนวคิดและกระบวนการฝึกจิตที่ประยุกต์ใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพ โดยตั้งอยู่บนความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผลระหว่างจิต เจตสิก และธาตุ (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) อธิบายความสัมพันธ์ของจิต เจตสิก และธาตุในเชิงระบบ (2) พัฒนาแนวทางแทรกแซงวงจรเวทนา-สังขาร และ (3) ยกระดับการฝึกจิตสู่เครื่องมือทางคลินิกที่สามารถออกแบบ ประเมิน และติดตามผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ แบบจำลองดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ความรู้ด้านระบบประสาทอัตโนมัติและความเครียดในวิทยาศาสตร์สุขภาพ (McEwen, 2007) และสนับสนุนการพัฒนาเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบและยั่งยืนในบริบทสุขภาพร่วมสมัย

## แนวคิดเรื่องจิตในการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยตั้งอยู่บนฐานคิดแบบองค์รวมที่มองมนุษย์ในฐานะเอกภาพของกาย จิต และพลังชีวิต โดยมีได้แยกจิตออกจากโครงสร้างทางกาย หากถือว่าจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่กำกับการเคลื่อนไหวของธาตุ การไหลเวียนของเลือดลม และความสมดุลของระบบชีวิตอย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวมีรากฐานจากคัมภีร์แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งอธิบายร่างกายผ่านโครงสร้างของธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ ที่ทำหน้าที่เกื้อหนุนกันในการดำรงอยู่ของชีวิต หากธาตุใดเกิดความวิปلاสม



หรือเสียสมดุล ยื่อนำไปสู่อาการเจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474)

ในบรรดาธาตุทั้งสี่ ธาตุลมและธาตุไฟเป็นธาตุที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ ธาตุลมทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว การไหลเวียน และการเปลี่ยนแปลงของพลังชีวิต ขณะที่ธาตุไฟเกี่ยวข้องกับความร้อน การเผาผลาญ และกระบวนการแปรสภาพภายใน เมื่อจิตอยู่ในภาวะฟุ้งซ่าน วิตกกังวล หรือหวาดกลัว การเคลื่อนไหวของลมย่อมผิดจังหวะ เกิดภาวะวโยวิปลาส ส่งผลให้เลือดลมติดขัดและเกิดอาการทางกาย เช่น แน่น อึดอัด ใจสั่น หรือปวดตึง ในทางตรงกันข้าม เมื่อจิตถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์รุนแรง เช่น ความโกรธหรือความเครียดสะสม ไฟธาตุย่อมกำเริบ ก่อให้เกิดความร้อนภายในและความผิดปกติของระบบเผาผลาญ ซึ่งอาจแสดงออกเป็นอาการอักเสบ นอนไม่หลับ หรือความไม่สมดุลของระบบต่างๆ ในร่างกาย (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474)

แนวคิดดังกล่าวสะท้อนว่า “จิต” ในการแพทย์แผนไทยมิใช่เพียงองค์ประกอบเชิงนามธรรม หากเป็นแรงกำกับเชิงพลวัตที่มีอิทธิพลต่อจังหวะและทิศทางการทำงานของธาตุ โดยเฉพาะธาตุลมซึ่งเป็นตัวกลางของการเคลื่อนไหวของระบบชีวิต เมื่อจิตแปรปรวน การเคลื่อนไหวของลมย่อมแปรปรวนตาม ส่งผลให้เลือดลมไหลเวียนไม่สม่ำเสมอและร่างกายเสียสมดุล ดังนั้น ความผิดปกติของธาตุจึงมิได้เกิดจากปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว หากยังสัมพันธ์กับสภาวะจิตในฐานะเหตุภายในอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัยได้จำแนกเหตุแห่งโรคในหลายมิติ ทั้งภายนอกและภายใน สะท้อนว่าโรคเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายด้าน แม้ไม่ระบุคำว่า “จิตตสมุฏฐาน” โดยตรง แต่การกล่าวถึงเหตุจากอารมณ์และสภาพจิต แสดงให้เห็นว่าจิตเป็นหนึ่งในเหตุร่วมสำคัญ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังหรือภาวะกำเริบซ้ำจากปัจจัยภายใน

เมื่อพิจารณาในระดับลึก แนวคิดเรื่อง “จิต” สามารถเชื่อมโยงกับกระบวนการปรุงแต่งทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละขณะ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบชีวิตในลักษณะเป็นวงจร กล่าวคือ เมื่อจิตกระทบสิ่งเร้า จะเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของธาตุและการไหลเวียนของเลือดลม เมื่อเกิดอาการทางกาย อาการนั้นจะย้อนกลับมากระทบจิต ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงประสงค์และการปรุงแต่งซ้ำ ส่งผลให้วงจรดังกล่าวทวีความรุนแรงขึ้น หากไม่มีการแทรกแซงที่ระดับต้นเหตุ วงจรนี้ย่อมนำไปสู่ภาวะเรื้อรังทั้งในระดับจิตและกาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดความเครียดเรื้อรังในวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัย (McEwen, 2007)

นัยสำคัญของแนวคิดนี้ในเชิงเวชปฏิบัติ คือ การตระหนักว่าการรักษาไม่อาจมุ่งแก้ไขเพียงอาการทางกาย หากต้องคำนึงถึงสภาวะจิตที่เป็นต้นเหตุร่วมของความแปรปรวนของระบบชีวิตด้วยการใช้หลักการหรือยาสมุนไพรเพียงอย่างเดียวอาจช่วยบรรเทาอาการในระยะสั้น แต่หากจิตยังคงอยู่ในภาวะฟุ้งซ่านหรือเครียดสะสม ความแปรปรวนของธาตุย่อมกลับมาเกิดซ้ำได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในแนวทางการแพทย์แผนไทยจึงควรให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลทั้งกายและจิตควบคู่กัน

นอกจากนี้ แนวคิดเรื่องคุณลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพในคัมภีร์แพทย์แผนไทยยังสะท้อนบทบาทของจิตในอีกมิติหนึ่ง กล่าวคือ จิตของผู้รักษาเป็นองค์ประกอบของประสิทธิภาพทางคลินิก การวินิจฉัยในแพทย์แผนไทยอาศัยการรับรู้ผ่านอายตนะ เช่น การดู การฟัง การสัมผัส และการจับชีพจร ซึ่งต้องอาศัยความตั้งมั่นของจิต หากจิตของผู้รักษาฟุ้งซ่านหรือมีอคติ การรับรู้ย่อมคลาดเคลื่อนและนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่แม่นยำ ในทางตรงกันข้าม จิตที่มีสติและสมาธิจะช่วยเพิ่มความละเอียดของการสังเกตและความแม่นยำในการวินิจฉัย

โดยสรุป แนวคิดเรื่องจิตในการแพทย์แผนไทยสามารถอธิบายได้ในลักษณะ “โครงสร้างเชิงพลวัต” ที่เชื่อมโยงอารมณ์ ธาตุ เลือดลม และอาการทางกายเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ จิตทำหน้าที่เป็นทั้งต้นเหตุของความแปรปรวนและเป็นกลไกในการฟื้นฟูสมดุลของระบบชีวิต นัยเชิงเวชปฏิบัติจึงชี้ให้เห็นว่า การเยียวยาที่ลึกและยั่งยืนต้องอาศัยการแทรกแซงที่ระดับจิตควบคู่กับการปรับสมดุลทางกาย ซึ่งเป็นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการฝึกจิตเชิงคลินิกในลำดับต่อไป

### พุทธจิตวิทยาและการพัฒนาระบบจิต-กายในบริบทคลินิก

พุทธจิตวิทยามีลักษณะเด่นที่แตกต่างจากแนวคิดจิตวิทยาทั่วไป กล่าวคือ มิได้มอง “จิต” ในฐานะสิ่งคงที่หรือเป็นตัวตนถาวร หากมองว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นและดับไปตามเหตุปัจจัยอย่างต่อเนื่อง การอธิบายโครงสร้างของประสบการณ์มนุษย์จึงอยู่ในรูปของ “ขั้น 5” ได้แก่ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ ซึ่งทำหน้าที่ร่วมกันในการสร้างประสบการณ์ในแต่ละขณะ ขั้นทั้งห้านี้มิได้ดำรงอยู่อย่างแยกส่วน หากทำงานเป็นกระบวนการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นลำดับ เริ่มจากการรับรู้ทางกาย (รูป) นำไปสู่ความรู้สึก (เวทนา) การกำหนดหมายรู้ (สัญญา) การปรุงแต่ง (สังขาร) และการรับรู้อารมณ์ (วิญญาณ) (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 11 ข้อที่ 360 หน้าที่ 286, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539)

ในกระบวนการดังกล่าว “เวทนา” และ “สังขาร” เป็นกลไกสำคัญที่กำหนดทิศทางของประสบการณ์ โดยเวทนาเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อมีการกระทบอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นสุข ทุกข์ หรือไม่สุขไม่ทุกข์ (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 17 ข้อที่ 2 หน้าที่ 10, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ขณะที่สังขารทำหน้าที่ปรุงแต่งเวทนาให้กลายเป็นความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ผ่านกระบวนการของเจตสิก (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 34 ข้อที่ 768 หน้าที่ 194, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) หากขาดการรู้เท่าทัน เวทนาจะถูกขยายผ่านสังขารจนกลายเป็นความยึดติดหรือการผลักไส นำไปสู่ความทุกข์ซ้ำซ้อนตามหลัก “เวทนาเป็นปัจจัยให้เกิดตัณหา” (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) กระบวนการนี้เรียกว่า “วงจรเวทนา-สังขาร-การตอบสนอง” ซึ่งสะท้อนว่าความทุกข์มิได้เกิดจากเวทนาโดยตรง หากเกิดจากการปรุงแต่งซ้ำของจิตตามเหตุปัจจัย และจะดำเนินต่อเนื่องหากไม่มีการแทรกแซงด้วย



สติและปัญญา (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 20 หน้าที่ 28, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539)

ในระดับอภิธรรม จิตมิได้เกิดขึ้นโดยลำพัง หากเกิดร่วมกับ “เจตสิก” ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางจิตที่กำหนดคุณภาพของจิตในแต่ละขณะ โดยเจตสิกเป็นธรรมที่ประกอบกับจิตและทำหน้าที่ปรุงแต่งลักษณะของการรับรู้และการตอบสนอง (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 34 ข้อที่ 944 หน้าที่ 326-327, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) เจตสิกมีทั้งฝ่ายอกุศล เช่น โลภะ โทสะ โมหะ อุทธัจจะ และกุกกัจะ ซึ่งทำให้จิตเกิดความฟุ้งซ่าน บิดเบียน และขาดเสถียรภาพ และฝ่ายกุศล เช่น สติ สมาธิ วิริยะ และปัญญา ซึ่งส่งเสริมให้จิตมีความตั้งมั่น ผ่องใส และสามารถเห็นตามความเป็นจริง (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 35 ข้อที่ 219 หน้าที่ 197-198, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) การเกิดขึ้นของเจตสิกแต่ละประเภทจึงมีผลโดยตรงต่อ “ลักษณะของการรับรู้” กล่าวคือ จิตที่ประกอบด้วยเจตสิกฝ่ายอกุศลย่อมรับรู้ประสบการณ์ในลักษณะที่บิดเบียนหรือมีอคติ ขณะที่จิตที่ประกอบด้วยเจตสิกฝ่ายกุศลย่อมมีความตั้งมั่น ไม่หวั่นไหว และสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาจิตในพุทธจิตวิทยา

นัยสำคัญของแนวคิดนี้คือ “คุณภาพของจิต” มิใช่สิ่งตายตัว แต่เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ตามเหตุปัจจัยและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาจิตจึงไม่ใช่การกดหรือควบคุมความคิด หากเป็นการปรับองค์ประกอบภายใน โดยลดอิทธิพลของเจตสิกฝ่ายอกุศลและส่งเสริมเจตสิกฝ่ายกุศล ซึ่งสอดคล้องกับหลักอภิธรรมที่อธิบายว่าจิตและเจตสิกเกิดร่วมกันและแปรเปลี่ยนได้ (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 34 ข้อที่ 1-16 หน้าที่ 27-30, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลทั้งต่อประสบการณ์และพฤติกรรม กล่าวคือ จิตที่มีกุศลเจตสิกจะตั้งมั่น เห็นตามความเป็นจริง และตอบสนองได้เหมาะสม ขณะที่จิตที่ถูกครอบงำด้วยอกุศลย่อมนำไปสู่ความแปรปรวนและความทุกข์ จึงชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาจิตเป็นกลไกสำคัญของการปรับสมดุลระบบจิต-กาย

เมื่อพิจารณาในเชิงกระบวนการ การตอบสนองของมนุษย์ต่อสิ่งเร้ามิได้เกิดขึ้นโดยตรง หากต้องผ่านลำดับของการรับรู้และการปรุงแต่ง กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งเร้ากระทบ เวทนาจะเกิดขึ้นก่อน จากนั้นสัญญาจะกำหนดความหมาย และสังขารจะปรุงแต่งเป็นปฏิกริยาทางอารมณ์หรือพฤติกรรม อันสะท้อนกระบวนการของขั้น 5 ที่ทำงานสัมพันธ์กันอย่างเป็นลำดับ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 11 ข้อที่ 360 หน้าที่ 286, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) หากกระบวนการนี้ดำเนินไปโดยปราศจากสติ การตอบสนองมักเป็นไปในลักษณะอัตโนมัติและถูกครอบงำด้วยอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักปฏิจาสัมภูตในช่วงที่เวทนาเป็นปัจจัยให้เกิดตัณหาและการยึดถือ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) แต่หากมีสติเป็นตัวกำกับ จะเกิด “ช่องว่างของการรับรู้” ทำให้สามารถเห็นเวทนาและสังขารตามความเป็นจริง ไม่ตกอยู่

ภายใต้อำนาจของการปรุ้งแต่ง และสามารถเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการเจริญสติปัฏฐานที่มุ่งให้รู้เท่าทันกาย เวทนา จิต และธรรมตามความเป็นจริง (พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 106 หน้าที่ 101, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539)

หลักสติปัฏฐาน 4 เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาจิตตามกระบวนการดังกล่าว โดยเริ่มจากการตระหนักรู้กาย (กายานุปัสสนา) ซึ่งเป็นฐานของการรับรู้ จากนั้นพัฒนาไปสู่การรู้เท่าทันเวทนา (เวทนานุปัสสนา) การสังเกตสภาพจิต (จิตตานุปัสสนา) และการพิจารณาธรรมตามเหตุปัจจัย (ธรรมานุปัสสนา) อันเป็นลำดับของการฝึกที่ครอบคลุมทั้งกายและจิตอย่างเป็นระบบ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 132 หน้าที่ 103, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ลำดับดังกล่าวสะท้อนหลักการสำคัญว่า การพัฒนาจิตต้องเริ่มจากการรับรู้สภาวะตามความเป็นจริง มิใช่การบังคับให้จิตสงบโดยตรง หากแต่เป็นการสร้างความเข้าใจในกระบวนการของกายและจิตตามเหตุปัจจัย การฝึกในลักษณะนี้ช่วยลดความต่อเนื่องของสังขารฝ่ายอกุศล ซึ่งมักเกิดจากการปรุ้งแต่งโดยขาดสติ และส่งเสริมการเกิดขึ้นของเจตสิกฝ่ายกุศล อันนำไปสู่ความตั้งมั่นของจิตและความมั่นคงในระยะยาว (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 19 ข้อที่ 854-857 หน้าที่ 286-287, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539)

ในบริบทเชิงคลินิก พุทธจิตวิทยาเป็นกรอบสำคัญในการอธิบายกลไกความแปรปรวนของจิต-กาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าไวเกิน ซึ่งกระบวนการเวทนา-สังขารที่เกิดขึ้นต่อเนื่องสามารถนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและความผิดปกติทางกาย สอดคล้องกับหลักปฏิจจนมูบบาทที่อธิบายการเกิดทุกข์จากเหตุปัจจัย (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) และกับองค์ความรู้ด้านจิต-ประสาท-ภูมิคุ้มกันที่อธิบายผ่านระบบประสาทอัตโนมัติและแกนสมอง-ต่อมไร้ท่อ (McEwen, 2007) การพัฒนาสติจึงเป็น “จุดแทรกแซง” สำคัญ ช่วยลดการปรุ้งแต่งของจิตและฟื้นฟูสมดุลของระบบจิต-กาย โดยมีหลักฐานว่าสามารถลดการอักเสบและปรับสมดุลภูมิคุ้มกันได้ (Black & Slavich, 2016) สะท้อนบทบาทของการฝึกจิตในฐานะกลไกฟื้นฟูระบบชีวภาพในระดับลึก

กล่าวโดยสรุป พุทธจิตวิทยาให้กรอบความเข้าใจจิตในฐานะกระบวนการที่มีโครงสร้างและกลไกชัดเจน โดยเฉพาะวงจรเวทนา-สังขารซึ่งเป็นแกนของการเกิดความทุกข์และความแปรปรวนของระบบชีวิต การพัฒนาจิตผ่านการเสริมสร้างเจตสิกฝ่ายกุศล เช่น สติและสมาธิ จึงมิใช่เพียงการฝึกเพื่อความสงบ หากเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนกลไกการรับรู้และการตอบสนองอย่างเป็นระบบ อันเป็นฐานสำคัญสำหรับการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติและการพัฒนาแบบจำลองเชิงคลินิกในลำดับต่อไป



## การบูรณาการพุทธจิตวิทยากับการแพทย์แผนไทยสู่แบบจำลองเชิงคลินิก

การทำความเข้าใจจิต-กายในบริบทสุขภาพร่วมสมัยจำเป็นต้องอาศัยกรอบบูรณาการจาก พุทธจิตวิทยา การแพทย์แผนไทย และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งแม้ใช้ภาษาต่างกัน แต่มีโครงสร้าง เหตุ-ผลสอดคล้องกัน โดยต่างอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง “ประสบการณ์ภายใน” กับ “การเปลี่ยนแปลงของระบบชีวิต” ในลักษณะพลวัต พุทธจิตวิทยาอธิบายผ่านขั้น 5 และปัจจุสมุปบาท (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 11 ข้อที่ 360 หน้า 286; เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้า 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) การแพทย์แผนไทยอธิบายผ่านความแปรปรวนของธาตุ โดยเฉพาะลมและไฟ (พระยาพิศณุประสาธเวช [คง], 2474) และวิทยาศาสตร์สุขภาพอธิบายผ่านระบบประสาทอัตโนมัติและการตอบสนองต่อความเครียด (McEwen, 2007) การบูรณาการทั้งสามกรอบช่วยให้ เข้าใจจิต-กายอย่างครอบคลุม และเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาแบบจำลองเชิงคลินิกในบริบทสุขภาพร่วมสมัย

ในพุทธจิตวิทยา กระบวนการดังกล่าวเริ่มจากการกระทบอารมณ์ผ่านอายตนะ ก่อให้เกิด เวทนา ซึ่งหากขาดการรู้เท่าทันจะนำไปสู่การปรุงแต่งของสังขารและการตอบสนองทางอารมณ์ อัน สอดคล้องกับหลักปัจจุสมุปบาทในช่วง “ผัสสะเป็นปัจจัยให้เกิดเวทนา และเวทนาเป็นปัจจัยให้เกิด ตัณหา” (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้า 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ในการแพทย์แผนไทย กระบวนการเดียวกันนี้สะท้อนออกมาในรูปของการเคลื่อนไหวของธาตุ โดยเฉพาะธาตุลมซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหว และธาตุไฟซึ่งเกี่ยวข้องกับความร้อนและการแปรสภาพ ซึ่งจะแปรปรวนตามสภาวะของจิตและอารมณ์ ขณะที่ในวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัย ปรากฏการณ์นี้ อธิบายผ่านการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่ง ตอบสนองต่อความเครียดและประสบการณ์ทางจิตในลักษณะเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเดียว โดยมี บทบาทสำคัญของแกนสมอง-ต่อมไร้ท่อ (HPA axis) และกลไกการอักเสบในร่างกาย (Ader, 2001; McEwen, 2007) การเปรียบเทียบเชิงโครงสร้างดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นว่าทั้งสามศาสตร์ต่าง อธิบายกระบวนการเดียวกันในภาษาที่แตกต่างกัน และสามารถบูรณาการเป็นกรอบความเข้าใจจิต- กายแบบองค์รวมได้อย่างมีเหตุผล

เพื่อให้เห็นภาพความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง สามารถสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของทั้งสาม ศาสตร์ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเทียบเคียงโครงสร้างแนวคิดระหว่างสามศาสตร์

| พุทธจิตวิทยา          | การแพทย์แผนไทย           | วิทยาศาสตร์สุขภาพ                 |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| เวทนา<br>(ความรู้สึก) | การเริ่มแปรปรวน<br>ของลม | การรับรู้สิ่งเร้า (sensory input) |
| สังขาร (การปรุง)      | ลม-ไฟกำเริบ              | การตอบสนองของระบบประสาท           |

|                      |                       |                                     |
|----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| แต่่ง)               |                       | (autonomic activation)              |
| เจตสิกฝ่ายอกุศล      | ธาตุวิปลาส            | ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) |
| วงจรเวทนา-<br>สังขาร | วงจรลม-ไฟ-เลือด<br>ลม | HPA axis / inflammation             |
| สติ-สมาธิ            | การปรับสมดุลธาตุ      | regulation / homeostasis            |

จากตารางจะเห็นได้ว่า แม้แต่ละศาสตร์จะใช้ภาษาที่แตกต่างกัน แต่ล้วนสะท้อน “โครงสร้างกระบวนการเดียวกัน” กล่าวคือ การกระทบสิ่งเร้าก่อให้เกิดการตอบสนองภายใน หากการตอบสนองนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยปราศจากการควบคุม จะนำไปสู่ภาวะเสียสมดุล และพัฒนาเป็นความผิดปกติเรื้อรังในที่สุด (McEwen, 2007; Black & Slavich, 2016)

เมื่อพิจารณาในเชิงระบบ สามารถสังเคราะห์เป็น “แบบจำลองเหตุ-ผลของจิต-กาย” ได้ดังนี้ (1) การกระทบสิ่งเร้า → (2) เกิดเวทนา → (3) การปรุงแต่งของสังขารและเจตสิก → (4) การตอบสนองของระบบชีวิต → (5) การแปรปรวนของธาตุและสรีรวิทยา → (6) อาการทางกาย → (7) ย้อนกลับไปกระทบจิต

โครงสร้างดังกล่าวมีลักษณะเป็น “วงจรเสริมแรง” (feedback loop) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดภาวะเรื้อรัง กล่าวคือ เมื่อเกิดอาการทางกาย เช่น ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย อาการนั้นจะย้อนกลับไปกระตุ้นเวทนาและสังขาร ทำให้เกิดความกังวลหรือความกลัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้วงจรยิ่งทวีความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับหลักปฏิจสมุพบาทในมิติที่แสดงการเกิดขึ้นของทุกขอย่าง ต่อเนื่องจากเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์กัน (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4; ข้อที่ 20 หน้าที่ 28, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) หากไม่มีการแทรกแซงที่เหมาะสม วงจรนี้จะดำเนินต่อเนื่องและฝังตัวเป็นรูปแบบการตอบสนองอัตโนมัติของระบบจิต-กาย ในทางวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัย กลไกดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและแกนสมอง-ต่อมไร้ท่อ (HPA axis) ซึ่งเมื่อถูกกระตุ้นซ้ำจะนำไปสู่ภาวะความเครียดเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน (McEwen, 2007) การทำความเข้าใจวงจรลักษณะนี้จึงมีความสำคัญต่อการออกแบบการแทรกแซงที่มุ่งตัดวงจรของการปรุงแต่งซ้ำ และฟื้นฟูสมดุลของระบบจิต-กายในระยะยาว

นัยสำคัญของการบูรณาการเชิงโครงสร้างนี้อยู่ที่การทำให้สามารถระบุ “จุดแทรกแซง” ได้ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในระดับของเวทนา สังขาร และเจตสิก ซึ่งเป็นช่วงที่กระบวนการยังอยู่ในระดับภายในและสามารถปรับเปลี่ยนได้ กล่าวคือ เมื่อผัสสะก่อให้เกิดเวทนา หากมีสติเข้ามากำกับ ก่อนที่สังขารจะปรุงแต่งเต็มรูป จะสามารถชะลอการเกิดตัณหาและการยึดถือได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักปฏิจสมุพบาทในช่วง “เวทนาเป็นปัจจัยให้เกิดตัณหา” และแนวทางการเจริญสติปัฏฐานที่มุ่ง



รู้เท่าทันเวทนาและจิตตามความเป็นจริง (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4; เล่มที่ 12 ข้อที่ 113-114 หน้าที่ 109-110, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) การพัฒนาสติในช่วงเวลาดังกล่าวจึงช่วยลดการปรุงแต่งของสังขาร ทำให้จิตไม่ถูกครอบงำด้วยเจตสิกฝ่ายอกุศล และส่งผลต่อการชะลอการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติในเชิงสรีรวิทยา ขณะเดียวกันยังช่วยป้องกันการแปรปรวนของธาตุในมุมมองการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการกำเริบของลมและไฟที่สัมพันธ์กับอารมณ์และความเครียด ทั้งนี้ งานวิจัยร่วมสมัยยังสนับสนุนว่า การฝึกสติสามารถลดการอักเสบและปรับสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันได้ ซึ่งสะท้อนบทบาทของสติในฐานะกลไกแทรกแซงเชิงระบบของจิต-กาย (Black & Slavich, 2016)

ในมุมมองนี้ การฝึกจิตจึงมิใช่เพียงกิจกรรมเพื่อความสงบ หากเป็น “กระบวนการแทรกแซงเชิงระบบ” ที่มีผลต่อทั้งระดับจิต พลั้งชีวิต และสรีรวิทยาอย่างพร้อมกัน กล่าวคือ การพัฒนาสติและสมาธิช่วยปรับคุณภาพของเจตสิก ลดความรุนแรงของวงจรเวทนา-สังขาร และชะลอการเกิดตัณหาอันเป็นผลจากเวทนา (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลมกลับสู่จังหวะปกติ ไฟธาตุไม่กำเริบ และระบบชีวิตเข้าสู่ภาวะสมดุลในมุมมองการแพทย์แผนไทย ขณะเดียวกัน ในเชิงวิทยาศาสตร์สุขภาพ การฝึกสติยังมีบทบาทในการปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ลดภาวะอักเสบ และส่งเสริมสมดุลของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นฟูระบบชีวภาพในระดับลึก (Black & Slavich, 2016) ดังนั้น การฝึกจิตจึงสามารถมองได้ว่าเป็นกลไกการแทรกแซงที่เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับประสบการณ์ภายในไปจนถึงระดับสรีรวิทยาอย่างเป็นองค์รวม

ดังนั้น การบูรณาการพุทธจิตวิทยา การแพทย์แผนไทย และวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัยมิได้เป็นเพียงการเปรียบเทียบเชิงแนวคิด หากเป็นการสร้างกรอบอธิบายใหม่ที่มีมโนทัศน์ในฐานะ “ระบบจิต-กายแบบพลวัต” ซึ่งสามารถวิเคราะห์ วินิจฉัย และออกแบบการแทรกแซงได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล กรอบแนวคิดนี้จึงเป็นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาแบบจำลอง “ความพร้อมภายในเชิงคลินิก” ในลำดับต่อไป ซึ่งมุ่งเน้นการแทรกแซงวงจรดังกล่าวอย่างเป็นระบบและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในทางเวชปฏิบัติ

### แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก (Clinical Internal Readiness Model)

แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก (Clinical Internal Readiness Model) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับออกแบบการฝึกจิตในเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย โดยมุ่งแทรกแซง “วงจรเวทนา-สังขาร-ธาตุ” ตั้งแต่ต้นเหตุ และฟื้นฟูสมดุลจิต-กายอย่างเป็นลำดับ แบบจำลองนี้บูรณาการ 3 ฐานคิด ได้แก่ (1) พุทธจิตวิทยา—กลไกขั้น 5 และเจตสิก (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 11 ข้อที่ 360 หน้า 286; เล่มที่ 34 ข้อที่ 944 หน้า 326-327, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) (2)

แนวคิดธาตุและเลือดลมในแพทย์แผนไทย และ (3) กลไกระบบประสาทและความเครียดในวิทยาศาสตร์สุขภาพ (McEwen, 2007) การบูรณาการนี้ทำให้สามารถอธิบายจิต-กายในกรอบเดียว และออกแบบการแทรกแซงที่ครอบคลุมตั้งแต่ประสบการณ์ภายในถึงระดับสรีรวิทยาได้อย่างเป็นระบบ

**ขั้นที่ 1 การรับรู้สภาวะ (Awareness of Condition)** เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการ โดยมุ่งให้ผู้ป่วยหยุดและหันมาสังเกตสภาวะกาย-จิตในปัจจุบัน โดยไม่ตีความ ไม่ตัดสิน และไม่พยายามเปลี่ยนแปลง การรับรู้ลักษณะนี้ช่วยแยก “สิ่งที่เกิดขึ้น” ออกจาก “การตีความของจิต” อันเป็นพื้นฐานของการรู้เท่าทันเวทนาและลดการตอบสนองอัตโนมัติ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 107 หน้า 102 , มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ในทางคลินิก มักใช้การสังเกตลมหายใจ ความรู้สึกในร่างกาย หรืออาการเด่น เพื่อสร้างฐานการรับรู้ที่มั่นคงและเตรียมสู่ขั้นถัดไป

**ขั้นที่ 2 การหยุดวงจรตอบสนอง (Interrupting Reactivity)** หลังการรับรู้ ผู้ป่วยถูกฝึกให้ “ไม่ตอบสนองทันที” ต่อสิ่งเร้า โดยสร้างช่องว่างระหว่างเวทนาและสังขาร เพื่อลดการปรุงแต่งตามแบบเดิม ซึ่งสอดคล้องกับหลักที่เวทนาเป็นปัจจัยให้เกิดตัณหา (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้า 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) เทคนิคที่ใช้ เช่น การหยุด การกำหนดรู้ และการหายใจช้า ช่วยลดการตอบสนองอัตโนมัติและชะลอการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (McEwen, 2007) ขั้นนี้จึงสำคัญต่อการลดความรุนแรงของวงจรเวทนา-สังขาร โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะจิตไว-กายไว

**ขั้นที่ 3 การปรับกาย (Somatic Regulation)** มุ่งคลายความตึงเครียดและการติดขัดของเลือดลมผ่านร่างกาย เช่น การนวดไทย การยืดเหยียด การกดจุด หรือการจัดท่าทางที่เหมาะสม ซึ่งช่วยลดภาวะลมกำเริบ ฟั่นฟูการไหลเวียน และสร้าง “ฐานทางกาย” สำหรับการพัฒนาจิต (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474) ในเชิงคลินิก ช่วยลดอาการรบกวน เช่น ปวดตึง หายใจไม่สะดวก หรือใจสั่น พร้อมทั้งลดการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และเตรียมความพร้อมสู่ขั้นถัดไป

**ขั้นที่ 4 การปรับลมหายใจ (Breath Regulation)** ใช้ลมหายใจเป็นสะพานเชื่อมจิตกับกาย โดยการหายใจช้า ลึก และสม่ำเสมอ ช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ ลดภาวะตื่นตัวเกิน และส่งเสริมการทำงานของพาราซิมพาเทติก (McEwen, 2007) สอดคล้องกับแนวทางอานาปานสติที่ใช้ลมหายใจเป็นฐานของสติและสมาธิ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 107 หน้า 102, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) และในมุมมองแพทย์แผนไทยยังสัมพันธ์กับการปรับสมดุลธาตุลมและการไหลเวียนของพลังชีวิต (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474) จึงเป็นจุดเชื่อมสำคัญจากการปรับกายสู่การพัฒนาจิต

**ขั้นที่ 5 การรู้เท่าทันเวทนา (Mindful Feeling Awareness)** เมื่อกายสงบ ผู้ป่วยสามารถรับรู้เวทนาได้โดยไม่ถูกดึงเข้าสู่การปรุงแต่ง การฝึกมุ่ง “อยู่กับความรู้สึก” โดยไม่ยึดติดหรือผลักไส



สอดคล้องกับหลักเวทนานุปัสสนา (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 113 หน้า 109, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) การรู้เท่าทันเช่นนี้ช่วยลดแรงเสริมของสังขาร ชะลอการเกิดตัณหา (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้า 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) และป้องกันไม่ให้เวทนาขยายเป็นความทุกข์ซ้ำซ้อน

**ขั้นที่ 6 การสังเกตจิต (Observation of Mind States)** ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเห็น “จิตที่กำลังคิด” โดยสังเกตความคิดและอารมณ์โดยไม่ยึดถือ สอดคล้องกับหลักจิตตานุปัสสนาในสติปัฏฐาน 4 (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 114 หน้า 110, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) การฝึกนี้ช่วยให้จิตเป็นกลาง ลดอิทธิพลของเจตสิกฝ่ายอกุศล เช่น โลภะ โทสะ และโมหะ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 34 ข้อที่ 791–795 หน้า 312–314, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ในเชิงคลินิก ช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์ เพิ่มการกำกับตนเอง และเสริมความยืดหยุ่นทางจิต

**ขั้นที่ 7 การปรับคุณภาพจิต (Cultivation of Wholesome States)** เมื่อจิตเริ่มมีเสถียรภาพ ผู้ป่วยพัฒนาเจตสิกฝ่ายกุศล เช่น สติ สมาธิ เมตตา และปัญญา โดยไม่บังคับจิต แต่สร้างเงื่อนไขให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน สอดคล้องกับมรรคมืองค์แปด โดยเฉพาะสัมมาสติและสัมมาสมาธิ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 19 ข้อที่ 34–41 หน้า 8–9, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) กระบวนการนี้ช่วยลดอิทธิพลของเจตสิกฝ่ายอกุศล เช่น โลภะ โทสะ และโมหะ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 34 ข้อที่ 791–795 หน้า 312–314, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ในเชิงคลินิก ส่งผลให้จิตมั่นคง ผ่องใส และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสม นำไปสู่สมดุลจิต-กายในระยะยาว

**ขั้นที่ 8 การสร้างเสถียรภาพ (Stabilization)** เมื่อการฝึกต่อเนื่อง ระบบจิต-กายเข้าสู่สมดุลที่มั่นคง ลมเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ ไฟไม่กำเริบ และอาการทางกายลดลง (พระยาพิศณุประสาธเวช [คง], 2474) ผู้ป่วยสามารถรักษาสมดุลได้แม้เผชิญสิ่งเร้า สอดคล้องกับภาวะจิตตั้งมั่น (สมาธิ) ที่ไม่หวั่นไหวต่ออารมณ์ (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 19 ข้อที่ 1654 หน้า 520, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ในเชิงคลินิก สะท้อนการลดการตอบสนองอัตโนมัติและการฟื้นตัวของสมดุลสรีรวิทยา เพิ่มความยืดหยุ่นต่อความเครียดในระยะยาว

**ขั้นที่ 9 การบูรณาการในชีวิต (Integration into Daily Life)** มุ่งให้ผู้ป่วยนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการกลับสู่วงจรเวทนา-สังขารและสร้างความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับหลักการดำรงสติในทุกอิริยาบถ (พระไตรปิฎก ภาษาไทย เล่มที่ 21 ข้อที่ 12 หน้า 18, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) และแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องอาศัยการฝึกต่อเนื่อง (Prochaska & Velicer, 1997) ในเชิงคลินิก สะท้อนความสามารถในการกำกับตนเองและคงสมดุลจิต-กายในระยะยาว

เมื่อพิจารณาในเชิงระบบ กระบวนการทั้ง 9 ขั้นสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะปรับกาย (ขั้นที่ 1-4) ซึ่งมุ่งสร้างฐานของความมั่นคงทางร่างกายและลดความแปรปรวนของลมและไฟ (2) ระยะพัฒนาจิต (ขั้นที่ 5-7) ซึ่งมุ่งให้เกิดการรู้เท่าทันเวทนา สังเกตจิต และพัฒนาเจตสิกฝ่ายกุศล และ (3) ระยะเสริมเสถียรภาพ (ขั้นที่ 8-9) ซึ่งมุ่งให้จิตและระบบชีวิตกลับสู่ภาวะสมดุลและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงในชีวิตประจำวัน การจัดกลุ่มดังกล่าวสะท้อนหลักการ “กาย-จิต-สมดุล” ของการแพทย์แผนไทย ซึ่งเน้นการปรับสมดุลธาตุควบคู่กับการดูแลจิตใจ (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474) และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาจิตในพุทธจิตวิทยาที่เริ่มจากการรู้เท่าทันกายและเวทนา ไปสู่การพัฒนาจิตและปัญญาในลักษณะเป็นลำดับขั้น (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 132 หน้า 103, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) อันแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องเชิงโครงสร้างของทั้งสองศาสตร์ในการมุ่งสู่การฟื้นฟูสมดุลของระบบจิต-กายอย่างยั่งยืน

### กรอบการประเมินแบบจำลองและการปรับใช้ในเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย

การพัฒนาแบบจำลองจิต-กายเชิงคลินิกในบริบทการแพทย์แผนไทย มิได้มุ่งเพียงการอธิบายเชิงแนวคิด หากแต่ต้องสามารถเชื่อมโยง “ประสบการณ์ภายในของผู้ป่วย” กับ “การเปลี่ยนแปลงของระบบชีวิต” ได้อย่างเป็นรูปธรรมและตรวจสอบได้ ทั้งนี้ เพื่อยกระดับการฝึกจิตจากกิจกรรมเชิงนามธรรมไปสู่เครื่องมือทางคลินิกที่สามารถวางแผน ติดตาม และประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial model) ที่มองมนุษย์เป็นระบบองค์รวม (Engel, 1977)

ในเชิงโครงสร้างแบบจำลองจิต-กายตั้งอยู่บนการบูรณาการสามฐานคิดสำคัญ ได้แก่ (1) พุทธจิตวิทยา ซึ่งอธิบายกระบวนการจิตผ่านขั้นที่ 5 และปัจจุสมุปบาท (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 11 ข้อที่ 360 หน้า 286; เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้า 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) (2) การแพทย์แผนไทย ซึ่งอธิบายความเจ็บป่วยผ่านความไม่สมดุลของธาตุ โดยเฉพาะลมและไฟที่สัมพันธ์กับจิตและอารมณ์ (พระยาพิศณุประสาทเวช [คง], 2474) และ (3) วิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัย ซึ่งอธิบายผ่านการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (McEwen, 2007) การบูรณาการดังกล่าวทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์จิต-กายในลักษณะ “ระบบเหตุ-ผลเดียวกัน” ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับประสบการณ์ภายในไปจนถึงระดับสรีรวิทยา



1. **กรอบการประเมินแบบจำลองจิต-กายเชิงบูรณาการ** เพื่อให้แบบจำลองมีความสมบูรณ์ในเชิงคลินิก จึงจำเป็นต้องมีกรอบการประเมินผลที่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในหลายระดับอย่างเป็นระบบ โดยการประเมินถูกออกแบบในลักษณะองค์รวม (holistic assessment) แบ่งออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่

**มิติที่ 1 ประสบการณ์ภายใน (Subjective Experience)** เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ทางจิต เช่น ระดับความเครียด ความฟุ้งซ่าน ความสงบ ความรู้สึกตัว และความสามารถในการรู้เท่าทันเวทนา การประเมินในมิตินี้อาจใช้แบบประเมินตนเอง (self-report) หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมุ่งวัดความเปลี่ยนแปลงของ “คุณภาพจิต” ซึ่งสะท้อนการลดลงของเจตสิกฝ่ายอกุศลและการเพิ่มขึ้นของสติและสมาธิ อันสอดคล้องกับหลักการพัฒนาจิตในพุทธจิตวิทยา ที่เน้นการรู้เท่าทันเวทนาและสภาพจิตตามความเป็นจริง (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 139-140 หน้าที่ 109-110, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ทั้งนี้ แนวทางการประเมินตนเองยังสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997)

**มิติที่ 2 พฤติกรรมและการตอบสนอง (Behavioral Response)** มุ่งประเมินรูปแบบการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าในชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการหยุดวงจรอารมณ์ การจัดการความเครียด การนอนหลับ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม มิตินี้สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเวทนา-สังขารในระดับการปฏิบัติจริง และแสดงถึงความสามารถในการนำกระบวนการฝึกจิตไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ที่เน้นการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้น (Prochaska & Velicer, 1997)

**มิติที่ 3 อาการทางคลินิกตามกรอบการแพทย์แผนไทย (Clinical Symptoms – TTM-based)** เป็นการประเมินอาการทางกายตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย เช่น อาการลมกำเริบ (ใจสั่น แน่น อึดอัด เวียนศีรษะ) อาการไฟกำเริบ (ร้อนใน นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย) รวมถึงความสมดุลของเลือดลมและการตอบสนองต่อหัตถการ การประเมินในมิตินี้อาจใช้การตรวจร่างกายแบบแผนไทย เช่น การจับชีพจร การคลำ และการสังเกตลักษณะภายนอก ซึ่งสะท้อนผลของการปรับสมดุลธาตุจาก การฝึกจิตและการรักษาร่วมกัน

**มิติที่ 4 ตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biological Markers)** เป็นการประเมินในระดับสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความแปรปรวนของชีพจร ความดันโลหิต รูปแบบการหายใจ หรือสารบ่งชี้ความเครียดในร่างกาย มิตินี้สะท้อนผลของการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดจิต-ประสาท-ภูมิคุ้มกัน (psychoneuroimmunology) ในวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัย (Ader, 2001; McEwen, 2007) อีก

ทั้งงานวิจัยยังชี้ว่าการฝึกสติสามารถมีผลต่อการลดภาวะอักเสบและปรับสมดุลการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน (Black & Slavich, 2016)

เพื่อให้การประเมินมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ ควรดำเนินในลักษณะ “ก่อน-ระหว่าง-หลัง” การแทรกแซง ได้แก่ การประเมินก่อนเริ่มเพื่อกำหนดระดับความพร้อมภายใน การประเมินระหว่างกระบวนการเพื่อปรับแนวทางให้เหมาะสม และการประเมินหลังเพื่อวัดผลลัพธ์และความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานของการประเมินทางคลินิก (McEwen, 2007) นัยสำคัญของกรอบการประเมิน 4 มิติ คือ การเชื่อมโยง “ประสบการณ์ภายใน” กับ “ผลลัพธ์ที่วัดได้” ในระดับพฤติกรรม อารมณ์ และชีวภาพ ทำให้สามารถอธิบายผลของการฝึกจิตในภาษาทางคลินิกได้อย่างชัดเจน ลดช่องว่างระหว่างศาสตร์ดั้งเดิมกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ และเอื้อต่อการพัฒนางานวิจัยเชิงประจักษ์ (Engel, 1977; Black & Slavich, 2016)

โดยสรุป กรอบการประเมิน 4 มิติเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้แบบจำลองมีความสมบูรณ์ทั้งเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เนื่องจากไม่เพียงกำหนดแนวทางการแทรกแซง แต่ยังรองรับการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ อันเป็นพื้นฐานของการพัฒนาเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน

## 2. การปรับประยุกต์ใช้แบบจำลองความพร้อมภายในสำหรับเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย

การนำแบบจำลองไปใช้ในเวชปฏิบัติเป็นการปรับกรอบคิดจาก “การรักษาอาการ” ไปสู่ “การแทรกแซงระบบจิต-กาย” โดยมุ่งลดวงจรเวทนา-สังขาร-ธาตุ ซึ่งเป็นกลไกต้นเหตุของความแปรปรวน (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 16 ข้อที่ 2 หน้าที่ 4, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) แนวทางสำคัญประกอบด้วย

(1) **การประเมินผู้ป่วยเชิงบูรณาการ (Integrated Assessment)** การประเมินผู้ป่วยควรครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์ภายใน พฤติกรรม อาการทางคลินิก และตัวชี้วัดทางชีวภาพ โดยผสมผสานการซักประวัติ การตรวจร่างกายแบบแผนไทย และการประเมินสภาวะจิต เช่น ระดับความเครียด ความฟุ้งซ่าน หรือความสามารถในการรู้เท่าทันเวทนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบองค์รวมของการแพทย์สมัยใหม่ (Engel, 1977) และกลไกความเครียดในระบบชีวภาพ (McEwen, 2007) การประเมินดังกล่าวช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถจำแนก “ระดับความพร้อมภายใน” ของผู้ป่วยและเลือกแนวทางการแทรกแซงที่เหมาะสม

(2) **การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความพร้อม (Stratification of Readiness)** ผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) กลุ่มจิตไว-กายไว (high reactivity) ซึ่งมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างรวดเร็ว (2) กลุ่มปานกลาง ซึ่งสามารถรับรู้ตนเองได้บางส่วน และ (3) กลุ่มที่มีเสถียรภาพทางจิตในระดับหนึ่ง การจำแนกเช่นนี้ช่วยให้สามารถกำหนดลำดับการใช้ขั้นตอนทั้ง 9 ขั้นได้อย่างเหมาะสม เช่น กลุ่มจิตไวควรเน้นขั้นที่ 1-4 (การปรับกายและลมหายใจ) ก่อนเข้าสู่การพัฒนาจิตใน



ระดับลึก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบเป็นลำดับขั้น (Prochaska & Velicer, 1997)

### (3) การออกแบบแผนการรักษาแบบผสมผสาน (Integrated Treatment Planning)

การรักษาควรออกแบบในลักษณะผสมผสานระหว่างหัตถการทางกายและการฝึกจิต

### (4) การใช้หัตถการเป็น “ตัวเปิดระบบ” (Somatic Entry Point) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

เข้าสู่อการฝึกจิตได้โดยตรง การใช้หัตถการทางกาย เช่น การนวด การกดจุด หรือการอบสมุนไพร สามารถทำหน้าที่เป็น “ตัวเปิดระบบ” โดยช่วยลดความตึงเครียดของร่างกาย ทำให้ลมเคลื่อนไหว เป็นปกติ และเตรียมความพร้อมของจิตในการเข้าสู่อการฝึกขั้นถัดไปซึ่งสอดคล้องกับหลัก “ปรับกาย ก่อนปรับจิต”

### (5) การแทรกแซงเชิงจิตในระหว่างการรักษา (In-session Mind Training) ระหว่าง

การให้บริการ เช่น การนวดหรือการประคบ ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ลมหายใจ สังเกตความรู้สึก หรือฝึกสติในขณะนั้น ซึ่งช่วยเชื่อมกระบวนการทางกายกับจิตเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ในระดับประสบการณ์ตรง และลดวงจรเวทนา-สังขารในขณะรักษา (พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 139 หน้าที่ 109, มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539)

### (6) การติดตามผลและปรับแผน (Monitoring and Adjustment) การรักษาควรมีการ

ประเมินผลอย่างต่อเนื่องในทั้ง 4 มิติ เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม เช่น หากอาการทางกายดีขึ้นแต่ยังมีความเครียดสูง อาจต้องเพิ่มการฝึกในขั้นที่ 5-7 ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยมีความตึงเครียดทางกายสูง อาจต้องเน้นการปรับกายในขั้นต้นมากขึ้น (Engel, 1977)

### (7) บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในฐานะ “ผู้นำกระบวนการ” (Clinical Facilitator)

ผู้ประกอบวิชาชีพมิได้เป็นเพียงผู้ให้การรักษา แต่เป็น “ผู้นำกระบวนการเรียนรู้ภายใน” ของผู้ป่วย โดยต้องมีสติ ความตั้งใจ และความสามารถในการสังเกตอย่างละเอียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความแม่นยำในการวินิจฉัยและประสิทธิภาพของการรักษา

### (8) การส่งเสริมความต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน (Continuity of Practice) การรักษาจะ

เกิดผลอย่างยั่งยืนเมื่อผู้ป่วยสามารถนำกระบวนการฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การรู้เท่าทันอารมณ์ การปรับพฤติกรรมการนอน การจัดการความเครียด และการฝึกสติในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว (Prochaska & Velicer, 1997)

โดยสรุป การประยุกต์ใช้แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิกในเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เป็นการยกระดับการรักษาจากการมุ่งแก้อาการ ไปสู่การปรับ “ระบบชีวิตทั้งระบบ” โดยผสมผสานการดูแลสุขภาพ จิต และพฤติกรรมเข้าด้วยกันอย่างเป็นโครงสร้าง ซึ่งไม่เพียงช่วยลดอาการในระยะสั้น แต่ยังช่วยป้องกันการเกิดซ้ำและเสริมสร้างสุขภาวะในระยะยาว

## องค์ความรู้ใหม่

บทความนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในเชิงบูรณาการและเชิงประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ การแพทย์แผนไทย โดยสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. การพัฒนา “กรอบอธิบายเชิงโครงสร้างของระบบจิต-กาย” ที่เชื่อมโยงพุทธจิตวิทยา การแพทย์แผนไทย และวิทยาศาสตร์สุขภาพร่วมสมัยเข้าด้วยกันในลักษณะเป็นระบบเดียว โดยเสนอให้เห็นว่า กระบวนการเวทนา-สังขารในพุทธจิตวิทยา สอดคล้องกับการแปรปรวนของธาตุลม-ไฟใน การแพทย์แผนไทย และสามารถอธิบายควบคู่กับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบ ภูมิคุ้มกันในวิทยาศาสตร์สุขภาพ แนวคิดนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างศาสตร์ดั้งเดิมกับศาสตร์สมัยใหม่ และสร้างภาษากลางในการอธิบายปรากฏการณ์จิต-กายในเชิงคลินิก

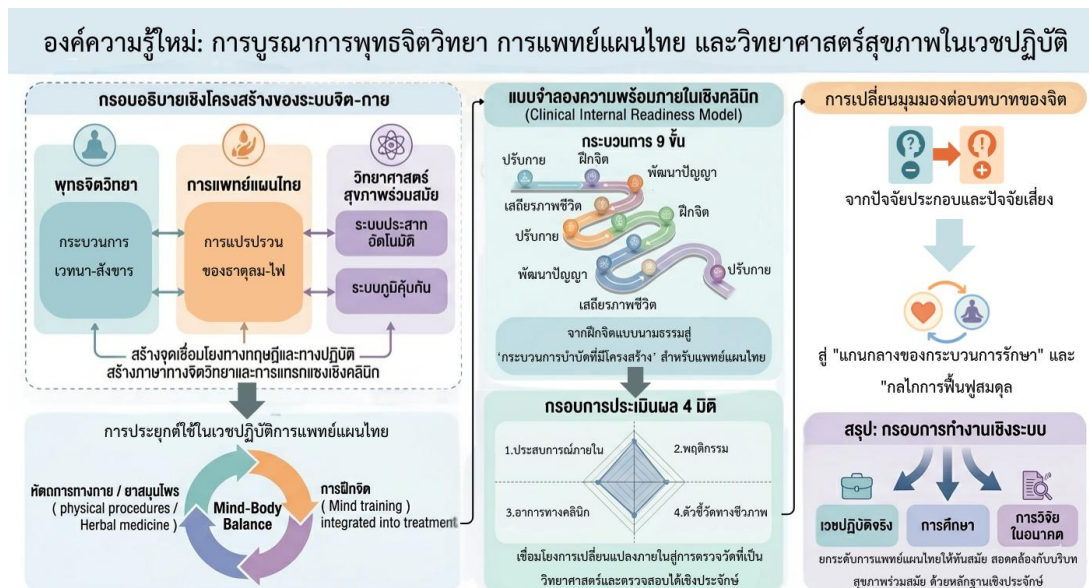
2. การเสนอ “แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก (Clinical Internal Readiness Model)” ในรูปแบบกระบวนการ 9 ขั้น ซึ่งเป็นนวัตกรรมเชิงแนวคิดที่เปลี่ยนการฝึกจิตจากกิจกรรม เชิงนามธรรมไปสู่ “กระบวนการบำบัดที่มีโครงสร้าง” แบบจำลองดังกล่าวมีลักษณะเป็นลำดับขั้นที่ เชื่อมโยงการปรับกาย การพัฒนาจิต และการสร้างเสถียรภาพของระบบชีวิต ทำให้สามารถนำไปใช้ในการ ออกแบบการรักษา การสอน และการพัฒนาหลักสูตรทางการแพทย์แผนไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. การพัฒนา “กรอบการประเมินผล 4 มิติ” ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดผลลัพธ์ของ การฝึกจิตในบริบทคลินิก โดยครอบคลุมทั้งมิติประสบการณ์ภายใน พฤติกรรม อาการทางคลินิก และ ตัวชี้วัดทางชีวภาพ กรอบการประเมินนี้ช่วยให้สามารถเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงภายในของผู้ป่วยกับ ข้อมูลที่ตรวจวัดได้ ทำให้การฝึกจิตสามารถอธิบายในภาษาทางวิทยาศาสตร์และตรวจสอบได้เชิง ประจักษ์

4. การเสนอแนวทาง “การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทย” ในลักษณะบูรณา การ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษามีได้จำกัดอยู่ที่การใช้หัตถการหรือยาสมุนไพรเท่านั้น แต่สามารถ ผสานการฝึกจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาได้อย่างเป็นระบบ โดยใช้หัตถการทางกายเป็น จุดเริ่มต้นในการปรับสมดุล และค่อย ๆ พัฒนาไปสู่การแทรกแซงในระดับจิต

5. การเปลี่ยนมุมมองต่อ “บทบาทของจิตในเวชปฏิบัติ” จากเดิมที่เป็นเพียงปัจจัยประกอบ ไปสู่การเป็น “แกนกลางของกระบวนการรักษา” โดยเสนอว่าจิตมิได้เป็นเพียงแหล่งกำเนิดของความ แปรปรวน แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการฟื้นฟูสมดุลของระบบชีวิต หากได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง และเป็นลำดับขั้น

โดยสรุป องค์ความรู้ใหม่จากบทความนี้มีได้อยู่เพียงในระดับแนวคิด หากเป็นการสร้าง “กรอบการทำงานเชิงระบบ” ที่สามารถนำไปใช้จริงในเวชปฏิบัติ การศึกษา และการวิจัยในอนาคต อันเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้สามารถอธิบายและพัฒนาองค์ความรู้ได้ สอดคล้องกับบริบทสุขภาพร่วมสมัยอย่างมีหลักฐานรองรับ



## บทสรุป

จากฐานความเข้าใจดังที่ได้เสนอมาแล้วข้างต้น บทความได้พัฒนา “แบบจำลองความพร้อมภายในเชิงคลินิก” ในรูปแบบกระบวนการ 9 ขั้นตอน ครอบคลุมการปรับกาย การพัฒนาความรู้เท่าทันทางจิต และการสร้างเสถียรภาพของระบบชีวิตในระยะยาว พร้อมเสนอ “กรอบการประเมินผล 4 มิติ” ได้แก่ ประสบการณ์ภายใน พฤติกรรม อาการทางคลินิก และตัวชี้วัดทางชีวภาพ เพื่อใช้ติดตามและประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ นัยสำคัญของบทความอยู่ที่การยกระดับการฝึกจิตจากกิจกรรมเชิงนามธรรมสู่เครื่องมือทางคลินิกที่มีโครงสร้าง สามารถวางแผน ประเมิน และติดตามผลได้จริง อีกทั้งยังเอื้อต่อการออกแบบการรักษาแบบผสมผสานที่เชื่อมโยงหัตถการทางกายกับการพัฒนาจิต และสามารถปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับความพร้อมแตกต่างกันได้อย่างยืดหยุ่น อันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังอยู่ในระดับแนวคิด จึงควรมีการวิจัยเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแบบจำลอง รวมถึงพัฒนาเครื่องมือประเมินที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ในบริบทการแพทย์แผนไทย โดยสรุป บทความนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยให้มีความทันสมัย เป็นระบบ และตอบสนองต่อบริบทสุขภาพร่วมสมัยอย่างยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). *พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระยาพิศณุประสาทเวช (คง ถาวรเวช). (2474). *แพทยศาสตร์สงเคราะห์*. พระนคร: โรงพิมพ์  
โสภณพิพรรฒธนากร.

Ader, R. (2001). *Psychoneuroimmunology (3rd ed.)*. San Diego, CA: Academic Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Black, D. S., & Slavich, G. M. (2016). *Mindfulness meditation and the immune system:*  
A

*systematic review of randomized controlled trials*. Annals of the New York Academy  
of Sciences, 1373(1), 13–24.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*.  
Science, 196(4286), 129–136.

McEwen, B. S. (2007). *Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central*  
*role of the brain*. Physiological Reviews, 87(3), 873–904.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). *The transtheoretical model of health*  
*behavior change*. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38–48.

