สติในบริบทตะวันตก พัฒนาการ กลไก และการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับสติในพุทธศาสนา

ปิยะวัฒน์ เข็มทอง[1,*]

วันที่รับบทความ	14/02/2569
วันแก้ไขบทความ	21/05/2569
วันตอบรับบทความ	02/06/2569

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายพัฒนาการของการฝึกสติในบริบทตะวันตกจากกรอบเวชศาสตร์พฤติกรรมสู่กระบวนการจิตบำบัดและการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต 2) สังเคราะห์แนวคิดเชิงกลไกที่ใช้อธิบายผลของ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) และ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) 3) เปรียบเทียบแนวคิดสติในบริบทตะวันตกกับสติในเชิงพุทธในมิติเป้าหมาย กลไก และฐานจริยศาสตร์ และ 4) เสนอข้อเสนอเชิงประยุกต์ในการใช้สติเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันทั้งในบริบททางการแพทย์และการศึกษาทำความเข้าใจในเชิงพุทธ บทความนี้ใช้การทบทวนเชิงสังเคราะห์แบบบรรยายจากเอกสารวิชาการ งานวิจัยคลาสสิกเกี่ยวกับ MBSR และ MBCT งานวิจัยร่วมสมัย และเอกสารทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้อง ผลการสังเคราะห์พบว่า การฝึกสติในบริบทตะวันตกเริ่มจากการนำสติไปใช้ในเวชศาสตร์พฤติกรรมเพื่อช่วยผู้ป่วยเรื้อรังจัดการความเจ็บปวด ความเครียด และการตอบสนองต่อประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ ต่อมาขยายสู่กระบวนการจิตบำบัด โดยเฉพาะ MBCT ซึ่งมุ่งป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าผ่านกลไกการกำกับความสนใจ การถอนตัวออกจากความคิดอัตโนมัติ การยอมรับประสบการณ์ภายใน และการลดการคิดวนคิดซ้ำ เมื่อเปรียบเทียบกับสติในเชิงพุทธ พบว่า สติในเชิงพุทธมิได้เป็นเพียงเทคนิคในการกำกับความสนใจหรือการลดอาการทางจิตใจเท่านั้น หากเป็นองค์ธรรมที่สัมพันธ์กับศีล สมาธิ และปัญญา มีฐานทางจริยธรรม และมีเป้าหมายเพื่อการเห็นความจริงตามเหตุปัจจัย อันนำไปสู่การคลายความยึดมั่นถือมั่นและการดับทุกข์ บทความเสนอว่า การประยุกต์ใช้สติในบริบทไทยควรบูรณาการความเข้มแข็งของรูปแบบตะวันตกด้านโครงสร้างโปรแกรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ เข้ากับความลึกซึ้งของกรอบพุทธด้านจริยธรรมและปัญญา เพื่อให้สติเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันที่เหมาะสมทั้งในบริบททางการแพทย์ การศึกษา การพัฒนาชีวิตอย่างรอบด้าน

คำสำคัญ: สติ การฝึกสติ MBSR MBCT พุทธจิตวิทยา

[1,*] ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชีวิตและความตาย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
อีเมล: Piyawat711@gmail.com

Mindfulness in Western Contexts: Development, Mechanisms, and a Comparative Analysis with Buddhist Sati

Received 14/02/2026
Revised 21/05/2026
Accepted 02/06/2026

Piyawat Khemthong [1,*]

Abstract

This objectives of this article were to 1) explain the development of mindfulness practice in Western contexts, from its origins in behavioral medicine to its application in psychotherapy and the promotion of psychological well-being 2) synthesize the mechanistic frameworks used to explain the therapeutic effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) 3) compare Western mindfulness with Buddhist Sati in terms of their goals, mechanisms, and ethical foundations; and 4) propose practical implications for applying mindfulness as a preventive tool to promote well-being within medical, educational setting, while integrating a profound Buddhist-informed understanding. This article employs a narrative synthetic review of academic literature, including classical studies on MBSR and MBCT, contemporary research, and relevant Buddhist texts. The synthesis reveals that mindfulness practice in Western contexts initially emerged in behavioral medicine to help patients with chronic conditions manage pain, stress, and responses to unpleasant experiences. It later expanded into psychotherapeutic, especially MBCT, which aims to prevent depression relapse through mechanisms such as attentional regulation, decentering from automatic thoughts, acceptance of internal experiences, and reduction of rumination. When compared with Buddhist Sati, the finding indicate that Sati is not merely a technique for regulations or symptom reduction,. Rather, it is a mental factor inextricably linked to morality, concentration, and wisdom. Grounded in a solid ethical foundation, its ultimate goal is to perceive reality according to causal conditions, thereby leading to fading away of attachment and the cessation of suffering. The article suggested that the application of mindfulness within the Thai context should integrate the strengths of Western mindfulness-based programs-particularly their structured designs and empirical evidence- with the depth of Buddhist frameworks concerning ethics and wisdom. Such integration may enable mindfulness to function as a preventive well-being tool suitable for medical, educational, and holistic life-development contexts.

Keywords: Mindfulness; Mindfulness Practice; MBSR; MBCT; Buddhist Psychology

[1,*] Faculty of Humanities Mahachulalongkornrajavidyalaya University
e-mail: Piyawat711@gmail.com

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา “สติ” หรือ Mindfulness ได้กลายเป็นแนวคิดสำคัญในศาสตร์สุขภาพ จิตวิทยาคลินิก และการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของตะวันตกอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะภายหลังการพัฒนาโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn (1982, pp. 33-47) ซึ่งทำให้การฝึกสมาธิในรูปแบบการเจริญสติถูกถ่ายทอดเข้าสู่ภาษาทางการแพทย์และเวชศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Medicine) โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้การฝึกสติ ถูกจัดรูปแบบเป็นกระบวนการฝึกที่มีขั้นตอนชัดเจน สามารถนำไปใช้ซ้ำ ประเมินผลและต่อยอดในเชิงวิจัยได้อย่างเป็นระบบ จุดเด่นของ MBSR จึงมิได้อยู่เพียงการนำการฝึกสมาธิมาใช้ในบริบทสุขภาพเท่านั้น แต่ยังอยู่ที่การทำให้สติกลายเป็นเครื่องมือทางคลินิกที่สามารถอธิบายผลได้ผ่านภาษาทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ เช่น การกำกับตนเอง (Self-Regulation) การรับรู้ประสบการณ์ปัจจุบัน และการลดปฏิกิริยาต่อความเครียด

ซึ่งต่อมา แนวคิดเกี่ยวกับสติได้ขยายตัวจากบริบทของผู้ป่วยเรื้อรังและความเครียดเข้าสู่บริบทสุขภาพจิต โดยเฉพาะการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าผ่านโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ซึ่งบูรณาการหลักการของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) เข้ากับการฝึกสติ เพื่อเน้นการพัฒนาทักษะการกำกับความสนใจ (Attentional Control) การถอนตัวออกจากความคิดอัตโนมัติ (Decentering) และการรู้ทันวงจรการคิดวนคิดซ้ำ (Rumination) ที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า (Teasdale, Segal, & Williams, 1995, pp. 25-39; Teasdale et al., 2000, pp. 615-623) ด้วยเหตุนี้ สติในบริบทตะวันตกจึงค่อย ๆ เปลี่ยนสถานะจากการปฏิบัติที่มีรากฐานทางศาสนาและวัฒนธรรม ไปสู่รูปแบบการฝึกที่สามารถใช้ในระบบสุขภาพ จิตบำบัด การศึกษา และการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ได้กว้างขวางมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การขยายตัวดังกล่าวก็นำไปสู่คำถามสำคัญว่า เมื่อสติถูกปรับให้เป็นเครื่องมือเชิงเทคนิคที่ใช้ได้กับทุกศาสนาและทุกวัฒนธรรม มิติทางจริยธรรมและเป้าหมายเชิงปัญญาที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของสติในพระพุทธศาสนาจะถูกคงไว้ ปรับเปลี่ยน หรือลดทอนลงเพียงใด ซึ่งความจำเป็นของการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน เนื่องจากแนวคิด Mindfulness ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในระบบการแพทย์ โรงเรียน องค์กรธุรกิจ และสื่อสาธารณะ แต่การใช้ดังกล่าวบางครั้งมีลักษณะปะปนระหว่าง “สติแบบโปรแกรมตะวันตก” กับ “สติในเชิงพุทธ” โดยไม่ได้อธิบายความแตกต่างของเป้าหมาย กลไก และฐานจริยธรรมอย่างชัดเจน โดยในบางบริบทสติถูกลดทอนให้เหลือเพียงเทคนิคเพื่อผ่อนคลาย ลดความเครียด เพิ่มสมาธิ หรือเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน จนนำไปสู่ข้อวิพากษ์ที่เรียกว่า McMindfulness ซึ่งหมายถึงการ ทำให้สติกลายเป็นสินค้าเครื่องมือเพิ่มผลิตภาพ หรือวิธีปรับตัวของบุคคลต่อระบบที่ก่อความเครียด โดยไม่ได้พิจารณารากเหง้าของความทุกข์ในระดับโครงสร้างและจริยธรรม (Farias & Wikholm, 2015; Purser, 2019) นอกจากนี้ งานวิชาการร่วมสมัยยังชี้ให้เห็นว่าการวิจัยและการสื่อสารเรื่อง Mindfulness บางส่วน

มีปัญหาเรื่องนิยามที่ไม่สอดคล้องกัน การใช้เครื่องมือวัดที่หลากหลาย และการกล่าวอ้างผลเกินกว่าหลักฐานรองรับ (Van Dam et al., 2018, pp. 36-61)

โดยในบริบทของสังคมไทย ประเด็นนี้ยิ่งมีความซับซ้อนมากขึ้น เพราะคำว่า “สติ” เป็นคำที่มีความหมายทางวัฒนธรรมและศาสนาอยู่แล้ว ผู้ปฏิบัติ ผู้สอน หรือผู้ใช้โปรแกรมอาจเข้าใจว่าสติในโปรแกรม MBSR หรือ MBCT มีความหมายเดียวกันกับ “สัมมาสติ” ในพระพุทธศาสนา ทั้งที่ในเชิงโครงสร้าง ทั้งสองแนวคิดมีบริบท เป้าหมาย และเงื่อนไขของการปฏิบัติที่แตกต่างกัน หากไม่มีการแยกแยะอย่างรอบคอบ อาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน เช่น การมองว่าสติเป็นเพียงการหยุดคิด การทำใจให้สงบ หรือการยอมรับทุกสิ่งโดยไม่พิจารณาเหตุปัจจัย ขณะที่ในเชิงพุทธสติสัมพันธ์กับสัมปชัญญะ ความเพียรถูกต้อง ศีล สมาธิ ปัญญา และการเห็นความจริงตามเหตุปัจจัย ดังนั้น การทบทวนและเปรียบเทียบสติในสองบริบทจึงมิใช่เพียงการอธิบายความเหมือนและความแตกต่างทางทฤษฎีเท่านั้น แต่เป็นการป้องกันการนำแนวคิดไปใช้คลาดเคลื่อน และช่วยวางฐานการประยุกต์ใช้สติในบริบทไทยให้มีความถูกต้องทั้งในเชิงวิชาการ จริยธรรม และวัฒนธรรม ซึ่งในอีกด้านหนึ่ง การเติบโตของ Mindfulness ในกระแสตะวันตกทำให้เกิดคำถามเชิงแนวคิดว่า Mindfulness ในฐานะ “เครื่องมือเชิงคลินิก” ซึ่งถูกปรับให้เหมาะสมกับบริบทการแพทย์และจิตบำบัด และมักถูกนำเสนอว่าเป็นกลางทางคุณค่า (Value-neutral) มีความแตกต่างจาก “สติ” ในเชิงพุทธอย่างไร โดยเฉพาะเมื่อสติในเชิงพุทธตั้งอยู่บนระบบไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ และปัญญา รวมถึงมรรคมีองค์ 8 ซึ่งมีฐานทางจริยธรรมและมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อการดับทุกข์ผ่านปัญญา (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), 2542) ประเด็นเรื่องความเป็นกลางทางคุณค่าจึงไม่ใช่เพียงข้อถกเถียงทางทฤษฎี แต่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการออกแบบโปรแกรม การกำหนดเป้าหมายของการฝึก การเลือกตัวชี้วัดผลลัพธ์ และความรับผิดชอบทางจริยธรรมของผู้สอนหรือผู้พัฒนาโปรแกรม ด้วยเหตุนี้บทความนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อ 1) อธิบายพัฒนาการของการฝึกสติในบริบทตะวันตกจากกรอบเวชศาสตร์พฤติกรรมสู่กระบวนการจิตบำบัดและการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต 2) สังเคราะห์แนวคิดเชิงกลไกที่ใช้อธิบายผลของ MBSR และ MBCT 3) เปรียบเทียบกับสติในเชิงพุทธในมิติเป้าหมาย กลไก และฐานจริยศาสตร์ และ 4) เสนอข้อเสนอเชิงประยุกต์ในการใช้สติเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันทั้งในบริบททางการแพทย์และการศึกษาทำความเข้าใจในเชิงพุทธ

ดังนั้นบทความนี้จึงเป็นการทบทวนเชิงสังเคราะห์แบบบรรยาย (Narrative Review) โดยคัดเลือกเอกสารที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดทิศทางของการฝึกสติในบริบทตะวันตก และเอกสารทฤษฎีที่อธิบายกลไกสำคัญของการฝึกสติ โดยให้ความสำคัญกับ 1) MBSR ในช่วงเริ่มแรกในบริบทของผู้ป่วยเรื้อรังและเวชศาสตร์พฤติกรรม (Kabat-Zinn, 1982, pp. 33-47; Kabat-Zinn, 1994) รวมถึงงานที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและโรคทางกาย (Kabat-Zinn et al., 1992, pp. 936-943; Kaplan et al., 1993, pp. 284-289) 2) MBCT ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Teasdale, Segal, & Williams, 1995, pp. 25-39; Teasdale et al., 2000, pp. 615-623; Barnhofer et al., 2009, pp. 366-373) 3) งานวิจัยที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกสติ

กับผลลัพธ์ทางสุขภาวะและกลไกเชิงจิตวิทยา (Brown, Ryan, & Creswell, 2007, pp. 211–237; Carmody & Baer, 2008; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008, pp. 840–862; Jain et al., 2007) และ 4) งานร่วมสมัยที่วิพากษ์ข้อจำกัดของ mindfulness ในด้านนิยาม หลักฐานเชิงประจักษ์ และการนำไปใช้ในสังคมร่วมสมัย (Van Dam et al., 2018, pp. 36-61; Farias & Wikholm, 2015; Purser, 2019)

ในส่วนของสติในเชิงพุทธ บทความนี้ใช้เอกสารของพระธรรมปิฎก/พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) เพื่ออธิบายโครงสร้างของสติในเชิงพุทธที่สัมพันธ์กับไตรสิกขาและมรรคมีองค์ 8 ตลอดจนแนวคิดการ “รู้สึกตัว” ในชีวิตประจำวันของเทียน จิตฺตสุโภ เพื่อสะท้อนมิติการปฏิบัติของสติในชีวิตจริง (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), 2542; พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2553; เทียน จิตฺตสุโภ, 2531) ทั้งนี้ บทความกำหนดขอบเขตของ “สติในเชิงพุทธ” ไว้ในกรอบพุทธเถรวาทไทยและพุทธจิตวิทยา เพื่อให้การเปรียบเทียบกับ MBSR และ MBCT ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะในบริบทตะวันตกมีความสมดุลและชัดเจนทางวิชาการมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป บทความนี้ใช้การสังเคราะห์เปรียบเทียบใน 5 มิติ ได้แก่ 1) นิยามและความหมายของสติ 2) เป้าหมายและผลลัพธ์ 3) กลไกความเปลี่ยนแปลงที่อธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์และในเชิงพุทธ 4) ฐานจริยศาสตร์และเงื่อนไขของการปฏิบัติ และ 5) รูปแบบของการประยุกต์ใช้ในบริบทสุขภาพ การศึกษา และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การวิเคราะห์ดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อทำให้การใช้สติในบริบทไทยมีความชัดเจน ไม่ปะปนระหว่างเทคนิคเชิงคลินิกกับองค์ธรรมเชิงพุทธ และสามารถนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันได้อย่างเหมาะสม

วิธีการทบทวนเอกสารและกรอบการสังเคราะห์

บทความนี้เป็นการทบทวนเชิงสังเคราะห์แบบบรรยาย (Narrative Review) โดยมุ่งคัดเลือกและวิเคราะห์เอกสารที่มีอิทธิพลต่อการอธิบายพัฒนาการ แนวคิดเชิงกลไก และข้อวิพากษ์ของการฝึกสติในบริบทตะวันตก ตลอดจนเอกสารทางพุทธศาสนาที่ใช้เป็นฐานในการอธิบาย “สติ” ในบริบทพุทธเถรวาทไทย การทบทวนเอกสารครอบคลุมช่วงปี ค.ศ. 1982–2025 โดยเลือก ค.ศ. 1982 เป็นจุดเริ่มต้น เนื่องจากเป็นปีที่ Kabat-Zinn (1982, pp. 33–47) เสนอโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ในบริบทเวชศาสตร์พฤติกรรม ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการนำสติเข้าสู่ระบบการแพทย์และการวิจัยเชิงประจักษ์ในตะวันตก ส่วนช่วง ค.ศ. 2010–2025 ใช้สำหรับคัดเลือกงานร่วมสมัยที่สะท้อนพัฒนาการ ข้อวิพากษ์ และหลักฐานเชิงระบบของ Mindfulness-Based Interventions ในปัจจุบัน โดยแหล่งสืบค้นเอกสารประกอบด้วยฐานข้อมูลวิชาการและแหล่งค้นคว้าที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Scopus, PubMed, PsycINFO, Google Scholar, ThaiJO/TCI และฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัย รวมถึงเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสติ สติปัฏฐาน ไตรสิกขา และมรรคมีองค์ 8 ซึ่งเงื่อนไขของเนื้อหาต่างๆ ประกอบด้วย 1) เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพัฒนาการของ MBSR และ MBCT

หรือโปรแกรมฐานสติในบริบทตะวันตก 2) เป็นงานวิจัยหรือบทความทฤษฎีที่อธิบายกลไกสำคัญของการฝึกสติ เช่น การกำกับความสนใจ การกำกับอารมณ์ การถอนตัวออกจากความคิดอัตโนมัติ การลดการคิดวนคิดซ้ำ และการกำกับตนเอง 3) เป็นงานวิจัยเชิงประจักษ์ บทความทบทวนอย่างเป็นระบบ อภิวิเคราะห์ หรือบทความวิชาการเชิงวิพากษ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของ mindfulness ในช่วง ค.ศ. 2010–2025 4) เป็นเอกสารทางพุทธศาสนาที่สามารถใช้สนับสนุนความหมาย โครงสร้าง และเป้าหมายของสติในกรอบพุทธเถรวาทไทยได้อย่างชัดเจน และ 5) เป็นเอกสารที่มีข้อมูลบรรณานุกรมครบถ้วน สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาได้ และมีความเหมาะสมต่อการอ้างอิงเชิงวิชาการ โดยเหตุผลที่บทความให้ความสำคัญกับเอกสารคลาสสิกของ Kabat-Zinn (1994) และ Teasdale et al. (2000, pp. 615–623)เนื่องจากงานกลุ่มนี้เป็นรากฐานของการพัฒนา MBSR และ MBCT ซึ่งเป็นสองแนวทางที่มีอิทธิพลสูงต่อการทำให้ Mindfulness กลายเป็นโปรแกรมทางคลินิกที่มีโครงสร้างชัดเจน สามารถวิจัย ประเมินผล และประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพสมัยใหม่ได้ขณะเดียวกัน บทความมิได้จำกัดอยู่เฉพาะงานคลาสสิกเท่านั้น แต่เสริมด้วยงานร่วมสมัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และบทความวิพากษ์ (Critical Article) เพื่อให้การอภิปรายมีความสมดุลระหว่างด้านประสิทธิผล กลไก และข้อจำกัดของการใช้ Mindfulness ในสังคมปัจจุบัน

ในส่วนของสติในเชิงพุทธ บทความใช้เอกสารของพระธรรมปิฎก/พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) เป็นฐานสำคัญในการอธิบายโครงสร้างเชิงหลักธรรมของสติ เนื่องจากผลงานของท่านมีลักษณะเป็นการสังเคราะห์พระพุทธศาสนาเถรวาทอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงหลักสติ สัมปชัญญะ ไตรสิกขา และมรรคมีองค์ 8 เข้ากับกรอบพุทธธรรมและพุทธจิตวิทยาอย่างชัดเจน จึงเหมาะสมสำหรับใช้เป็นตัวแทนของการอธิบาย “สติ” ในระดับโครงสร้างหลักธรรมในบริบทวิชาการไทย ส่วนแนวคิดการ “รู้สึกตัว” ของเทียน จิตฺตสุโภ ถูกนำมาใช้เพื่อสะท้อนมิติของการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเป็นแนวทางการเจริญสติที่แพร่หลายในสังคมไทย มีลักษณะเป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย และเน้นการตื่นรู้ต่อกายและใจอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยเติมเต็มมิติภาคปฏิบัติให้กับการอธิบายสติในเชิงพุทธ ทั้งนี้ การใช้เอกสารของทั้งสองท่านมิได้มีเจตนาแทนพุทธศาสนาทุกสำนักหรือทุกนิกาย หากเป็นการกำหนดขอบเขตการศึกษาให้ชัดเจนในกรอบพุทธเถรวาทไทยและพุทธจิตวิทยา ซึ่งกรอบในการสังเคราะห์ของบทความนี้ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) นิยามและความหมายของสติ 2) เป้าหมายและผลลัพธ์ของการฝึก 3) กลไกความเปลี่ยนแปลงที่อธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์และในเชิงพุทธ 4) ฐานจริยศาสตร์และเงื่อนไขของการปฏิบัติ และ 5) รูปแบบของการประยุกต์ใช้ในบริบทสุขภาพ การศึกษา และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การสังเคราะห์ดังกล่าวมุ่งให้เห็นทั้งจุดร่วม จุดต่าง และข้อจำกัดของการนำ Mindfulness ในบริบทตะวันตกมาเปรียบเทียบกับสติในเชิงพุทธ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องเป้าหมาย กลไก ฐานจริยธรรม และความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้ในสังคมไทย

สติในบริบทของตะวันตก

สติ และการฝึกสติของตะวันตกเริ่มได้รับความสนใจอย่างจริงจังเมื่อ Kabat-Zinn (1982, pp. 33-47) พัฒนาโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในบริบทของ Behaviral Medicine โดยเสนอว่า “การตระหนักรู้แบบไม่ตัดสิน” (Non-Judgmental Awareness) สามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความเจ็บปวดได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะสังเกตความรู้สึกเจ็บ ความคิดเกี่ยวกับความเจ็บ และอารมณ์ที่ตามมาได้ โดยไม่รีบตอบสนองแบบหลีกหนีหรือต่อต้าน ซึ่งการตอบสนองในลักษณะนี้มักจะทำให้ความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บนั้นเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้เองทำให้ Mindfulness ถูกนำมาใช้เป็นทักษะทางจิตใจที่สนับสนุนการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต่อมา MBSR ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต Kabat-Zinn et al. (1992, pp. 936-943) และได้รับการรายงานประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล โดยสะท้อนว่า Mindfulness สามารถใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรักษาในทางคลินิกได้ ในอีกด้านหนึ่ง Kaplan et al. (1993, pp. 284-289) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (Fibromyalgia) ซึ่งชี้ให้เห็นแนวโน้มว่า Mindfulness เป็นแนวทางที่ตอบโจทย์ต่อการดูแลอาการ และคุณภาพชีวิตของ “ความทุกข์เรื้อรัง” ทั้งในมิติทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่ง Kabat-Zinn (1994) ได้ทำให้ Mindfulness สามารถนำมาใช้กับชีวิตประจำวันได้โดยผ่านการฝึก “อยู่กับประสบการณ์ตรง” ผ่านการรับรู้ และไม่ตัดสินจากความเคยชินของตน แล้วจึงค่อย ๆ เปลี่ยนวิธีการในการตอบสนองต่อความเครียด และความทุกข์ ซึ่งสิ่งนี้เองทำให้ Mindfulness ขยายตัวจากพื้นที่ของการรักษาในทางคลินิกไปสู่การส่งเสริมสุขภาวะ และการพัฒนาตนเอง (Self-Development) ในสังคมตะวันตก นอกจากนี้การขยายตัวของ Mindfulness ในบริบทของตะวันตกยังเชื่อมโยงกับความพยายามที่จะทำให้ Mindfulness กลายเป็นโครงสร้างที่วัดได้ และสามารถอธิบายได้ในเชิงจิตวิทยา โดย Brown, Ryan, & Creswell (2007, pp. 211–237) ได้เสนอทฤษฎี และหลักฐานที่สนับสนุนว่า Mindfulness เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางสุขภาวะที่ดีขึ้น อีกทั้ง Carmody and Baer (2008, pp. 23-33) พบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการฝึกสติกับระดับของ Mindfulness ที่เพิ่มขึ้นมีผลกับอาการทางร่างกาย และจิตใจที่ลดลง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างพัฒนาการ และหลักฐานสำคัญของการฝึกสติในบริบทของตะวันตก

ช่วง/แนวทาง	**งานหลัก**	**กลุ่ม/บริบท**	**สาระสำคัญ (แนวคิด/กลไก)**	ข้อจำกัด/ข้อวิพากษ์ของงานหรือแนวทาง
MBSR ในระยะแรก (Early Development)	Kabat-Zinn (1982, pp. 33-47)	ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain)	พัฒนา MBSR เป็นโปรแกรมทางคลินิกในกรอบเวชศาสตร์พฤติกรรม เน้นการรับรู้ประสบการณ์ปัจจุบันอย่างไม่ตัดสิน (Non-Judgmental Awareness) เพื่อเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความเจ็บปวด จากการต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงไปสู่การยอมรับและการสังเกตอย่างมีสติ กลไกหลักคือการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการรับรู้กาย (Body Awareness)	เป็นงานบุกเบิกที่ยังมีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการควบคุม และบริบทที่เน้นผู้ป่วยปวดเรื้อรังเป็นหลัก จึงยังไม่สามารถอธิบายผลต่อปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะกลุ่มได้อย่างครอบคลุม
MBSR กับสุขภาพจิต (Mental Health Application)	Kabat-Zinn et al. (1992, pp. 936-943)	ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล (Anxiety Disorders)	ขยาย MBSR จากโรคทางกายเข้าสู่บริบทสุขภาพจิต โดยใช้การฝึกแบบกลุ่ม เช่น การสแกนร่างกาย (Body Scan) การนั่งสมาธิ และการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ กลไกสำคัญคือการลดปฏิกิริยาต่อความเครียด	แม้แสดงให้เห็นศักยภาพของ MBSR ในสุขภาพจิต แต่ยังเน้นผลลัพธ์ด้านการลดความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าการอธิบายกลไกเฉพาะของความคิดลบหรือ

			(Stress Reactivity) และเพิ่มความสามารถในการสังเกตความคิดและอารมณ์โดยไม่ยึดติด	การคิดวนคิดซ้ำที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า
MBSR กับโรคทางกาย (Physical Illness Application)	Kaplan et al. (1993, pp. 284-289)	ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (Fibromyalgia)	ประยุกต์ MBSR เพื่อจัดการอาการปวดเรื้อรังและความเครียดร่วม โดยเน้นการรับรู้อาการปวดอย่างมีสติ ลดการตีความเชิงคุกคาม และเพิ่มการปรับตัวต่ออาการทางกาย	ยังอยู่ในกรอบการจัดการอาการทางกายและคุณภาพชีวิตเป็นหลัก จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายกระบวนการทางความคิดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าซ้ำหรือความเปราะบางทางอารมณ์
MBCT กับแนวคิดกลไก (Mechanism Framework)	Teasdale, Segal, & Williams (1995, pp. 25–39)	ทฤษฎีการป้องกัน Relapse ในภาวะซึมเศร้า	เสนอว่า Relapse เกี่ยวข้องกับความคิดลบอัตโนมัติ การตอบสนองทางอารมณ์ และการคิดวนคิดซ้ำ โดย MBCT ผสาน Mindfulness กับ Cognitive Therapy เพื่อเพิ่มการกำกับความสนใจ การรู้ทันสัญญาณอารมณ์ลบ และการเปลี่ยนความสัมพันธ์กับความคิด	เป็นกรอบเชิงทฤษฎีที่ต่อยอดจากข้อจำกัดของ MBSR โดยย้ายจุดเน้นจากความปวดและความเครียดทั่วไปไปสู่กลไกเฉพาะของภาวะซึมเศร้า แต่ในระยะนี้ยังต้องการหลักฐานเชิงทดลองสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรม

MBCTในเชิงประจักษ์ (Empirical Evidence)	Teasdale et al. (2000, pp. 615-623) Barnhofer et al. (2009, pp. 366-373)	ผู้ที่มีประวัติ Major Depression, Recurrent Depression และ Chronic Depression	แสดงหลักฐานเชิงทดลองของ MBCT ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการถอนตัวออกจากความคิด (Decentering) การตระหนักรู้ระดับเมตาค็อกนิชัน (Metacognitive Awareness) และการลดการหลอมรวมกับความคิดลบ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ	แม้มีหลักฐานสนับสนุนมากขึ้น แต่ประสิทธิผลอาจขึ้นกับประวัติการป่วยซ้ำ ความต่อเนื่องของการฝึก คุณภาพของผู้นำกลุ่ม และลักษณะกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งยังต้องระวังการสรุปผลเกินขอบเขตของการทดลองเฉพาะกลุ่ม

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า พัฒนาการของการฝึกสติในบริบทตะวันตกมิได้เกิดขึ้นแบบแยกส่วน หากมีลักษณะต่อเนื่องและตอบสนองต่อข้อจำกัดของแนวทางก่อนหน้า กล่าวคือ MBSR ในระยะแรกเริ่มจากการจัดการความเจ็บปวดและความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรัง ต่อมาถูกขยายเข้าสู่สุขภาพจิตและโรคทางกายที่มีความเครียดร่วม แต่ยังมีข้อจำกัดในการอธิบายกลไกเฉพาะของความคิดลบและการคิดวนคิดซ้ำ MBCT จึงพัฒนาขึ้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยเชื่อมการฝึกสติเข้ากับกรอบการบำบัดทางความคิด เพื่อให้ผู้ฝึกสามารถรู้ทันความคิดอัตโนมัติ ถอนตัวออกจากความคิด และลดความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งต่อมาแนวคิดเกี่ยวกับสติได้ขยายตัวสู่บริบททางสุขภาพจิต และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าผ่านโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) โดยเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ Mindfulness สามารถเชื่อมโยงเข้ากับกรอบความรู้ทางด้านจิตบำบัดได้อย่างชัดเจน Teasdale, Segal, & Williams (1995, pp. 25–39) ได้ทำการตั้งข้อสังเกตว่า Cognitive Therapy นั้น สามารถช่วยให้บุคคลจัดการกับรูปแบบการคิด และอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำ โดยเฉพาะวงจรการคิดวนคิดซ้ำ (Rumination) และการตีความในทางลบ ซึ่งเมื่อ Mindfulness ถูกนำมาใช้เพื่อการฝึกความสนใจ บุคคลจะมี “ช่องว่าง” ระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่มากขึ้น ทำให้ไม่ถูกดูดเข้าไปในกระแสของความคิดอัตโนมัติ ซึ่งอาจจะป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ แนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำมาพัฒนาเป็น MBCT โดย Teasdale et al. (2000, pp 615-625) พบว่าสามารถป้องกัน Relapse, Recurrence ของ Major Depression ได้

ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมการฝึกสติรับรู้ความคิด และอารมณ์ในฐานะของ “เหตุการณ์ทางจิต” มากกว่าความเชื่อที่ว่าความคิดนั้นเป็นความจริงที่ต้องทำตาม การมองความคิดเช่นนี้สอดคล้องกับแนวคิด Decentering, Metacognitive Awareness ที่กลายเป็นกลไกหลักของ MBCT นอกจากนี้ Barnhofer et al. (2009, pp. 366-373) ได้ทำการศึกษา MBCT ในผู้ป่วย Chronic Depression และรายงานผลในเชิงบวกต่ออาการ และกระบวนการทางจิตใจที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Flexibility) รวมถึงความสามารถในการรับรู้อารมณ์อย่างเป็นกลางมากขึ้น ด้วยเหตุนี้เอง ภายใต้กรอบแนวคิดของ Mindfulness จึงไม่ใช่การทำงานเพียงเพื่อ “ผ่อนคลาย” แต่เพื่อทำให้บุคคลเห็นถึงรูปแบบทางความคิดที่ทำให้ทุกข์ได้ไวขึ้น และเลือกตอบสนองด้วยวิธีที่มีทิศทางมากขึ้น โดยหากสรุปในเชิงกระบวนการ MBCT มักจะถูกอธิบายกระบวนการผ่าน 1) การเพิ่มความไวต่อสัญญาณเตือนของ Relapse (Early Warning Signs) 2) การลดการติดกับความคิดอัตโนมัติ (Cognitive Reactivity) 3) การลด Rumination และ 4) การสร้างท่าทีแห่งการยอมรับต่อประสบการณ์ภายใน ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาสัมพันธ์กับการฝึกความสนใจ และการตระหนักรู้ในปัจจุบัน

ตารางที่ 2 สรุปกลไกของ MBCT ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (Teasdale, Segal, & Williams, 1995, pp. 25–39; Teasdale et al., 2000, pp.516-623)

องค์ประกอบ	สิ่งที่ฝึกและกิจกรรมหลัก	กลไกต่อกระบวนการคิด/อารมณ์	ผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
การกำกับความสนใจ (Attentional Control)	ฝึกให้รู้ทันว่า “จิตหลุด” และดึงความสนใจกลับสู่ปัจจุบัน เช่น ลมหายใจ ร่างกาย เสียง และการเคลื่อนไหว ผ่านกิจกรรมการรู้ลมหายใจ (Breath Awareness) การสแกนร่างกาย (Body Scan) และการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ (Mindful Movement)	เพิ่มความสามารถในการเฝ้าสังเกตและปรับทิศทางความสนใจ (Monitoring and Reorienting Attention) ลดการไหลตามความคิดอัตโนมัติ และการหมกมุ่นกับอดีตหรืออนาคต ส่งผลให้วงจรความคิดลบไม่ขยายตัวจนเกิดอารมณ์เศร้าเรื้อรัง	ลดความไวต่อการตอบสนองทางความคิด (Cognitive Reactivity) และลดโอกาสเข้าสู่รูปแบบอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mode) ทำให้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำลดลง
การถอนตัวออกจากความคิด (Decentering)	ฝึกมองความคิดเป็นเพียง “เหตุการณ์ทางจิต” ไม่ใช่ข้อเท็จจริงหรืออัตลักษณ์ของตน	ลดการหลอมรวมระหว่างความคิดกับตัวตน (Cognitive Fusion) ทำให้ผู้ฝึกแยก “ผู้สังเกต” ออกจาก “เนื้อหาความคิด” ส่งผลให้ความคิดลบไม่กระตุ้นอารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรง และลดการคิดวนคิดซ้ำ (Rumination)	ลดตัวกระตุ้นการคิดวนคิดซ้ำ (Rumination Trigger) และลดการถูกกระตุ้นด้วยโครงสร้างความคิดเดิม (Schema) จึงลดโอกาสกลับเป็นซ้ำ

การยอมรับประสบการณ์ภายใน (Acceptance)	ฝึกยอมรับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่ไม่พึงประสงค์ โดยไม่หลีกเลี่ยง กดทับ หรือต่อต้าน	ลดการต่อต้านอารมณ์ (Emotional Resistance) ซึ่งเป็นตัวเร่งให้เกิดความทุกข์ซ้อน (Secondary Suffering) เพิ่มความสามารถในการทนต่อความไม่สบายใจ (Distress Tolerance) และเปลี่ยนจากการเผชิญปัญหาแบบหลีกหนีไปสู่การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	ลดแนวโน้มการหลีกเลี่ยงและการตอบสนองเชิงลบต่อความเศร้า ทำให้อารมณ์ไม่พัฒนาเป็นตอนของภาวะซึมเศร้า (Depressive Episode) จึงลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ
การรู้เท่าทันสัญญาณเตือนระยะเริ่มต้น (Early Warning Awareness)	ฝึกสังเกตสัญญาณเตือนระยะเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า เช่น ความเหนื่อยล้า การนอนผิดปกติ อารมณ์หม่นหมอง และความคิดลบเริ่มต้น	เพิ่มการรับรู้การเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ ของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ทำให้สามารถเข้าแทรกแซงได้ตั้งแต่ต้น ก่อนเกิดวงจรการคิดวนคิดซ้ำและความไวต่อการตอบสนองทางความคิดเต็มรูปแบบ	ช่วยหยุดวงจรการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Spiral) ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดการลุกลามจากความเศร้าเล็กน้อยไปสู่ตอนของภาวะซึมเศร้า ทำให้การป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลไกของ MBCT เป็นการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดเชิงทฤษฎีกับกิจกรรมปฏิบัติจริง กล่าวคือ การกำกับความสนใจสอดคล้องกับการฝึกกลับมารู้ลมหายใจและร่างกาย การถอนตัวออกจากความคิดสอดคล้องกับการฝึกเห็นความคิดเป็นเหตุการณ์ทางจิต การยอมรับประสบการณ์ภายในสอดคล้องกับการอยู่กับอารมณ์โดยไม่หลีกเลี่ยง และการรู้เท่าทันสัญญาณเตือนสอดคล้องกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ดังนั้น กลไก 5 ขั้นตอนที่มักกล่าวถึงในงานวิจัย Mindfulness ได้แก่ การตั้งเจตนา การกลับสู่ปัจจุบัน การสังเกตโดยไม่ตัดสิน การยอมรับประสบการณ์ภายใน การถอนตัวออกจากความคิดอัตโนมัติ และการตอบสนองอย่างมีเจตนา จึงสามารถเข้าใจได้ว่าเป็นสะพานเชื่อมระหว่างโมเดลเชิงทฤษฎีของ Brown, Ryan, & Creswell (2007, pp. 211–237) และ Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders (2008, pp. 840–862) กับกระบวนการฝึกจริงใน MBCT ซึ่งมุ่งลดการคิดวนคิดซ้ำและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม งานร่วมสมัยเสนอว่าผลของโปรแกรมฐานสติไม่ควรถูกกล่าวอ้างอย่างกว้างเกินหลักฐาน Goldberg et al. (2022) การสังเคราะห์ Meta-Analyses จำนวนมากและพบว่า Mindfulness-Based Interventions มีหลักฐานสนับสนุนในหลายบริบท แต่ระดับผลลัพธ์และความเหนือกว่าต่อการรักษาหรือกิจกรรมควบคุมชนิดอื่นยังแตกต่างกัน โปรแกรมฐานสติอาจช่วยลดความทุกข์ทางจิตได้ แต่ผลลัพธ์มีความแปรปรวนตามระดับความเครียดตั้งต้น เพศ อายุ การศึกษา บริบทการฝึก และคุณภาพการดำเนินโปรแกรม ดังนั้น การอภิปรายเรื่องสติในตะวันตกจึงควรเสนอทั้งประสิทธิผลและข้อจำกัด ไม่ใช่เสนอในฐานะเครื่องมือสากลที่ให้ผลเหมือนกันในทุกกลุ่ม Van Dam et al. (2018, pp. 36-61) วิพากษ์ว่า ปัญหาสำคัญของวงวิจัย

Mindfulness คือ ความไม่ชัดเจนของนิยาม ความหลากหลายของเครื่องมือวัด และการออกแบบการวิจัยที่บางครั้งไม่สามารถแยกผลของ Mindfulness ออกจากปัจจัยร่วมอื่น เช่น ความคาดหวังของผู้เข้าร่วม การสนับสนุนจากกลุ่ม หรือความสัมพันธ์กับผู้สอนได้ นอกจากนี้ Farias and Wikholm (2015) และ Purser (2019) ยังตั้งคำถามต่อกระแส Mindfulness เชิงพาณิชย์ หรือ McMindfulness ซึ่งอาจทำให้สติถูกใช้เป็นเครื่องมือปรับตัวให้บุคคลอดทนต่อระบบที่ก่อความเครียด โดยไม่ได้แตะต้องรากของปัญหาเชิงสังคมและจริยธรรม

ซึ่งแม้ว่างานวิจัยในเนื้อหาเกี่ยวกับ Mindfulness จะมีความหลากหลาย แต่ทว่า แนวคิดเชิงกลไกที่พบบ่อยนั้น สามารถจัดกลุ่มได้อย่างน้อย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การกำกับความสนใจ (Attention Regulation) 2) การกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation) โดยผ่านการยอมรับและการสังเกตโดยไม่ตัดสิน และ 3) การเปลี่ยนความสัมพันธ์กับความคิด (Cognitive Change) ผ่านการถอนตัวออกจากความคิดอัตโนมัติ และลด Rumination โดย Brown, Ryan, & Creswell (2007, pp. 211–237) เสนอว่า Mindfulness เป็นรากฐานที่เชื่อมโยงกับสุขภาวะ และทำให้บุคคลรับรู้ประสบการณ์ภายนอก และภายในได้ชัดเจนขึ้น มีความสามารถในการตอบสนองอย่างมีเจตนามากกว่าการตอบสนองแบบอัตโนมัติ และมีทักษะเพื่อเพิ่ม Self-Regulation ในบริบทเชิงสุขภาพมากขึ้น Jain et al. (2007, pp. 211-237) ที่ทดลองเปรียบเทียบ Mindfulness Meditation กับ Relaxation Training ชี้ให้เห็นว่า Mindfulness ไม่ได้ส่งผลเพียงทำให้เกิดความสงบและการผ่อนคลายทั่วไปเท่านั้น แต่มีความเกี่ยวข้องกับการลด Rumination และ Distress ผ่านการปรับความสัมพันธ์กับความคิด และอารมณ์ อาจกล่าวได้ว่า ความสงบเป็นผลพลอยได้ แต่แกนหลักสำคัญคือรับรู้ และการจัดการกับกระบวนการภายในอย่างมีทักษะ Carmody and Baer (2008, pp. 23-33) พบความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกปฏิบัติกับระดับของ Mindfulness และอาการในการแพทย์โดย MBSR ช่วยสนับสนุนเหตุผลที่ว่า “การฝึก” เป็นปัจจัยที่สำคัญ ไม่ใช่เพียงการรับรู้แนวคิดในเชิงทฤษฎีเท่านั้น แต่ยังต้องมีความความถี่ ความต่อเนื่อง และคุณพาของการฝึกปฏิบัติเพื่อเป็นตัวเชื่อมไปสู่ผลลัพธ์ของสุขภาวะ Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders เสนอว่า Mindfulness สามารถช่วยในเรื่องของ “Cultivate Well-Being” ผ่านการฝึกเจตคติแห่งการตระหนักรู้ และการยอมรับ เพื่อช่วยในเรื่องของความเมตตาต่อตนเอง ความเห็นอกเห็นใจ และความสมดุลทางอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อสุขภาวะโดยรวม Crescentini, Capurso, Furlan, & Fabbro (2016). พบว่าการเจริญสติช่วยให้ผู้ฝึกมีความสุข และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเจริญเติบโตทางอารมณ์ และจากการศึกษาของ Singh et al. (2023, pp. 604-515) รายงานว่าผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกสติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในด้านการจัดการกับความรู้สึกด้านลบ และความเครียด ทำให้พวกเขามีความสามารถในการดูแลผู้ที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ได้รับการดูแลจากผู้ฝึกสติมีพัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์และทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ทำให้พวกเขาสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ทางสังคมได้ดีขึ้นอีกด้วย

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า โมเดลกลไกของการฝึกสติในบริบทของตะวันตกประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การตั้งเจตนา และการกลับสู่ปัจจุบัน เพื่อดึงความสนใจกลับมาจากความฟุ้งซ่าน ลมหายใจ ร่างกาย และสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น ขั้นที่ 2 การสังเกตโดยไม่ตัดสิน เพื่อลดการประเมินค่าทันทีมาสู่การเห็นประสบการณ์ตรงที่ชัดเจนขึ้น ขั้นที่ 3 การยอมรับ และอยู่กับอารมณ์เพื่อฝึกอยู่กับความไม่สบายกาย ใจ โดยไม่ผลักไส ลดการต่อต้านที่เพิ่มความทุกข์ ขั้นที่ 4 การถอนตัวจากความคิดอัตโนมัติ เพื่อเห็นความคิดว่าเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิต ลดการเชื่อ และการไหลตามความคิดนั้น และขั้นที่ 5 การตอบสนองอย่างมีเจตนา เพื่อเลือกพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาวะมากขึ้นอันส่งผลต่อการกำกับตนเองในชีวิตจริง

สติในเชิงพุทธ

ในทางพระพุทธศาสนา “สติ” มีความหมายลึกซึ้งกว่าการรับรู้ (Awareness) ในบริบทตะวันตก เพราะสติไม่ได้เป็นเพียงการรู้ประสบการณ์ปัจจุบันอย่างเป็นกลาง แต่เป็นองค์ธรรมที่ทำหน้าที่ “ระลึกได้” “ไม่หลงลืม” และกำกับจิตให้ตั้งอยู่กับสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อให้เกิดปัญญา พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2542) อธิบายว่าสติเป็นธรรมที่ช่วยให้จิตไม่เผลอ ไม่เลื่อนลอย และสามารถระลึกถึงอารมณ์หรือหลักธรรมที่ควรกำหนดพิจารณาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น สติในเชิงพุทธจึงมิใช่เพียงการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่เป็นการระลึกรู้ที่มีทิศทางไปสู่การเห็นความจริงตามเหตุปัจจัย ซึ่งในสติปัฏฐานสูตร พระพุทธเจ้าทรงแสดงการตั้งสติไว้ใน 4 ฐาน คือ กาย เวทนา จิต และธรรม โดยมีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ และกำจัดอภิชฌาและโทมนัสในโลกได้ ข้อความดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า สติในพระพุทธศาสนาไม่ได้ทำงานโดดเดี่ยว หากทำงานร่วมกับความเพียรถูกต้อง สัมปชัญญะ สมาธิ และปัญญา ด้วยเหตุนี้ สติในเชิงพุทธจึงไม่สามารถแยกออกจากไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ และปัญญา รวมถึงมรรคมีองค์ 8 โดยเฉพาะสัมมาวายามะ สัมมาสติ และสัมมาสมาธิ ซึ่งเป็นองค์ธรรมในหมวดสมาธิที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นกระบวนการ ซึ่งเมื่อพิจารณาในเชิงกลไกสัมมาวายามะทำหน้าที่เป็น “พลังในการป้องกันและละอกุศล” พร้อมกับ “ส่งเสริมและรักษากุศล” กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติใช้ความเพียรอย่างถูกต้องเพื่อระวังไม่ให้อกุศลเกิดขึ้น ละอกุศลที่เกิดขึ้นแล้ว ทำกุศลให้เกิดขึ้น และรักษากุศลให้เจริญงอกงาม เมื่อมีสัมมาวายามะเป็นฐาน สัมมาสติจึงสามารถตั้งอยู่กับกาย เวทนา จิต และธรรมได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เผลอไหลไปตามอารมณ์ ความคิด หรือความอยากที่เกิดขึ้น จากนั้นสัมมาสมาธิทำหน้าที่รวบรวมจิตให้ตั้งมั่น มีกำลัง และไม่ฟุ้งซ่านจนสามารถพิจารณาเห็นสภาวะตามความเป็นจริงได้ชัดเจนขึ้น โดยกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้เกิดสัมมาทิฏฐิในฐานะปัญญาที่เห็นความจริงของทุกข์และเหตุแห่งทุกข์ กล่าวคือ เมื่อสติระลึกรู้สภาวะที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสมาธิทำให้จิตตั้งมั่นพอที่จะพิจารณา ผู้ปฏิบัติย่อมเห็นว่า ความรู้สึก ความคิด ความอยาก และความยึดมั่นล้วนเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย ไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่ใช่ตัวตน การเห็นเช่นนี้ทำให้ตัณหาและอุปาทานไม่มีกำลังครอบงำจิตเหมือนเดิม เพราะผู้ปฏิบัติไม่หลงยึดประสบการณ์ว่าเป็น “เรา” หรือ “ของเรา” อาจกล่าวได้ว่า สัมมาวายามะทำหน้าที่

เป็นแรงขับเคลื่อนเชิงคุณธรรม สัมมาสติทำหน้าที่เป็นการระลึกรู้ และไม่หลงลืมอารมณ์กรรมฐาน ส่วนสัมมาสมาธิทำหน้าที่ทำให้จิตตั้งมั่นพอที่จะพิจารณาความจริง เมื่อองค์ธรรมทั้งสามทำงานร่วมกัน จึงช่วยหนุนให้เกิดสัมมาทิฏฐิหรือปัญญา ซึ่งเป็นความเข้าใจที่เห็นทุกข์ เหตุแห่งทุกข์ และทางออกจากทุกข์ตามความเป็นจริง ในเชิงปฏิจจสมุปบาท กระบวนการนี้ช่วยตัดวงจรจากเวทนาไปสู่ตัณหาและจากตัณหาไปสู่อุปาทาน เพราะผู้ปฏิบัติสามารถรู้ทันเวทนาและความอยากตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ไม่ปล่อยให้ความอยากพัฒนาไปสู่ความยึดมั่นถือมั่น เทียน จิตฺตสุโภ (2531) เสนอแนวคิด “การรู้สึกตัว” ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสะท้อนสติในฐานะการตื่นรู้ต่อกายและใจอย่างต่อเนื่อง แนวทางนี้ช่วยทำให้กลไกของสติในเชิงพุทธมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพราะผู้ฝึกไม่ได้รอให้เกิดความสงบในสถานที่เฉพาะเท่านั้น แต่ฝึกรู้กาย รู้การเคลื่อนไหว รู้ความคิด และรู้อารมณ์ในชีวิตประจำวัน การรู้สึกตัวเช่นนี้ช่วยลดการไหลตามความคิดและอารมณ์ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างสิ่งเร้า ความรู้สึก และการตอบสนอง ซึ่งสอดคล้องกับการตัดวงจรของตัณหาและอุปาทานในเชิงปฏิบัติ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) (2553) อธิบายนิยามศัพท์ทางพุทธศาสตร์ที่ เกี่ยวข้องกับสติในเชิงโครงสร้างขององค์ธรรม ซึ่งช่วยให้เห็นว่าสติเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับศีล สมาธิ และปัญญา กล่าวคือ การฝึกสติที่ถูกต้องย่อมสัมพันธ์กับความงอกงามของคุณธรรม การลดการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น และการพัฒนาปัญญาเพื่อเห็นตามความเป็นจริง ด้วยเหตุนี้ สติจึงมิใช่เพียงเทคนิคเพื่อความสบายใจ หากเป็นการฝึกเพื่อปรับทิศทางของชีวิต ความสัมพันธ์กับตนเอง ผู้อื่น และเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดทุกข์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายสูงสุดในทางพุทธศาสนา สติจึงถูกวางเป็นองค์ธรรมสำคัญในกระบวนการเห็นความจริงและคลายความยึดมั่นถือมั่น อันนำไปสู่การดับทุกข์ ดังนั้น ผลลัพธ์ของการฝึกสติในเชิงพุทธจึงไม่ได้จำกัดเพียงการลดอาการ ความเครียด หรือความไม่สบายใจ แต่รวมถึงการเปลี่ยนกรอบการรับรู้ต่อชีวิต เห็นความเกิดดับของประสบการณ์ เข้าใจเหตุปัจจัยของทุกข์ และลดการยึดมั่นในตัวตนอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในแง่นี้ สติในเชิงพุทธจึงมีสถานะเป็นทั้งวิธีฝึกจิต กลไกการเกิดปัญญา และเส้นทางสู่การคลายทุกข์ในระดับที่ลึกกว่าการปรับตัวทางจิตวิทยาเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงปรัชญา 5 มิติ

การเปรียบเทียบระหว่าง Mindfulness ในบริบทตะวันตกกับสติในพุทธศาสนาไม่ควรจำกัดอยู่ที่คำถามว่า “เหมือนหรือต่างกันอย่างไร” แต่ควรพิจารณาว่าทั้งสองระบบตั้งอยู่บนสมมติฐานเกี่ยวกับจิต เป้าหมาย วิธีรู้ ฐานจริยธรรม และความหมายของความพ้นทุกข์อย่างไร บทความนี้จึงเสนอการวิเคราะห์ใน 5 มิติ ดังนี้

1. มิติภววิทยา ธรรมชาติของจิตและประสบการณ์ อธิบายได้ว่า ในบริบทตะวันตก Mindfulness มักมองจิตในฐานะกระบวนการทางจิตวิทยาที่สามารถสังเกต ฝึก และเปลี่ยนแปลงได้ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทางกายถูกมองเป็นประสบการณ์ภายในที่บุคคลสามารถรับรู้โดยไม่จำเป็นต้องตอบสนองทันที ส่วนสติในพุทธศาสนามองจิตและธรรมทั้งหลายภายใต้กฎไตรลักษณ์

คือ ไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่ใช่ตัวตน การรู้เท่าทันจึงไม่ได้หยุดอยู่ที่การสังเกตประสบการณ์ แต่ขยายไปสู่การเห็นธรรมชาติของประสบการณ์ตามความเป็นจริง

2. มิติเป้าหมายวิทยา สุขภาวะหรือความหลุดพ้น อธิบายได้ว่า ในตะวันตก เป้าหมายของ MBSR/MBCT มักสัมพันธ์กับการลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ลดการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต เป้าหมายเหล่านี้มีความสำคัญและวัดผลได้ในระบบสุขภาพสมัยใหม่ ขณะที่สติในพุทธศาสนามีเป้าหมายปลายทางคือการดับทุกข์ผ่านการละตัณหา อุปาทาน และอวิชชา ความแตกต่างนี้มิได้หมายความว่าระบบหนึ่งดีกว่าอีกระบบหนึ่ง แต่ชี้ให้เห็นว่าทั้งสองระบบตอบโจทย์คนละระดับ คือ ระดับการบรรเทาทุกข์ทางจิตใจในชีวิตประจำวันกับระดับการเปลี่ยนแปลงรากของทุกข์ตามพุทธธรรม

3. มิติญาณวิทยา วิธีการรู้และเกณฑ์ความจริง อธิบายได้ว่า Mindfulness ในตะวันตกพึ่งพาเกณฑ์ความรู้เชิงประจักษ์ เช่น แบบวัดทางจิตวิทยา การทดลองแบบสุ่ม กลุ่มควบคุม และการวิเคราะห์ทางสถิติ สติจึงถูกทำให้เป็นตัวแปรที่วัดได้ เช่น ระดับ Mindfulness ความเครียด อาการซึมเศร้า หรือคุณภาพชีวิต ส่วนสติในพุทธศาสนาอาศัยการรู้จากการปฏิบัติภาวนา การพิจารณาเหตุปัจจัย และการเห็นสภาวะตามความเป็นจริง การวัดผลในเชิงพุทธจึงไม่ได้จำกัดที่คะแนนสุขภาวะ แต่รวมถึงการลดกิเลส ความไม่ยึดมั่น และการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรม

4. มิติจริยศาสตร์ ฐานจริยธรรมเป็นเงื่อนไขหรือผลลัพธ์ อธิบายได้ว่า ในโปรแกรมตะวันตกจำนวนมาก Mindfulness ถูกทำให้เป็นกลางทางศาสนาเพื่อให้ใช้ได้กับผู้คนหลากหลายความเชื่อ จริยธรรมจึงมักปรากฏในรูปท่าทีไม่ตัดสิน การยอมรับ ความเมตตาต่อตนเอง และความกรุณา แต่ไม่ได้ถูกวางเป็นเงื่อนไขเชิงหลักธรรมอย่างชัดเจน ในพุทธศาสนา สติที่ถูกต้องสัมพันธ์กับศีลและสัมมาทิฏฐิ หากขาดฐานจริยธรรม สติอาจกลายเป็นเพียงความรู้ตัวที่ถูกนำไปใช้สนับสนุนกิเลสหรือเป้าหมายที่ไม่เกื้อกูล ข้อนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้การนำ Mindfulness ไปใช้ในบริบทองค์กรหรือเชิงพาณิชย์ถูกวิพากษ์ว่าอาจเหลือเพียงเทคนิคเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพโดยไม่แตะต้องมิติคุณค่าของชีวิต

5. มิติวิมุตติวิทยา ความพ้นทุกข์ในนัยเดียวกันหรือไม่ อธิบายได้ว่า สติในตะวันตกสามารถนำไปสู่การลดทุกข์ทางจิตใจและเพิ่มสุขภาวะได้ แต่โดยทั่วไปไม่ได้อ้างเป้าหมายเรื่องนิพพานหรือการสิ้นกิเลส ขณะที่สติในพุทธศาสนาถูกวางในเส้นทางของการคลายอวิชชาและความยึดมั่น ดังนั้น “ความพ้นทุกข์” ในสองระบบจึงไม่ควรถูกเข้าใจว่าเป็นสิ่งเดียวกันทั้งหมด สติแบบตะวันตกอาจช่วยให้บุคคลอยู่กับความทุกข์ได้ดีขึ้น ส่วนสติในพุทธศาสนามุ่งให้เห็นโครงสร้างของทุกข์และเหตุแห่งทุกข์จนสามารถละเหตุแห่งทุกข์ได้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสติในบริบทตะวันตกกับสติในพุทธศาสนาใน 5 มิติปรัชญา

มิติ	คำถามหลัก	สติในบริบทตะวันตก	สติในพุทธศาสนา
ภววิทยา	จิตและประสบการณ์ถูกมองอย่างไร	จิตเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่สังเกตและฝึกได้	จิตและธรรมทั้งหลายเป็นสภาวะเกิดดับตามเหตุปัจจัย อยู่ภายใต้ไตรลักษณ์
เป้าหมายวิทยา	เป้าหมายสูงสุดคืออะไร	ลดอาการ เพิ่มสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และความยืดหยุ่นทางจิตใจ	ดับทุกข์ด้วยการละตัณหา อุปาทาน และอวิชชา
ญาณวิทยา	รู้ด้วยวิธีใด	การวัดผลเชิงประจักษ์ แบบสอบถาม การทดลอง และสถิติ	การภาวนา การพิจารณาเหตุปัจจัย และการเห็นตามความเป็นจริง
จริยศาสตร์	จริยธรรมเป็นเงื่อนไขหรือผล	มักเป็นกลางทางศาสนา เน้นการไม่ตัดสินและความเมตตา	ศีลและสัมมาทิฏฐิเป็นฐานของสัมมาสติ
วิมุตติวิทยา	ความพ้นทุกข์หมายถึงอะไร	การลดความทุกข์ทางจิตใจ และเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิต	การคลายความยึดมั่นและการหลุดพ้นจากเหตุแห่งทุกข์

จากตารางที่ 3 เห็นได้ว่าการเปรียบเทียบ Mindfulness กับสติในพุทธศาสนามีทั้งจุดร่วมและจุดต่าง จุดร่วมคือ ทั้งสองระบบให้ความสำคัญกับการรู้ทันประสบการณ์ปัจจุบัน การลดปฏิกิริยาอัตโนมัติ และการเปลี่ยนความสัมพันธ์กับความคิดและอารมณ์ จุดต่างคือ ความหมายของการรู้ เป้าหมายสูงสุด และฐานทางจริยธรรม สติในบริบทตะวันตกมีความโดดเด่นด้านโครงสร้างโปรแกรม การวัดผล และการนำไปใช้ในระบบสุขภาพ ส่วนสติในพุทธศาสนามีความโดดเด่นด้านกรอบคุณค่าจริยธรรม และเป้าหมายเชิงปัญญา ข้อถกเถียงสำคัญคือ Incommensurability Thesis หรือข้อเสนอว่า สติในบริบทตะวันตกและสติในพุทธศาสนาอาจไม่สามารถวัดหรือประเมินด้วยเกณฑ์เดียวกันได้ทั้งหมด Mindfulness มีความหมายหลากหลายตามบริบททางประวัติศาสตร์ วิชาการ และการปฏิบัติ เมื่อสติถูกนำออกจากบริบทพุทธไปสู่ระบบวิทยาศาสตร์และคลินิก ความหมายบางส่วนย่อมถูกปรับให้เหมาะกับเป้าหมายใหม่ ดังนั้น การเปรียบเทียบที่ดีไม่ควรถามเพียงว่า Mindfulness ตะวันตก “ตรง” หรือ “ไม่ตรง” กับพุทธศาสนา แต่ควรถามว่าแต่ละระบบกำลังตอบปัญหาอะไร ใช้เกณฑ์ใดในการประเมินผล และมีข้อจำกัดอะไรเมื่อถูกนำไปใช้ข้ามบริบท

การอภิปรายเชิงเปรียบเทียบ ความเหมือน ความแตกต่าง และประเด็นวิพากษ์

หากเราพิจารณาในเชิงของประสบการณ์การฝึก ทั้งสติในบริบทของตะวันตก และสติในเชิงพุทธมีจุดร่วมที่สำคัญคือการฝึกให้จิตรับรู้ปัจจุบัน ลดการฟุ้งซ่าน และเพิ่มความสามารถในการรับรู้ความคิด และอารมณ์ อย่างไรก็ดีถ้าพิจารณาในเชิงโครงสร้าง จะพบว่า ความต่างที่สำคัญอยู่ที่ประเด็นของเป้าหมายสุดท้าย การอธิบายกลไก และฐานจริยศาสตร์ อันได้แก่

ประเด็นแรก คือ “เป้าหมาย” สติในบริบทของตะวันตกมักถูกใช้ในบริบทของสุขภาวะ และการลดอาการ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และการจัดการความทุกข์จากโรคเรื้อรัง (Kabat-Zinn, 1982, pp. 33-47; Kabat-Zinn et al., 1992, pp. 936-943; Kaplan et al., 1993, pp. 284-289) ในขณะที่สติในเชิงพุทธจะมุ่งเน้นไปที่การดับทุกข์โดยการลดความยึดมั่นถือมั่น และการเกิดปัญญา (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), 2542.)

ประเด็นที่สอง คือ “กลไก” ในบริบทของตะวันตกมักจะอธิบายในเชิงจิตวิทยา เช่น Attentional Control, Self-Regulation, Meta-Cognitive Awareness, Rumination (Teasdale, Segal, & Williams, 1995, pp. 25–39; Teasdale et al., 2000, pp. 615-623; Jain et al., 2007, pp. 11-21) ส่วนในเชิงพุทธมักจะอธิบายในแง่มุมของเหตุปัจจัย และโครงสร้างของความทุกข์ เช่น ตัณหา อุปาทาน และการเห็นไตรลักษณ์ เพื่อคลายความยึดมั่นถือมั่น

ประเด็นที่สาม คือ “ฐานจริยศาสตร์” ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนความแตกต่างเชิงโครงสร้างระหว่างสติในบริบทตะวันตกกับสติในเชิงพุทธ กล่าวคือ Mindfulness ในบริบทตะวันตกมักถูกทำให้เป็นกลางทางศีลธรรมหรือเป็นกลางทางคุณค่า (Value-Neutral) เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ในบริบทที่หลากหลาย ทั้งทางการแพทย์ จิตบำบัด การศึกษา และองค์กร โดยไม่ผูกติดกับศาสนาใดศาสนาหนึ่ง ลักษณะดังกล่าวนับเป็นจุดแข็งสำคัญ เพราะทำให้สติสามารถเข้าถึงประชากรต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา และต่างระบบความเชื่อได้อย่างกว้างขวาง อีกทั้งยังเอื้อต่อการพัฒนาเป็นโปรแกรมที่สามารถศึกษาเชิงประจักษ์ วัดผล และประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม ความเป็นกลางทางศีลธรรมดังกล่าวก็เป็นจุดที่นำไปสู่ข้อวิพากษ์สำคัญ กล่าวคือ เมื่อสติถูกแยกออกจากฐานจริยธรรมและเป้าหมายเชิงคุณค่าของพุทธศาสนา สติอาจถูกลดทอนเหลือเพียง “เทคนิคการจดจ่อ” หรือ “เครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพของปัจเจกบุคคล” โดยไม่ได้ตรวจสอบว่า การจดจ่อนั้นรับใช้เป้าหมายที่ถูกต้องหรือไม่ ในแง่นี้ บุคคลอาจมีสติ มีความนิ่ง หรือมีสมาธิสูง แต่ใช้ความสามารถดังกล่าวเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมที่เบียดเบียนผู้อื่น เช่น การแข่งขันที่ไร้เมตตา การตัดสินใจทางธุรกิจที่มุ่งผลประโยชน์โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสังคม หรือการปรับตัวให้ทนอยู่กับโครงสร้างที่กดทับโดยไม่ตั้งคำถามต่อความไม่เป็นธรรม ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อวิพากษ์ของ Purser and Milillo (2015, pp. 3-24) ที่เสนอว่า เมื่อสติถูกตัดขาดจากบริบทเชิงพุทธและเป้าหมายเชิงหลุดพ้น สติอาจกลายเป็นเพียงเทคนิคช่วยเหลือตนเองที่ถูกนำไปใช้เพื่อธำรงวัฒนธรรมองค์กรหรือโครงสร้างอำนาจบางประการ มากกว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

ตนเองและสังคมในเชิงจริยธรรม ในทำนองเดียวกัน Purser and Milillo (2015, pp. 3–24) ได้วิพากษ์กระแส “McMindfulness” ว่าการทำให้สติเป็นสินค้าและเป็นเทคนิคสากลเพื่อการลดความเครียดหรือเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน อาจทำให้สติสูญเสียมิติของความเมตตา ความรับผิดชอบต่อสังคม และการตั้งคำถามต่อเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่ก่อให้เกิดทุกข์ การแยกสติออกจากบริบททางจริยธรรม และศาสนาอาจเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้เผยแพร่ได้ง่ายในตลาดสมัยใหม่ แต่ขณะเดียวกันก็เสี่ยงต่อการทำให้สติถูกทำให้แคบลงเหลือเพียงเครื่องมือสำหรับการผ่อนคลาย ลดความเครียด หรือเพิ่มผลิตภาพของบุคคลเท่านั้น เมื่อพิจารณาจากกรอบพุทธศาสนา สติไม่ได้ดำรงอยู่อย่างโดดเดี่ยว แต่สัมพันธ์กับองค์ธรรมอื่นในมรรคมีองค์ 8 โดยเฉพาะสัมมาทิฏฐิ สัมมาสังกัปปะ สัมมาวาจา สัมมากัมมันตะ และสัมมาอาชีวะ กล่าวคือ สติที่ “ถูกต้อง” มิใช่เพียงการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ต้องเป็นการรับรู้ที่ตั้งอยู่บนความเข้าใจเรื่องเหตุแห่งทุกข์ การไม่เบียดเบียน และการคลายความยึดมั่นถือมั่น ดังนั้น สติในเชิงพุทธจึงมีทิศทางทางจริยธรรมกำกับอยู่เสมอ ไม่ใช่เพียงความสามารถทางความสนใจหรือการกำกับตนเองในเชิงจิตวิทยาเท่านั้น Wallace and Bodhi (2006) จึงเสนอให้ระมัดระวังการตีความสติแบบร่วมสมัยที่ลดทอนสติให้เหลือเพียง “Bare Attention” หรือการรับรู้อย่างเปลือยเปล่า เพราะอาจทำให้ความหมายของสติในฐานะองค์ธรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญญา ศีล และการหลุดพ้นถูกลดความสำคัญลง ดังนั้น ประเด็นเชิงวิพากษ์มิได้อยู่ที่การปฏิเสธ Mindfulness ในบริบทตะวันตก แต่คือการตั้งคำถามว่า เมื่อสติถูกนำออกจากระบบจริยธรรมเดิมแล้ว จะมีหลักประกันใดที่จะทำให้การฝึกสติไม่กลายเป็นเพียงเครื่องมือรับใช้ความสำเร็จส่วนบุคคลหรือประสิทธิภาพขององค์กรโดยขาดความรับผิดชอบต่อผู้อื่น ข้อเสนอที่สมดุลจึงควรอยู่ที่การยอมรับคุณูปการของ Mindfulness แบบตะวันตกในด้านความเป็นสากล ความยืดหยุ่น และหลักฐานเชิงประจักษ์ ขณะเดียวกันควรรักษามิติทางจริยธรรมของสติไว้ผ่านการเน้นเจตนา ความเมตตา ความไม่เบียดเบียน และความรับผิดชอบต่อบริบททางสังคม การผสานสองมิตินี้จะช่วยให้สติไม่ถูกลดทอนเหลือเพียงเทคนิคทางจิตวิทยา แต่ยังคงทำหน้าที่เป็นกระบวนการพัฒนามนุษย์ที่เชื่อมโยงทั้งสุขภาวะภายใน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และคุณค่าของชีวิตในระยะยาว

ข้อเสนอในการประยุกต์ใช้ในบริบทของไทย จากคลินิกสู่การส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกัน

การประยุกต์ใช้ Mindfulness ในประเทศไทยมีศักยภาพสูง เนื่องจากสังคมไทยคุ้นเคยกับคำว่า “สติ” ในชีวิตประจำวันและในบริบททางพุทธศาสนาอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ความคุ้นเคยดังกล่าวอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่หลากหลาย และอาจไม่สอดคล้องกับนิยามของ Mindfulness ในงานวิจัยสากล ดังนั้น การนำ Mindfulness ไปใช้ในบริบทไทยจึงควรดำเนินการในลักษณะ “บูรณาการอย่างมีกรอบ” กล่าวคือ ใช้โครงสร้างของโปรแกรมเชิงประจักษ์จากตะวันตก เช่น MBSR และ MBCT เป็นฐานด้านวิธีวิทยา ขณะเดียวกันยังคงมิติทางจริยธรรมในเชิงพุทธ เช่น เมตตา กรุณา การไม่เบียดเบียน และความรับผิดชอบต่อผู้อื่นไว้เป็นฐานด้านคุณค่า ทั้งนี้ MBSR มีจุดเริ่มต้นจาก

การประยุกต์ใช้สติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพ ส่วน MBCT ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า โดยผสานการฝึกสติกับหลักการทางความคิดและพฤติกรรมบำบัด ซึ่งในเชิงปฏิบัติ บทความนี้เสนอให้มีการพัฒนา “โปรแกรมสติระยะสั้นเพื่อสุขภาวะเชิงป้องกัน” ระยะเวลา 4–8 สัปดาห์ สำหรับใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพจิตชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายเบื้องต้นควรเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ บุคลากรทางการศึกษา หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดสะสม วิตกกังวล หรือมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่ยังไม่อยู่ในระดับที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางอย่างเข้มข้น แนวทางนี้สอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการใช้บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางภายใต้ระบบฝึกอบรมและกำกับดูแลที่เหมาะสม โดยรูปแบบของโปรแกรมควรออกแบบให้เป็นกลุ่มขนาดเล็ก ประมาณ 8–12 คนต่อกลุ่ม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที รวม 4–8 สัปดาห์ โดยมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การฝึกรู้ลมหายใจ 2) การสังเกตความคิดและอารมณ์โดยไม่ตัดสิน 3) การฝึกรู้กายและความเครียดในร่างกาย 4) การฝึกเมตตาต่อตนเอง และผู้อื่น 5) การประยุกต์ใช้สติในสถานการณ์ชีวิตจริง เช่น การดูแลสุขภาพ การสื่อสารในครอบครัว การรับมือกับความเจ็บป่วย และการจัดการความเครียดในงานหรือการเรียน การใช้รูปแบบกลุ่มเช่นนี้จะช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ส่วนในด้านการสื่อสาร ควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอโปรแกรมในลักษณะที่ผูกโยงกับ “สายวัด” หรือแนวปฏิบัติทางศาสนาเฉพาะกลุ่ม เพราะอาจทำให้เกิดความรู้สึกแบ่งแยกหรือความลังเลของผู้เข้าร่วมบางส่วน โดยควรใช้ภาษาทางจิตวิทยาและสุขภาพเป็นหลัก เช่น “การฝึกรู้ทันความคิดและอารมณ์” “การกำกับความสนใจ” “การลดการคิดวนซ้ำ” “การรับมือกับความเครียด” และ “การดูแลใจอย่างเมตตา” ขณะเดียวกันสามารถอธิบายความเชื่อมโยงกับกรอบพุทธในระดับที่เหมาะสม เช่น สติในฐานะองค์ธรรมที่สัมพันธ์กับความเพียร ความตั้งมั่น และการไม่เบียดเบียน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเห็นว่า การฝึกสติไม่ใช่การบังคับให้หยุดคิด แต่เป็นการฝึกเห็นความคิด อารมณ์ และเหตุปัจจัยของความทุกข์อย่างชัดเจนขึ้น อีกทั้งในด้านจริยธรรม โปรแกรมควรคงหลัก เมตตาและกรุณา ไว้เป็นแกนกลางของการฝึก เพื่อป้องกันไม่ให้สติถูกลดทอนเป็นเพียงเทคนิคการจดจ่อหรือการเพิ่มประสิทธิภาพส่วนบุคคลเท่านั้น กล่าวคือ ผู้ฝึกควรได้รับการชี้นำให้ใช้สติควบคู่กับเจตนาที่ไม่เบียดเบียน ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งหลักการนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman (2006, pp. 373–386) ที่เสนอว่า Mindfulness ไม่ได้ประกอบด้วยเพียงความสนใจเท่านั้น แต่ยังมีองค์ประกอบของเจตนา ความใส่ใจ และท่าทีต่อประสบการณ์ หรือ Intention, Attention และ Attitude ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงเชิงจิตใจ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อเสนอของ Greenberg and Mitra (2015) ที่เน้นว่าการพัฒนา Mindfulness ในระบบร่วมสมัยควรขยับไปสู่ Right Mindfulness หรือสติที่มีฐานทางจริยธรรมร่วมด้วย ในส่วนของการประเมินผล ควรกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนทั้งก่อน

และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงการติดตามผลในระยะ 1–3 เดือน ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่เหมาะสม ได้แก่ ระดับสุขภาวะทางจิต ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ความเมตตาต่อตนเอง ระดับ Mindfulness และการคิดวนซ้ำ โดยอาจใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น WHO-5 Well-Being Index, Perceived Stress Scale, PHQ-9, GAD-7, Five Facet Mindfulness Questionnaire หรือแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ควรมีการประเมินเชิงคุณภาพ เช่น บันทึกสะท้อนตนเอง การสัมภาษณ์สั้น หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจว่าผู้เข้าร่วมสามารถนำสติไปใช้ในชีวิตจริงได้อย่างไร และในเชิงนโยบาย สามารถเริ่มต้นจากโครงการนำร่องใน 3 บริบท ได้แก่ 1) คลินิกโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เพื่อช่วยผู้ป่วยรับมือกับความเครียดจากการเจ็บป่วย 2) โรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย เพื่อส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันในนักเรียน นักศึกษา และครู และ 3) ชุมชนหรือศูนย์ผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและลดความโดดเดี่ยวทางสังคม โดยบุคลากรที่ดำเนินโปรแกรมควรได้รับการฝึกอบรมพื้นฐานด้าน Mindfulness จิตวิทยาสุขภาพ และจริยธรรมการดูแล เพื่อให้สามารถนำกิจกรรมไปใช้ได้อย่างปลอดภัย ไม่ตีความเกินขอบเขต และสามารถส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงไปยังผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การประยุกต์ใช้ Mindfulness ในประเทศไทยไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการรักษาในคลินิกหรือการฝึกสมาธิในความหมายทางศาสนาเท่านั้น แต่ควรพัฒนาเป็นระบบส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันที่มีโครงสร้างชัดเจน วัดผลได้ และเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย แนวทางที่เหมาะสมคือการใช้ MBSR และ MBCT เป็นฐานด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ ผสานกับฐานคุณค่าทางพุทธ ได้แก่ เมตตา กรุณา การไม่เบียดเบียน และการเห็นเหตุปัจจัยของความทุกข์ การบูรณาการดังกล่าวจะช่วยให้ Mindfulness ในบริบทไทยมีทั้งความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ ความเหมาะสมทางวัฒนธรรม และศักยภาพในการนำไปใช้จริงในระดับนโยบายและบริการสุขภาพชุมชน

ตารางที่ 4 ตัวอย่าง โปรแกรมสติระยะสั้นเพื่อสุขภาวะเชิงป้องกัน

ประเด็น	ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ
รูปแบบโปรแกรม	โปรแกรมสติระยะสั้น 4–8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที
พื้นที่นำร่อง	รพ.สต. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงเรียน มหาวิทยาลัย ศูนย์ผู้สูงอายุ ชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ครู นักเรียน นักศึกษา และประชาชนกลุ่มเสี่ยง
ภาษาที่ใช้	ใช้คำทางจิตวิทยา เช่น การรู้ทันความคิด การลดความเครียด การกำกับอารมณ์ เพื่อลดความขัดแย้งเรื่องสายปฏิบัติ
ฐานคุณค่า	คงหลักเมตตา กรุณา การไม่เบียดเบียน และความรับผิดชอบต่อผู้อื่น
ผู้ดำเนินโปรแกรม	บุคลากรสุขภาพ ครูแนะแนว นักจิตวิทยา พยาบาลสุขภาพจิต หรือเจ้าหน้าที่ชุมชนที่ผ่านการอบรม

การประเมินผล	วัดก่อน–หลัง–ติดตามผล ด้วยแบบประเมินสุขภาวะ ความเครียด ความวิตกกังวล Mindfulness และ Rumination
เป้าหมายเชิงนโยบาย	เปลี่ยน Mindfulness จากการใช้เฉพาะในคลินิก ไปสู่เครื่องมือส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกันในชุมชนไทย

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม และทิศทางการวิจัยในอนาคต

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงสังเคราะห์แบบพรรณนา หรือ Narrative Review โดยมุ่งเน้นการสังเคราะห์เอกสารคลาสสิก และงานวิจัยสายหลักที่เกี่ยวข้องกับ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) และ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) รวมถึงเอกสารอธิบายแนวคิดสติในบริบทเชิงพุทธ ดังนั้น ข้อสรุปของบทความจึงสร้างขึ้นบนฐานของวรรณกรรมที่ผู้เขียนคัดเลือกมาเพื่ออธิบายพัฒนาการ กลไก และประเด็นเปรียบเทียบเชิงแนวคิดเป็นสำคัญ มิใช่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีเกณฑ์การสืบค้น คัดกรอง และประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเคร่งครัดในเชิงปริมาณ ซึ่งข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งคือ บทความนี้ยังไม่สามารถสรุป “ขนาดของประสิทธิผล” ของโปรแกรมสติได้อย่างชัดเจน เนื่องจากไม่ได้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงสถิติแบบอภิมาน หรือ Meta-Analysis ดังนั้น ผลการสังเคราะห์จึงควรตีความในฐานะข้อเสนอเชิงแนวคิดและเชิงทฤษฎี มากกว่าข้อสรุปเชิงประจักษ์ที่ยืนยันระดับประสิทธิผลของโปรแกรมสติในประชากรหรือบริบทใดบริบทหนึ่งโดยตรง นอกจากนี้ การเปรียบเทียบสติในเชิงพุทธยังอาศัยเอกสารอรรถาธิบายและแนวคิดเป็นหลัก จึงยังจำเป็นต้องมีงานวิจัยเชิงประจักษ์เพิ่มเติมที่ศึกษากลไกของการฝึกสติในเชิงพุทธอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเจตนา จริยธรรม เมตตา การไม่เบียดเบียน และการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาวะในระยะยาว และสำหรับทิศทางการวิจัยในอนาคต ควรมีการพัฒนา การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์อภิมาน หรือ Systematic Review and Meta-Analysis เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสติฝั่งตะวันตกที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย เช่น MBSR และ MBCT หรือโปรแกรมสติที่ปรับใช้ในโรงพยาบาล โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงานด้านสุขภาพจิต เพื่อประเมินค่าขนาดอิทธิพล หรือ Effect Size ที่แท้จริงของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาวะทางจิต ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และการคิดวนซ้ำ ทั้งนี้ควรพิจารณาตัวแปรกำกับร่วมด้วย เช่น อายุ กลุ่มประชากร ระยะเวลาการฝึก รูปแบบกิจกรรม คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม และระดับการบูรณาการมิติทางจริยธรรมในโปรแกรม นอกจากนี้ งานวิจัยในอนาคตควรพัฒนากรอบตัวชี้วัดที่สะท้อนทั้งผลลัพธ์เชิงสุขภาวะ กระบวนการทางจิตใจ และมิติทางจริยศาสตร์ควบคู่กัน กล่าวคือ ไม่ควรวัดเพียงการลดความเครียดหรือการเพิ่มระดับสติในเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ควรศึกษาด้วยว่า การฝึกสตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ความรับผิดชอบทางสังคม การไม่เบียดเบียน และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความหมายหรือไม่ การวิจัยลักษณะนี้จะช่วยให้การประยุกต์ใช้ Mindfulness

ในสังคมไทยมีความสมดุลระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ในแบบวิทยาศาสตร์ตะวันตกกับคุณค่าทางจริยธรรมในบริบทพุทธศาสนา

กล่าวโดยสรุป แม้บทความนี้จะมีข้อจำกัดในฐานะการทบทวนเชิงสังเคราะห์แบบ Narrative Review แต่ก็สามารถทำหน้าที่เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการทำความเข้าใจ Mindfulness ทั้งในบริบทตะวันตกและเชิงพุทธได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เพื่อยกระดับองค์ความรู้ในระยะต่อไป จำเป็นต้องมีงานวิจัยเชิงประจักษ์และการวิเคราะห์อภิมานที่สามารถยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมสติในบริบทไทย พร้อมทั้งศึกษาว่าองค์ประกอบทางจริยธรรมและวัฒนธรรมมีบทบาทต่อผลลัพธ์ของการฝึกสติอย่างไร

บทสรุป

การฝึกสติในบริบทของตะวันตกได้พัฒนาอย่างเป็นระบบผ่านโปรแกรม MBSR และ MBCT ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล และความทุกข์ที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง รวมถึงช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยกลไกสำคัญ ได้แก่ การกำกับความสนใจ การยอมรับ และการถอนตัวออกจากความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่การลด Rumination (Kabat-Zinn, 1982, pp. 33-47; Teasdale, Segal, & Williams, 1995, pp. 25–39; Teasdale et al., 2000, pp. 615-623; Jain et al., 2007, pp. 11-21). อย่างไรก็ตาม สติในเชิงพุทธมีฐานความคิดโดยองค์ธรรม มรรค์มีองค์ 8 ที่สัมพันธ์กับ ศีล สมาธิ ปัญญา และมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อการดับทุกข์ผ่านการคลายความยึดมั่นถือมั่น และการเกิดปัญญา (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), 2542)

ดังนั้นการประยุกต์ใช้ Mindfulness ในประเทศไทยควรใช้การบูรณาการที่คำนึงถึงความน่าเชื่อถือในเชิงวิทยาศาสตร์ของรูปแบบโครงสร้างในบริบทของตะวันตก และความสอดคล้องกับกรอบความคิดในเชิงพุทธในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้การฝึกสตินั้นเกิดประโยชน์ทั้งในด้านสุขภาวะเชิงป้องกัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม

เทียน จิตฺตสุโภ. (2531). **แด่เธอผู้รู้สึกตัว.** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: กลุ่มเทียนสว่างธรรม.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2542). **พุทธธรรม.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พุทธธรรม.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2553). **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์.** (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิการศึกษาเพื่อสันติภาพ.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. **Behaviour Research and Therapy.** 47(5), pp. 366–373. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. **Psychological Inquiry.** 18(4), pp. 211–237. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1080/10478400701598298.

Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. **Journal of Behavioral Medicine.** 31(1), pp. 23–33. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7.

Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S., & Fabbro, F. (2016). Mindfulness-oriented meditation for primary school children: Effects on attention and psychological well-being. **Frontiers in Psychology.** 7, Article 805, pp. 1-12. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00805.

Farias, M., & Wikholm, C. (2015). **The Buddha pill: Can meditation change you?** London: Watkins Media Ltd.

Greenberg, M. T., & Mitra, J. L. (2015). From mindfulness to right mindfulness: The intersection of awareness and ethics. **Mindfulness.** 6(1), 74–78. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1007/s12671-014-0384-1.

Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. **Annals of Behavioral Medicine.** 33(1), pp. 11–21. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. **General Hospital Psychiatry.** 4(1), pp. 33–47. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3.

Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., … Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. **The American Journal of Psychiatry.** 149(7), pp. 936–943. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936.

Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation- based stress reduction program on fibromyalgia. **General Hospital Psychiatry.** 15(5), pp. 284–289. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1016/0163-8343(93)90020-O.

Purser, R. E. (2019). **McMindfulness: How mindfulness became the new capitalist spirituality.** London: Repeater Books.

Purser, R. E., & Milillo, J. (2015). Mindfulness revisited: A Buddhist-based conceptualization. **Journal of Management Inquiry.** 24(1), pp. 3–24. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1177/1056492614532315.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. **Journal of Clinical Psychology.** 62(3), pp. 373–386. Retrieved February 14, 2026, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16385481/.

Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. **Journal of Clinical Psychology.** 64(7), pp. 840–862. Retrieved February 14, 2026, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18484600/.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Hwang, Y.-S., Myers, R. E., Townshend, K., & Medvedev, O. N. (2023). Using mindfulness to improve quality of life in caregivers of individuals with intellectual disabilities and autism spectrum disorder: Agency outcomes for caregivers and clients. **Advances in Neurodevelopmental Disorders.** 7(4),

pp. 604–615. Retrieved February 14, 2026, from https://doi.org/10.1007/s41252-023-00353-2.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control mindfulness training help?**. Behaviour Research and Therapy.** 33(1), pp. 25–39. Retrieved February 14, 2026, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7872934/.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness- based cognitive therapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 68(4), pp. 615–623. Retrieved February 14, 2026, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10965637/.

Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. **Perspectives on Psychological Science**. 13(1), pp. 36–61. Retrieved February 14, 2026, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29016274/.

Wallace, B. A., & Bodhi, B. (2006). **The nature of mindfulness and its role in Buddhist meditation: A correspondence between B. Alan Wallace and the Venerable Bhikkhu Bodhi**. Santa Barbara, CA: Santa Barbara Institute for Consciousness Studies.

Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and Western psychology. **American Psychologist.** 61(7), pp. 690–701. Retrieved February 14, 2026, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17032069/

World Health Organization. (2023). **Integrating mental health in primary health care: Part 1. The context for integration of mental health services in primary health care.** Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization.