

醫療的正念：機會與挑戰*

Mindfulness in Medicine: opportunities and challenges

溫宗堃

法鼓文理學院助理教授

摘要

國民醫療保健支出持續擴大和醫護人員面臨壓力過大、疲潰的情況，乃現代醫療保健系統所面臨的重大挑戰。本文探討佛教的正念禪修有助於解決此二挑戰的可能希望與挑戰。文章介紹正念的定義、禪修的類型、正念減壓課程，並探討正念促進公共健康、治療和預防疾病，以及作為健康照護人員自我照顧工具的效用，最後探討將正念運用於醫療保健體系所面對的挑戰。

關鍵詞：正念、禪修、心身醫學、醫療保健支出、自我照顧

* 本文初稿發表於「宗教·人文與醫療」學術研討會，會議時間：2014年12月20日。地點：慈濟大學人文社會學院。

【目次】

前言
正念的定義與禪修的類型
正念減壓
正念與公共健康
醫護人員的正念——自我照顧
正念醫學不會是一時的潮流
正念醫學的未來挑戰
結論

前言

國民醫療保健支出 (National Health Expenditure, NHE) 急遽上升，是許多國家共同的問題。依據衛生福利部 (2014) 公布的「民國 101 年國民醫療保健支出」，我國國民醫療保健支出，逐年增加，近年來 NHE 占國內生產總值 (GDP) 比維持在 6%~7% 之間。2012 年的支出為 9,302 億，其中個人醫療支出佔 6,919 億元，為國民醫療保健支出用途別配置之最大宗，公共衛生支出僅 35 億元，佔總額的 3.76%。由於國際醫療與生醫科技之發展、人口結構亦加速高齡化，若依據 OECD 國家之發展經驗，我國國民醫療保健需求將受國際發展趨勢、人口高齡化等影響只會持續成長。NHE 經費，來自於健保預算、政府公務預算與家庭自行負擔的醫療保健費用等三大部分，其中健保預算佔一半以上，2012 年其中健保預算，共挹注了 4991 億元。對於經濟不景氣以及政府赤字不斷擴大的，全民健保的財務平衡是一個極大的考驗。因此，如何控制國民醫療保健支出，健全全民健保制度，減少貧富的醫療安全差距，提升醫療保健質量，是醫療保健體系的一大挑戰。與此同時，位於醫療保護系統第一線的健康照護人員，在面對壓力大、工作時數長、注重業績的醫療照護環境時，可能有壓力過大、疲潰、憂鬱、悲憫疲憊等問題。而當醫護人員身心狀況得不到良好的照顧時，壓力、疲勞、情緒問題亦會間接地影響醫療的品質甚至病人安全的問題。如何改善醫療照護的工作環境，並提升醫設人員自我照顧的能力，亦是醫療體系刻不容緩的挑戰 (Marine, Ruotsalainen, Serra, & Verbeek, 2006; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné, & Serra, 2014)。

近來醫學、心理學、腦神經科學，對源自佛教的正念禪修 (mindfulness meditation) 之身心健康效益，累積了初步豐富的研究成果，西方醫學界人士提出了所謂「醫學的正念」(mindfulness in medicine) 和「正念醫學實踐」(mindful medical practice) 的理念，主張將正念禪修運用於醫療保健體系，強調正念在治療、預防慢性疾病的效用，並作為醫護人員自我照顧，促進醫病關係、提升醫療照護品質的有效方法 (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008; Hutchinson & Dobkin, 2009)。本文將從實證研究與佛教學的角度，探討正念禪修運用於醫學的希望與挑戰。

正念的定義與禪修的類型

英文的 *mindfulness*，中譯為正念、靜觀、內觀、專注。事實上 *mindfulness* 為古印度語言（梵語 *smṛti*、巴利語 *sati*）的英語譯詞。此語詞在我國古代佛典被譯為「念」，或為語順譯作「正念」。在現代醫學、心理學文獻中，最常見的「正念」的操作型定義是正念減壓創始人喬·卡巴金博士（Dr. Jon Kabat-Zinn）所說的「刻意的、不帶評判的、針對當下的注意力」（Kabat-Zinn, 1994）或者「刻意地、當下地、不評判地注意時時展開的經驗所產生的覺察力」（Kabat-Zinn, 2003）。在此定義下的正念是「平靜、不評價、時時刻刻持續的，針對身體感覺、感知、情意狀態、想法和想像的一種覺察」（Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004）。更扼要的表述方式是「對當下事件和經驗的一種接受性的注意和覺察」（Brown, Ryan & Creswell, 2007）。

近來學者已指出醫學、心理學界的「正念」定義與佛教傳統的理解並不完全相同。例如，菩提比丘（Bodhi, 2011）依據巴利佛典，將正念（巴利語作 *sati*）理解為：「清澈覺知」（*lucid awareness*），能夠讓覺知的對象在心中清晰而分明地顯現。他認為正念並非是本質上不具有辨別、評價和判斷的一種覺知。在一些情況下，正念確實需要修行者放下個人的辨別、評價和判斷，改採單純觀察的立場；但要發揮身為八正道之一員的作用，正念一定要和正見、正精進共同合作。醫學、心理學界和佛教學界對正念的理解不同，似乎是必然的事。這是因為最初卡巴金採用的正念定義本是一種操作型定義，並不是想要依據阿毘達摩或其他古典教學而得出的決定性定義（Kabat-Zinn, 2011）。事實上，想要得出一個完全符合佛教傳統的正念定義，在實務上顯然也有困難，因為在不同佛教傳統原本就有著不同的理解。另外，從佛教心理學來看，不論佛教傳統或正念減壓課程的正念禪修，它們培養、強化的心理狀態，並不僅止於正念而已，而是包括了友善、悲憫、智慧等其他心理狀態。就此而言，若欲釐清正念禪修帶來的轉變機制，除了了解正念這一變項之外，有必要探討正念禪修培養出的其他心理狀態（Desbordes et al., 2014）。

從歷史上來說，當代正念禪修的終極根源在於早期印度佛教的四念處或四念住（*satipaṭṭhāna / smṛtyupasthāna*）。在佛教傳統的禪修分類中，四念處禪修可分為「止禪」（*calm meditation*）和「觀禪」（*insight meditation*）兩大類。止禪的修習以培養高度的專注與寧靜的心理狀態為目的，其方法為讓心專注於單一的固定不變的對象，如某個視覺影象、聲音、語言概念、心理狀

態。觀禪則以開發洞悉身心現象之本質的智慧為目的，其方法為時時刻刻如實地覺知當下開展變化的身心經驗。在實務操作過程中，止禪與觀禪含攝對方某程度的技巧，但終極的目標不同。當代正念研究，將禪修類型分為被稱為注意聚焦的禪修 (Focused Attention Meditation) 和開放監控的禪修 (Open Monitor Meditation) (Lutz, Slagter, Dunne & Davidson, 2008)。這分類和止禪、觀禪的二分法類似，但仍然有些差異。卡巴金曾經學習禪宗和上座部的禪修方法，正念減壓所教導的正念禪修，基本上源自這兩個佛教傳統。以卡巴金自己的話來說，他創立的正念減壓 (MBSR) 是上座部觀禪練習 (vipassanā practice) 與禪宗態度 (attitude of Zen) 的結合 (溫宗堃譯, 2013)。因此以正念減壓和以其為基模的正念課程中，正念禪修的類型主要以開發智慧為終極目的的觀禪為主。

正念減壓

喬·卡巴金博士在 1979 年美國麻省大學醫學中心設立減壓門診，首創正念減壓課程。截至目前為止，全美與世界各地的醫院、醫學中心或診所，至少有超過 720 個正念減壓課程。正念減壓立意以一般常識性、非宗教的語言教導佛教禪修的精髓——正念，其目的乃在教導病人運用自己內在的資源，為自己的身心健康與幸福積極地做一些他人無法替代的事 (胡君梅，黃小萍譯, 2013)。就正念減壓與醫療保健的關係而言，正念減壓是設計來作為一種公共衛生預防措施，一種個人轉化與社會轉化的媒介；就它與佛法的關係而言，正念減壓是把佛法以常識性的語言、重新脈絡化，帶入主流脈絡裡的一種善巧方法 (Kabat-Zinn, 2011)。

正念減壓課程是一個連續八週的團體訓練課程 (最多 30 人)。學員每週至醫院參與一次為時 2.5 至 3 小時的課程，練習培育正念的方法，並參與如何以正念面對、處理生活中的壓力與自身疾病的團體討論。在八週的課程中，學員被要求每週六天，每天至少利用 45 分鐘至 1 小時在家中練習於課堂中所學得的正念禪修。此外，八週的課程尚包含一天 (通常在第六、七週之間) 約 7 至 8 小時的禁語密集正念訓練。

卡巴金在他的著作 (胡君梅，黃小萍譯, 2013) 描述正念減壓課程教導病患應以正確的態度來練習正念：1. 不評判 (Non-judging) 自己的情緒、想法、病痛等身心現象，只是純粹地覺察它們，同時對自己的評判不加評判；2. 對自己當下的各種身心狀況保持耐心 (Patience)，有耐性地與它們和平共

處；3.常保「初學者之心」(Beginner's Mind)，願意以赤子之心面對每一個身、心事件；4.信任(Trust)自己、相信自己的智慧與能力；5.不努力(Non-striving)追求想要的(治療)目的，只是無為地(non-doing)做自己，覺察當下發生的一切身心現象；6.接納(Acceptance)自身當下的樣子，願意如實地觀照當下自己的身、心現象，才能採取適當的行動；7.放下(Letting go)種種好、惡，只是順其自然分分秒秒地覺察當下發生的身、心事件。

基於上述的學習態度，學員在八週內依照每週的進度次第地學習正式和非正式的正念練習。正念的正式練習有四種：

1. 「坐禪」(sitting meditation)：靜坐最初以覺察呼吸現象為開始，隨著課程進程，覺察的範圍，擴展到整個身體、聲音、念頭與情緒。在最初的練習中，觀察隨著呼吸而產生的腹部起伏運動，或者覺知鼻端與呼吸接觸的感受；當任何雜念、情緒出現時，禪修者只是覺察它，不加反應，然後將注意引回到腹部起伏的運動或鼻端；當疼痛出現時，鼓勵病患觀察身體的疼痛，與它共處。課程最後教導「無揀擇的覺察」，不特定注意某個對象，全然地開放並接納進入覺知領域的一切，允許它們自己來自己離開。

2. 「身體掃描」(body scan)：學員平躺或採太空人臥姿在地板，帶著溫柔友善的態度，引導注意力依序觀察身體不同部位的感受，從左腳腳趾開始，最後至頭頂。面對雜念與疼痛的策略，與坐禪時相同。在無任何感覺時，只是知道無感覺，並接納它。觀察疼痛時，偶而帶有觀想的技巧，觀想疼痛隨著呼吸離開身體。

3. 「正念瑜伽」(mindful yoga)：課程教導簡單易學的哈達瑜伽，包括臥姿與站姿的瑜伽伸展。在練習時除了觀照當下的身、心現象外，亦藉此溫和地運動身體的各個部位，並探索身體的極限，與之和平共處。

4. 「行禪」(walking meditation)：正念的來回地走路，刻意地注意行走本身的身體經驗，感覺腳板、腿部或身體移動的感覺。若心漂移，知道心的去向後溫和地帶回身體。在日常生活中，正念行走也可以成為一種非正式練習。

非正式的正念練習，乃在日常生活中培育正念，將正念融入每日的生活，例如練習覺察生活中的愉悅經驗、不愉悅經驗、壓力源、困難溝通經驗，以及日常例行活動，例如，正念的走路、刷牙、洗碗、開車、沐浴、倒垃圾、用餐。另外，在靜默的一日練習當中，也教導了慈心禪(loving-kindness meditation)的練習(丁凡等譯，2014)。

正念減壓課程強調一切課程的利益來自己學員自身的正念練習，因此非常注重回家的正念練習。八週的主要回家作業練習如下 (Blaker et al., 2009)：

週數	進 度	備 註
1,	(1)身體掃描 (45 分鐘)，每週六次。 (2)正念用餐一次。	「身體掃描」、「坐禪」、「正念瑜伽」皆配合錄音帶的引導。
2	(1)身體掃描 (45 分鐘)，每週六次。 (2)覺知呼吸的坐式禪修 (每天 10-15 分鐘)。 (3)每日記錄一件愉悅事件。 (4)正念覺察日常例行活動。	
3	(1)一天身體掃描，一天臥姿瑜伽，交替至少六天 (45 分鐘)。 (2)覺知呼吸的坐式禪修 (每天 10~15 分鐘)。 (3)每日記錄一起不愉快的事件。	
4	(1)一天身體掃描，一天臥姿瑜伽，交替至少六天 (45 分鐘)。 (2)每天 20 分鐘練習坐式禪修，覺知呼吸及整個身體。 (3)覺察壓力反應和行為，且不嘗試改變它們。 (4)復習關於壓力的資訊。	
5	(1)一日坐禪 (新的錄音檔)，隔日身體掃描或臥姿瑜伽 (各 45 分鐘)。 (2)記錄困難溝通事件。	
6	坐式禪修錄音檔和身體掃描或臥姿瑜伽錄音檔交替。	
7	(1)每日 45 分鐘的混合練習，自行決定二種或三種練習的分配比率。 (2)不做上述正式練習時，盡可能整天保持覺察、覺醒的狀態。	盡可能不使用錄音帶
8	每日 45 分鐘的練習，自行決定練習的方式。	可配合錄音帶

正念與公共健康

從 1982 年開始至今，正念的相關科學研究亦累積數千篇論文，且逐年增加（American Mindfulness Research Association, 2014）。這些研究初步顯示正念禪修能夠有效增進人們的身心健康，若能政策性地加以推廣，使醫療保健體系從重視疾病治療的一端趨向重視疾病預防的一端，有可能降低醫療保健支出，減少醫護人員的工作負荷，同時亦能成為醫護人員建立良好的自我照顧策略，提升醫病關係，促進醫療照護的品質。

McCabe Ruff 和 Mackenzie（2009）在探討正念在健康照護改革中所佔的角色時，指出：趨使醫療保健支出上揚的最重要因素，也是健康照護系統的根本問題是偏好在疾病產生後以高科技介入措施治療疾病，卻忽視可預防疾病、促進健康的低科技策略。然而注重預防醫學、心身醫學的健康照護系統，能夠有效提升人民的健康，讓昂貴的醫療手段需求減少。禪修作為一種心身醫學，便是低科技、符合經濟效益的健康促進與疾病預防的醫學。諸多的研究顯示，禪修對生理、心理、大腦、疾病具有許多正面的影響。目前研究最多、運用最廣的禪修為正念禪修，相關的研究已大大增進吾人對身心聯結的了解，顯示正念課程能夠透過下列的方式改善健康和生活品質：減少疼痛感受；增強疼痛承受能力；減輕壓力、焦慮和憂鬱；減少用藥（減低藥物不良效應）；增效的醫療決定；堅持治療方案；更有改變生活型態的動機；更多的社會聯結和豐富的人際關係，以及增效的神經內分泌和免疫功能。

以下引用現有的研究成果略加舉證正念的利益。研究顯示壓力激發交感神經，使脈搏加快、呼吸急促、肌肉緊繃，長期壓力可能降低免疫功能、消化、排泄、生殖系統暫停正常作用，易有頭痛、感冒，甚至造成心血管疾病、高血壓、糖尿病（NIMH, n.d.；CDC, n.d.；WHO, n.d.）。許多研究證實正念禪修能夠降低交感神經的作用，降低血壓、降低壓力荷爾蒙，減少發炎、提升免疫功能（Carlson, Speca, Faris & Patel, 2007；Rosenkranz, Davidson, Maccoon, Sheridan, Kalin & Lutz, 2013；Davidson, 2003；Carlson, 2012）。近年來腦科學的研究顯示正念禪修帶來注意力調節，身體覺知、情緒調節、自我觀點的改變，同時強化或弱化相對應的大腦區域（Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago, & Ott, 2011）。部分研究顯示正念禪修不僅改變大腦的活動，甚至改變大腦結構，例如增加前額葉、海馬迴、腦島等區灰質或白質（Fox et al., 2014）。另外，正念使壓力減少，同時降低杏仁核灰質的密度（Hölzel et al., 2010）。

端粒酶的活動能預測細胞的生命，並會隨著心理壓力而減緩，近來，研究顯示正念禪修增加端粒酶的活動，因而可能有助於防止老化與延長壽命 (Schutte & Malouff, 2014)。

禪修不僅能保護身體免受心理壓力的負面影響，也能預防和治療憂鬱、焦慮等心理健康問題。憂鬱等常見的慢性心理健康問題，除了本身的問題外，亦可能引發其他生理疾病，無論在經濟與人力上皆帶來沉重的社會成本。許多研究顯示正念禪修能夠有效處理壓力、預防憂鬱症的復發、治療焦慮症、改善失眠 (Khouri et al., 2013; Strauss, Cavanagh, Oliver & Pettman, 2014; Ong, Manber, Segal, Xia, Shapiro & Wyatt, 2014)。一些研究顯示正念課程對創傷後壓力症亦是可行有效的介入措施 (Kearney, McDermott, Malte, Martinez & Simpson, 2012; King et al., 2013; Omid, Mohammadi, Zargar & Akbari, 2013)。除了處理壓力等心理問題之外，正念也能夠改善攻擊行為 (Fix & Fix, 2013)，並協助改變生活型態，減少暴食、情緒化進食行為 (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers & Corsica, 2014; O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz & Black, 2014)，並有助於戒煙、戒酒、防止古柯鹼、大麻等藥物濫用 (Chiesa & Serretti, 2014)。一些研究顯示正念禪修也能減少經驗迴避和自殺意念，進而減少自殺的行為 (Williams & Swales, 2004; Forkmann et al., 2014; Luoma & Villatte, 2012)。

目前的正念運用研究包括多種的生理疾病，顯示其對病人的心理健康有許多立即的幫助，並有助於改善部分疾病的症狀。相關的回顧研究顯示正念取向的介入課程能夠減輕慢性疼痛的強度，其效果亦能在課後維持 (Reiner & Lipsitz, 2013)。相關的腦神經研究也說明正念緩解疼痛的神經機制 (Zeidan, Grant, Brown, McHaffie, & Coghill, 2012)。正念課程能改善身體有效地改善大腸激躁症、慢性疲憊症的症狀 (Zernicke et al., 2013; Rimes & Wingrove, 2013)。正念課程有助於多發性硬化症病人的生活品質、憂鬱、焦慮等心理症狀及疲憊、疼痛等生理問題 (Simpson, Booth, Lawrence, Byrne, Mair & Mercer, 2014)；正念能對纖維肌痛症亦似有用，能改善病人生活品質，有助於處理疼痛、焦慮和憂鬱 (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz & Kesper, 2007; Lauche, Cramer, Dobos, Langhorst & Schmidt, 2013)。對於心血管疾病而言，正念課程亦可能影響生理指標，有效減少病人壓力、憂鬱和焦慮程度 (Abbott et al., 2014)。研究也顯示正念能促進類風溼性關節炎病人的心理健康，並改善部分的病症 (Fogarty, Booth, Gamble, Dalbeth & Consedine, 2014)。對於癌症病人，正念課程有效減少病人壓力、憂鬱和焦慮程度 (Ledesma & Kumano, 2009; Piet, Würtzen & Zachariae, 2012)。正念減壓亦能幫助愛滋病人處理壓力，減

少其情緒困擾，對於疾病進程也有中低程度的影響。一個研究也顯示正念禪修也能緩減急性呼吸道感染的發生、持續時間和嚴重度 (Barrett et al., 2012)。除此之外，正念課程也運用於糖尿病、器官移植的病人 (Riley & Kalichman, 2014)。最新的研究亦顯示正念認知治療能減少病患運用健康照護的次數 (包括急診、非心理性的一般醫療、非精神科的專科)，因而減少醫療保健的支出 (Kurdyak, Newman, & Segal, 2014)。

現有的實證研究告訴我們的是，每個病人都可以為自己的疾病做一些努力，以改善自己的身心健康。每個人自身中便擁有增進健康、幸福的資源。正念練習是開啟這個自我療癒資源的鑰匙，能免除疾病帶來壓力、焦慮，改善疾病症狀，同時提升了生活品質和幸福感。

醫護人員的正念——自我照顧

壓力與疲潰 (burnout) 是健康照護專業人員常見的問題，護理師、醫師、心理師出現不同程度的疲潰症狀。疲潰和壓力會影響醫事人員的身心健康，從而影響他們所提供的健康照護服務的品質。因此，許多倡議希望促進健康照護專業人士本身的健康 (Marine, Ruotsalainen, Serra & Verbeek, 2006; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné & Serra, 2014)。為健康照護的專業人員 (如醫師、護理師、臨床社工師、心理師等) 提供例行的正念訓練，能夠同時改善臨床工作者的職業生活品質，並提升病人的健康照護品質。自 1990 末期 Epstein (1999) 便提倡正念醫療執業，認為正念作為實證的醫學與以關係為中心的照護之連結，是優良醫療執業的特徵。正念執業的目標，是更能覺察自己的身心狀況、更能專注地聆聽病人的痛苦，能看到自己的偏見與錯誤並出於悲憫做出決定而行動。壓力過大的醫療人員，會帶來與身心疲潰、高離職率、臨床疏失、病人照護品質低落相關的費用增加。正念訓練有助於處理這些問題。研究顯示臨床工作者接受正念訓練，有許多立即的利益：醫護人員的正念訓練能減少醫療疏失；自我覺察力的訓練提升以病人為中心的問病能力、因而改善醫病的溝通，帶來更好的照護品質；自我覺察力也有助於避免和管理壓力，減少疲潰、憂鬱、焦慮的症狀，並增加同理心和自我悲憫，減少悲憫疲憊 (Irving, Dobkin & Park, 2009; Raab, 2014; Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005)。這些研究強調的是，如果醫護專業人士想要減少疲潰，降低臨床疏失、提升醫病的溝通、提升以病人為中心的照護品質，那麼，以培養正念為核心的自我照顧策略是極其重要的。

健康照護的專業人士可以透過許多管道接受正念的訓練。首先，正念訓練可以融入醫學系、護理系、社工系現有的課程。事實上，目前少至少有十四所醫學院或牙醫學院提供將正念訓練融入其正式課程或住院醫師的訓練計畫。卡巴金和其同事最早(自從 1985 年起)已在麻州大學醫學院，為醫學一、二年級學生教導正念。其他為醫學院學生提供正念課程的，包括杜克大學(Duke University)、麥基爾大學(McGill University)、布朗大學(Brown University)、戴爾毫斯大學(Dalhousie University)、和傑佛森醫學院(Jefferson Medical College)、艾荷華大學(University of Iowa)、喬治城大學醫學院(Georgetown University School of Medicine)、蒙那許大學(Monash University)等(Dobkin & Hutchinson, 2013)。除了在學的教育之外，繼續教育積分的機制，也鼓勵在職健康照護專業人士接受正念訓練。研究顯示，繼續教育的正念課程，能有效改善疲潰程度，提低心理安適感(Goodman & Schorling, 2012)。然而，正念課程若要有效，需要參與者規律地練習正式和非正式練習，這對工作忙碌的醫護人員是一大挑戰，但也正因為正念具有融入生活的可能性，正念才有可能轉化醫護人員的生活和他們提供的醫療照護品質。

正念醫學不會是一時的潮流

雖然截至目前為至，正念的相關實證研究已在某程度說服許多專業人士投入正念醫學的推廣，但是，許多學者指出目前的研究仍然只是初步階段，需要更多更嚴謹的正念科學研究，方能證實正念禪修的利益。從佛教學的角度來看，與正念禪修相關的佛教文獻和田野研究，不僅支持目前正念相關的初步科學研究成果，更為科學研究提供更進一步、深入研究正念禪修利益的方向。

在早期佛典中，我們看到，歷史上的佛陀常教導弟子於病痛時修習正念禪修(四念處)，而四念處的修習除了能令病者證得涅槃，也能令病者堪忍苦痛乃至治癒疾病。這些佛典告訴我們，佛陀或佛弟子在探病時，經常勸告病患應修習四念處乃至逕修內觀。其理由不外乎是，四念處修行不僅能令病者證得終極的解脫，也能使病者堪忍身苦而不受心苦，甚至能夠治癒身體的疾病。佛教典籍除了指出禪修具有促進健康、預防疾病和治療疾病的效果外，也指出了其中的作用機制，亦即清淨的心理狀態能產生清淨的生理狀態。禪修的療癒力量，不僅記載於兩千年前的佛典，研究人類學的學者，和當代佛

教的正念禪修傳統，也記錄了正念禪修者因為數十日的密集內觀禪修而治癒長年的胃病、腫瘤、風濕痛、關節炎、氣喘、氣喘性支氣管炎、白斑病、黃疸、腎結石、痔瘡、腹積水、高血壓、肝衰竭等疾病的記錄（溫宗堃，2006）。這些記錄顯示指出正念禪修具有的療癒力量，遠比現代研究所證實的效用來得更為強大，有待科學進一步的深入研究。

正念禪修兩千多年促進健康的歷史，讓我們相信醫學中的正念不會是一時的潮流。如果正念在醫學的研究與運用持續發展，我們相信正念終將被普遍視為健康促進和疾病預防不可或缺的工具，將成為符合經濟效益且可應用於多種慢性疾病的介入措施。目前已經有許多以正念減壓為基模但適應不同人群的正念課程，例如正念認知療法（MBCT）、正念復發預防（MBRP）、正念慢性疼痛控制（MBCPM）、正念癌症康復（MBCR）、「正念分娩與育兒」（MBRP）等。我們預見將來會有更多這類的課程，適應不同的疾病診斷。就許多對正念訓練反應良好的疾病而言，病人應該都接受正念訓練作為標準的照護方式，以減少醫療成本。大規模的公共健康計畫，將讓我們更了解身心關係與壓力在決定健康行為時的角色，納入正念訓練的元素以對抗肥胖、藥物濫用、抽煙以及焦慮和憂鬱等普遍的心理疾病。我們也相信正念訓練終將廣泛地納入醫療健康照護的教育系統，將正念的概念與練習整合到現有的專業與人文課程，減少醫護人員疲潰、降低臨床疏失，提升病人照護的品質。

正念醫學的未來挑戰

要將正念訓練全面或更廣泛地納入我國醫療保健系統，仍需要解決許多當前的挑戰。

雖然目前英語撰寫的正念相關研究已達三千篇，但我國本土的正念研究仍然貧乏，需要投入更多的資源累積本土的經驗證據。此外，目前正念的科學研究，仍然有研究方法上的缺陷。將來需採用更嚴謹的研究方法，例如積極控制組、大量樣本、多種評量策略的結合、質化與量化研究併行；探索正念對不同身心疾病的作用機制；對醫護人員的影響；並和其他的措施進行比較研究，同時也需探索不同的授課方式，以了解正念課程的成本效益。依佛教傳統，正念的效果取決於練習的程度，未來的研究需要釐清練習時間與成效的關係。除此之外，研究對象應不僅限於正念減壓等短期的正念訓練，應包含長期的正念禪修效果，例如為期兩個月的內觀禪修、禪、大手印、大圓滿禪修等。

正念的禪修指導資格，國內目前並無普世公認的執照與認證系統。國外有如正念減壓、正念認知治療等專業師資訓練課程。這些師資培訓制度雖然仍在發展，但廣為各國專業人士所接受 (Evans et al., 2014; Crane et al., 2013)。然而，國外師資課程費用昂貴，語言溝通亦困難，很難依此發展我國正念師資網絡。幸運的是，我國擁有多種佛教正念禪修傳統，亦不乏有經驗的正念禪修行者。如何尋找並利用這些固有的人力資源，並參考、學習國外的師資培訓經驗，建立我國本土的正念師資培訓制度，是正念醫學普及化必須面對的課題。

目前最常見的正念授課方式是面授的團體教學。這是符合成本效益的健康促進方式。然而，正念的普及受限於合格正念禪修教師之數量。缺乏有經驗的合格的正念禪修教師，是正念普及化的主要障礙。網路資訊科技和手機應用程式發展迅速，可以擴大正念教學的普及度。網路的正念課程，由有經驗的老師在虛擬教室授課，可以擴大現存正念教師網絡的授課範圍，不受空間的限制，讓更多的人有機會學習正念。

正念禪修的身心健康利益立足在常規的正念練習，有紀律的投入正式和非正式的正念練習是一切療癒、轉化身心的核心基礎。如何透過教育、媒體，利用軟、硬體設施 (例如設立正念教室、健心房)，創造有利國人投入正念練習的大環境，亦是正念醫學能夠成功改善國人健康、預防疾病、增進生活幸福感的重大關鍵。

結論

正念訓練可以是處理公共健康問題的一個重要工具。它能夠幫助人們覺察自我，對壓力更有復原力，更能為自己生活型態負責，因而能幫助其他全國性的健康促進計畫。正念訓練的強項是，它能幫助人們改變他們知道自己應該改變的生活方式。知道吸煙、喝酒、肥胖會導致疾病是一回事，但有能力在行為上做出改變是另一回事。若人們具備覺察當下的能力，便能夠介入既定的行為模式，選擇更有智慧的行為模式。日常活動中培養正念，能保持清晰的自我覺知。有正念，可以從無意識、漫不經心、自動導航的模式切換到活在當下，完全覺知當下的每一刻。如此，正念訓練便能幫助人們以促進健康的生活方式取代原有的生活方式。規律的正念禪修也能助身體變得更「抗壓」，較不易遭受慢性心理壓力的傷害。

無論誰給付醫療保健支出，整體支出的上升是國家的一大負擔。若不減緩支出的上升，任何醫療保健系統皆難以永續經營。醫療體系日趨商業化，醫事人員的工作時間與壓力有增無減，在醫療體制尚無法改變的情形下，自我照顧便更形重要。利用正念預防疾病、促進健康、治療慢性疾病、增加醫療品質的潛能，也許會是奠定更人性化又更有效的醫療保健系統的基礎，不但能夠真正減少醫療保健的支出，亦能提升醫護人員自我照顧的能力，進而提升醫療服務的品質。目前我國醫策會推動的一天的「復原力課程」，包含正念的原素，雖然課程非常短暫，但仍是我國正念運用於醫學體系的一個開始。無論如何，如果科學證據顯示心理狀態對中樞神經系統、內分泌系統、免疫系統有實質的幫助，政府單位需要找出方法，藉由心智訓練幫助大眾預防疾病並增進健康。從佛教傳統和目前實證研究的成果來看，運用正念禪修和身體本具的療癒能力，或許是創造二十一世紀永續可靠的健康照護系統的一大關鍵。

參考文獻

中日文專書、論文或網路資源等

- 丁凡、江孟蓉、李佳陵、黃淑錦、楊琇玲（訪譯）（2014）。J. Kabat-Zinn 著。正念的感官覺醒。台北：張老師文化。
- 文羽苹、黃旭明、江東亮（2012）。台灣醫療保健支出成長率的分析：醫療通膨，質量與公平性。台灣衛誌，31（1），頁 1-10。
- 胡君梅，黃小萍（譯）（2013）。J. Kabat-Zinn 著。正念療癒力：八週找回平靜、自信與智慧的自己。台北：野人出版。
- 溫宗堃（2006）〈佛教禪修與身心醫學——正念修行的療癒力量〉。《普門學報》33。頁 9-49。
- 溫宗堃（譯）（2013）。J. Kabat-Zinn 著。正念減壓的根源與作用機轉：一個佛教學的觀點。新世紀宗教研究，12（2），頁 27-48。
- 衛生福利部（2014）。民國 101 年國民醫療保健支出（NHE）。2014 年 12 月 1 日，取自

2014/12/7http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4534。

西文專書、論文或網路資源等

- Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Thompson Coon, J., Kuyken, W., ... Dickens, C. 2014. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 341–351. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.012
- American Mindfulness Research Association。AMRA Resources and Services。2014年12月7日取自<https://goamra.org/resources/>。
- Barrett, B., Hayney, M. S., Muller, D., Rakel, D., Ward, A., Obasi, C. N., ... Coe, C. L. 2012. Meditation or exercise for preventing acute respiratory infection: a randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*, 10(4), 337–346. doi: 10.1370/afm.1376
- Blaker M, Meleo-Meyer F, Kabat-Zinn J, Santorelli S. 2009. “Stress Reduction Clinic- Mindfulness-Based Stress Reduction(MBSR) Curriculum Guide.” Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Professional Education and Training: MBSR Curriculum and Supporting Materials. 2012 Revised. Edited by Saki F. Santorelli and Jon Kabat-Zinn. Center for Mindfulness, University of Massachusetts Medical School.
- Bodhi, B. 2011. What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, 12, 19–39. doi: 10.1080/14639947.2011.564813
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. 2007. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237.
- Carlson, L. E. 2012. Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *International Scholarly Research Notices*, 2012, e651583. doi: 10.5402/2012/651583
- 2012. Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A

- Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *International Scholarly Research Notices*, 2012, e651583. doi: 10.5402/2012/651583
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. 2007. One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), 1038–1049. doi: 10.1016/j.bbi.2007.04.002
- CDC – NIOSH Publications and Products – STRESS...At Work (99–101). (n.d.). Retrieved December 15, 2014, from <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html>
- Chiesa, A., & Serretti, A. 2014. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492–512. doi: 10.3109/10826084.2013.770027
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., ... Surawy, C. 2013. Development and validation of the mindfulness-based interventions – teaching assessment criteria (MBI:TAC). *Assessment*, 20(6), 681–688. doi: 10.1177/1073191113490790
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J. F. 2003. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570.
- Desbordes G, Gard T, Hoge E. A., Hölzel B. K., Kerr C., Lazar S. W., et al. 2014. Moving beyond mindfulness: defining equanimity as an outcome measure in meditation and contemplative research. *Mindfulness*. [Epub ahead of print]. 10.1007/s12671-013-0269-8
- Dobkin PL, Hutchinson TA. Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going? *Med Educ*. 2013 Aug; 47(8): 768-79.
- Epstein, R. M. 1999. Mindful practice. *JAMA*, 282(9), 833–839.
- Evans, A., Crane, R., Cooper, L., Mardula, J., Wilks, J., Surawy, C., ... Kuyken, W. 2014. A Framework for Supervision for Mindfulness-Based Teachers: a Space for Embodied Mutual Inquiry. *Mindfulness*, 1–10. doi: 10.1007/s12671-014-0292-4

- Fix, R. L., & Fix, S. T. 2013. The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 219–227. doi: 10.1016/j.avb.2012.11.009
- Fogarty, F. A., Booth, R. J., Gamble, G. D., Dalbeth, N., & Consedine, N. S. 2014. The effect of mindfulness-based stress reduction on disease activity in people with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, annrheumdis-2014-205946. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205946
- Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. 2014. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1883–1890. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.08.043
- Fox, K. C. R., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P., ... Christoff, K. 2014. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 48–73. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.016
- Goodman, M.J. and Schorling, J.B. 2012 A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 119–128.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. 2004. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. 2007. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226–233. doi: 10.1159/000101501
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ... Lazar, S. W. 2010. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 11–17. doi: 10.1093/scan/nsp034

- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. 2011. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. doi: 10.1177/1745691611419671
- Hutchinson TA, Dobkin PL. 2009 Mindful medical practice: just another fad? *Can Fam Physician* 55(8): 778-9.
- Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract*. 2009 May;15(2): 61-6.
- Kabat-Zinn, J. 1994. *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.
- 2003. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- 2011. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281–306. doi: 10.1080/14639947.2011.564844
- Kabat-Zinn, Jon 2003 ‘Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future’, *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2): 144–156.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. 2014. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. 2012. Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 101–116. doi: 10.1002/jclp.20853
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. 2013. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kurdyak, P., Newman, A., & Segal, Z. 2014. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: A population-based controlled comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 85–89. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.06.009

- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., ... Liberzon, I. 2013. A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638–645. doi: 10.1002/da.22104
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., & Schmidt, S. 2013. A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 500–510. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.010
- Ledesma, D., & Kumano, H. 2009. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18(6), 571–579. doi: 10.1002/pon.1400
- Ludwig DS, & Kabat-Zinn J. 2008. Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300(11), 1350–1352. doi: 10.1001/jama.300.11.1350
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. 2012. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 265–276. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.12.003
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. 2008. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163–169. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. 2006. Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub2
- McCabe Ruff K, Mackenzie ER. 2009 The role of mindfulness in healthcare reform: a policy paper. *Explore (NY)*. Nov-Dec; 5(6): 313–23.
- McCabe Ruff, K., & Mackenzie, E. R. 2009. The role of mindfulness in healthcare reform: a policy paper. *Explore (New York, N.Y.)*, 5(6), 313–323. doi: 10.1016/j.explore.2009.10.002
- NIMH (n. d.) Q&A on Stress for Adults: How it affects your health and what you can do about it. Retrieved Dec 13, 2014, from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/index.shtml>
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. 2014.

- Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 15(6), 453–461. doi: 10.1111/obr.12156
- Omidi, A., Mohammadi, A., Zargar, F., & Akbari, H. 2013. Efficacy of mindfulness-based stress reduction on mood States of veterans with post-traumatic stress disorder. *Archives of Trauma Research*, 1(4), 151–154. doi: 10.5812/atr.8226
- Ong, J. C., Manber, R., Segal, Z., Xia, Y., Shapiro, S., & Wyatt, J. K. 2014. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*, 37(9), 1553–1563. doi: 10.5665/sleep.4010
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. 2012. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1007–1020. doi: 10.1037/a00283291
- Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*. 2014;20(3): 95–108.
- Reiner, K., Tibi, L., & Lipsitz, J. D. 2013. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(2), 230–242. doi: 10.1111/pme.12006
- Riley, K. E., & Kalichman, S. 2014. Mindfulness-based stress reduction for people living with HIV/AIDS: preliminary review of intervention trial methodologies and findings. *Health Psychology Review*, 0(0), 1–20. doi: 10.1080/17437199.2014.895928
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. 2013. Mindfulness-based cognitive therapy for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behaviour therapy: a pilot randomized study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 107–117. doi: 10.1002/cpp.793
- Rosenkranz, M. A., Davidson, R. J., Maccoon, D. G., Sheridan, J. F., Kalin, N. H., & Lutz, A. 2013. A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation. *Brain*,

- Behavior, and Immunity, 27(1), 174–184. doi: 10.1016/j.bbi.2012.10.013
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. 2014. A meta-analytic review of the effects of mindfulness meditation on telomerase activity. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 45–48. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.12.017
- Shapiro, S. Astin, J., Bishop, S., & Cordova, M. 2005. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164–176.
- Simpson, R., Booth, J., Lawrence, M., Byrne, S., Mair, F., & Mercer, S. 2014. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis – a systematic review. *BMC Neurology*, 14, 15. doi: 10.1186/1471-2377-14-15
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. 2014. Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*, 9(4). doi: 10.1371/journal.pone.0096110
- WHO | Stress at the workplace. (n.d.). Retrieved December 15, 2014, from http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/
- Williams, J. M. G., & Swales, M. 2004. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 8(4), 315–329. doi: 10.1080/13811110490476671
- Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. 2012. Mindfulness meditation-related pain relief: Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 520(2), 165–173. doi: 10.1016/j.neulet.2012.03.082
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Blustein, P. K., Fung, T. S., Johnson, J. A., Bacon, S. L., & Carlson, L. E. 2013. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: a randomized wait-list controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 385–396. doi: 10.1007/s12529-012-9241-6