

## การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลการเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้นที่ฝึกฤๅษีตัดตน

กมลพร อัจนารัตน์\*, สมคิด ปราบภัย

สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร 10900

\* ผู้รับผิดชอบบทความ: kaymiyo@gmail.com

### บทคัดย่อ

การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลของการเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้นที่ฝึกฤๅษีตัดตน มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการฝึกทำฤๅษีตัดตน เพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้น การวิจัยได้ดัดแปลงทำฤๅษีตัดตนเพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้เข้าร่วมวิจัย มีความง่ายของท่ามากขึ้น และการตั้งชื่อท่าใหม่ ให้มีความสอดคล้องกับท่าทางของฤๅษีตัดตน เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ จำนวน 5 ท่า คือท่าอรุณเบิกฟ้า ดัดแปลงจากท่าแก้เกี้ยว ท่าสุกษาลู่ม ดัดแปลงจากท่าแก้แน่นหน้าอก ท่าเทพพนมทรงกาย ดัดแปลงจากท่าดำรงกายอายุยืน ท่าสบายอุรา ดัดแปลงจากท่าแก้ปวดท้อง แก้สะบักจม ท่าตรีศิวส์ ดัดแปลงจากท่าแก้ลมในอก เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยชนิดวัดผลก่อน-หลัง หนึ่งกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์แล้วว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 4 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้น และแบบบันทึกพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นขณะทำกิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 4 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุระหว่าง 7-8 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์เป็นโรคสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว 1 คน เป็นโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย 3 คน สามารถอ่านออก เขียนได้ ฟังคำสั่งเข้าใจ หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะสมาธิสั้นลดลง โดยความไม่มีสมาธิ ความหุนหันพลันแล่นและการอยู่นิ่งของกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรม

**คำสำคัญ:** โรคสมาธิสั้น, เด็กสมาธิสั้น, สมาธิ, ฤๅษีตัดตน

## Preliminary Study on Using Practice Contorted Hermit for Increasing Attentiveness among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kamolporn Ajanarassamee\*, Somkit Prabpai

Health Education, Department of Physical Education, Kasetsart University, Bangkok 10900, Thailand

\*Corresponding author: kaymiyo@gmail.com

### Abstract

This research is a quasi experimental research design (One Group Pretest-Posttest Design) study on the efficacy of using the contorted hermit exercise to treat children with attention disorders, with a goal to increase concentration in these children. 5 poses from a possible 80 were selected and adapted for use in the contorted hermit exercise. The 5 poses were then renamed to harmonize for easier remembrance: Arun-Berk-Fah (Relief of bodily discomfort), Sakuna-Lu-Lom (Against chest oppression), Thep-Panom-Song-Gai (For longevity), Sabai-Ura (Relief of abdominal pain and scapular discomfort), and Ratee-Sawad (Relief of chest trouble from cough and asthma). The sample group was 4 children who have been diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) by a pediatrician. The data was collected before and after the program had been applied by observing behavior in the children, and recording the disorder's effects on a behavior record form. The 30-minute program was conducted once a week for 6 weeks. The data was then analysed using descriptive statistics, for instance mean and standard deviation, and content analysis. The demographics of the 4 volunteers in this study were male, aged between 7–8 years old, one was diagnosed with ADHD only (25%), and the other three were diagnosed with both autism and ADHD (75%). They could read, write, and understand commands. The results showed that after the program had been applied, the experimental group's behaviors such as impulsivity, hyperactivity, and inattention decreased. The sample group's behavior changed clearly in accordance with the changes of their blood pressure and heart rate, that decreased in activity in each week.

**Key words:** ADHD, children, meditation, contorted hermit

### บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) เป็นโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยมักมีอาการอยู่นิ่งหรือซน หุนหันพลันแล่น และไม่มีสมาธิ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น DSM IV-TR ได้แก่

1. อาการขาดสมาธิ เช่น อาการวอกแวกง่าย หงุดหงิดง่าย ทำงานไม่เสร็จ ขาดสมาธิในการเรียนหรือเล่น ไม่ค่อยฟังเวลาพูด ทำงานผิดพลาดบ่อย ๆ ไม่ค่อยเป็นระเบียบ หนีปัญหา ซ้ำลิ้ม ทำของหายบ่อย

2. อาการซน อยู่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น เด็กจะมีลักษณะซน ตื่นตัวตลอดเวลา พูดมาก เล่นเสียงดัง ใจร้อน ชอบขัดจังหวะหรือพูดแทรกผู้อื่น คอยอะไรนาน ๆ ไม่ได้<sup>[1]</sup>

อาจพบร่วมกับภาวะอื่น ๆ เช่น โรคการเรียนรู้บกพร่อง (Learning Disorder; LD) ปัญหาพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ทำตามคำสั่ง โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tics) โรควิตกกังวล เป็นต้น ส่งผลกระทบทั้งด้านการเรียน สังคม พัฒนาการ และยังเป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมติด

เกม ดิจิตัลอินเตอร์เน็ต การติดสารเสพติด การกระทำผิดกฎหมาย การตั้งครุฑในวัยรุ่น ความเครียดและความวิตกกังวล รวมถึงภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย หากมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ จะส่งผลกับการทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลลูก การเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ ซึ่งอาจนำมาสู่การให้ออกจากงาน การหย่าร้าง หรือการเสียชีวิต เป็นต้น<sup>[2-3]</sup> จากการประเมินความชุกโรคสมาธิสั้นทั่วโลก พบว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่เป็นโรคสมาธิสั้นมากที่สุด โดยพบร้อยละ 7.1 รองลงมาคือวัยเด็ก ร้อยละ 5.29 และวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง<sup>[4]</sup> ขณะที่ประเทศไทย จากการศึกษาศึกษาเด็กอายุระหว่าง 7-12 ปี พบว่ามีความชุกโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2 ซึ่งสูงกว่าทั่วโลกเป็น 1.5 เท่า ดังนั้นโรคสมาธิสั้นจึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและสังคมอย่างหนึ่งของประเทศไทย<sup>[2]</sup>

การรักษาโรคสมาธิสั้นสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา แต่ยังไม่มียาที่ใดที่มีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีที่สุด โดยทั่วไปแพทย์จะให้คำปรึกษากับผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเป็นเบื้องต้นก่อน หลังจากนั้นจึงจะใช้ยารักษา ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ผู้ปกครองสามารถเริ่มปรับพฤติกรรมโดยให้คำชมเวลาที่เด็กมีพฤติกรรมดี เช่น การนั่งนิ่ง การทำงานที่มอบหมายได้สำเร็จ เป็นต้น หรือการทำข้อตกลงกับเด็ก เช่น การจัดที่นั่งให้เหมาะสม เพื่อลดโอกาสการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอก หากพบว่าเด็กอยู่ไม่นิ่ง คุณครูควรให้เด็กลุกออกมาทำประโยชน์ เช่น ลบกระดาน แจกสมุด เตรียมอุปกรณ์ เป็นต้น<sup>[5]</sup> จะทำให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น นอกจากนี้การให้เด็กเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายนั้นถึงแม้ จะเป็นการเปิด

โอกาสทางสังคมให้เด็กสมาธิสั้นเรียนรู้การเข้าสังคม การควบคุมพฤติกรรมของตนเองเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพิ่มความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งเป็นแนวทางป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร เป็นต้น แต่ยังไม่มีการวิจัยยืนยันว่าช่วยให้เด็กหายจากโรคสมาธิสั้นได้ ส่วนการฝึกสมาธิแบบหนึ่งๆ ก็ยังไม่มีการวิจัยว่ามีประสิทธิผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างชัดเจน เพราะทำให้เด็กเบื่อเนื่องจากเด็กสมาธิสั้นไม่ชอบอยู่หนึ่งๆ แต่การฝึกสมาธิแบบ Transcendental Meditation (TM) เป็นการทำสมาธิวิธีหนึ่ง มีพื้นฐานมาจากศาสนาฮินดู ผสมผสานกับมนตราของผู้สอนคือการกล่าวคำใดคำหนึ่งขณะที่มีการทำสมาธิ เช่น โอม, พุทโธ เป็นต้น คิดโดยมหาฤๅษี Maharishi Mahesh Yogi ครูสอนศาสนาชาวอินเดีย ซึ่งการทำสมาธิแบบ TM จะเน้นการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ และพุ่งไปที่ลมหายใจ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย อันเป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสงบ สุขภาพดี และสามารถต่อสู้กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตได้<sup>[6]</sup> ซึ่งสามารถช่วยให้เด็กนั่งนิ่งขึ้น มีสมาธิในการเรียน การทำงานยาวนานขึ้น การฝึกสติให้เด็กรู้จักคิดก่อนทำ หรือให้รู้ตัวว่ากำลังทำอะไรอยู่โดยวิธีกำหนดอิริยาบถ อาจจะมีประโยชน์ในการฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เด็กสมาธิสั้นมักจะชอบและร่วมมือดีต่อกิจกรรมการฝึกที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่การฝึกนี้ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดประโยชน์<sup>[7]</sup> ในกรณีเด็กไม่ร่วมมือในการปรับพฤติกรรม แพทย์จะดำเนินการรักษาด้วยยา เช่น ยาเมทิลเฟนนิเดท และยาอะโทม็อกซีทีน แต่การรักษาด้วยยานั้นจะมีผลข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น<sup>[8]</sup> ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรพิจารณาถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการรักษา

โรคสมาธิสั้นสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการฝึกควบคุมตนเองให้มีใจจดจ่อกับกิจกรรม และกิจกรรมนั้นต้องไม่ก่อให้เกิดความน่าเบื่อ ด้วยหลักการดังกล่าวการวิจัยนี้แนะนำแนวทางการทำสมาธิแบบ TM เป็นแนวทางในการเพิ่มสมาธิในผู้ที่ เป็นโรคสมาธิสั้นได้ เนื่องจากการทำสมาธิวิธีนี้เป็นฝึ กสติให้รู้จักคิดก่อนทำ และให้รู้ตัวอยู่เสมอว่ากำลังทำ อิริยาบถใด หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการทำสมาธิแบบ เคลื่อนไหวร่างกาย ลักษณะนี้จึงสอดคล้องกับการ ฝึกทำบริหารฤาษีตัดตน ซึ่งเป็นวิธีการบริหารร่างกาย ตามหลักการแพทย์แผนไทย ที่ใช้ในสังคมไทยมาแต่ โบราณ กล่าวคือ เป็นการบริหารร่างกายที่เน้นการฝึก ลมหายใจและใช้สมาธิร่วมด้วย จึงเป็นทั้งการบริหาร ร่างกายและบริหารจิตไปพร้อมกัน<sup>[9-10]</sup> และได้ทำ การศึกษาผลของการนำการฝึกทำฤาษีตัดตนมาประยุกต์ ใช้ในการเพิ่มสมาธิให้กับผู้ที่สมาธิสั้นในวัยเด็ก ซึ่ง หากทำให้ผู้ฝึกมีสมาธิเพิ่มมากขึ้นได้แล้ว อาจส่งเสริม การนำการบริหารร่างกายทำฤาษีตัดตนมาประยุกต์ใช้ ในการรักษาโรคสมาธิสั้นให้แพร่หลายมากขึ้น

## ระเบียบวิธีศึกษา

### วัตถุประสงค์

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้ ทำการศึกษา และค้นคว้าวิธีการประเมินภาวะสมาธิสั้น ที่เป็นวิธีการมาตรฐาน และนำมาใช้อย่างแพร่หลายใน ทางการแพทย์ โดยนำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) มาดัดแปลง ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham แปลโดย ภัทร ทิพย์รัตนเสถียร<sup>[11]</sup> มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น (สำหรับครู) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

ภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น โดยครูประจำชั้นเป็น ผู้สังเกตและบันทึกข้อมูล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ของกลุ่มตัวอย่าง (2) พฤติกรรมภาวะ สมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย เล็กน้อย ค่อนข้างมาก บ่อย มาก สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับภาวะสมาธิสั้น

ชุดที่ 2 แบบรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น เป็น เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น ของเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและบันทึก ข้อมูลขณะดำเนินกิจกรรม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายปิด แบบ ตรวจรายการ เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ของกลุ่มตัวอย่าง (2) พฤติกรรมภาวะสมาธิสั้น เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ประเภท มีโครงสร้าง โดยการสังเกตเกี่ยวกับความไม่มีสมาธิ ความหุนหันพลันแล่น และการอยู่นิ่ง และ (3) ข้อมูลสรุบริวิทยา เป็นแบบบันทึกค่าของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

### 2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ ตามรหัสโครงการวิจัย KUREC-HS 61/017 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ของตนเองและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่ง ทดลอง (quasi-experimental research design) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยชนิดวัดผล ก่อน หลัง หนึ่งกลุ่มทดลอง (one group pretest-

posttest design) ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนวัดโสภณัส ทั้งชายและหญิง ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นทั้งหมด 20 คน โดยใช้สูตร Yamane (1973)<sup>[12]</sup> โดยให้ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง  $e = 0.05$  ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน แต่มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองเพียง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 และไม่สามารถหากรูปร่างตัวอย่างมาทดแทน เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ปกครองที่ไม่ยินยอมให้เด็กเข้าร่วมโครงการทั้งในโรงเรียนอื่น ๆ และโรงเรียนวัดโสภณัส และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นโรคสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว 1 คน เป็นโรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย 3 คน

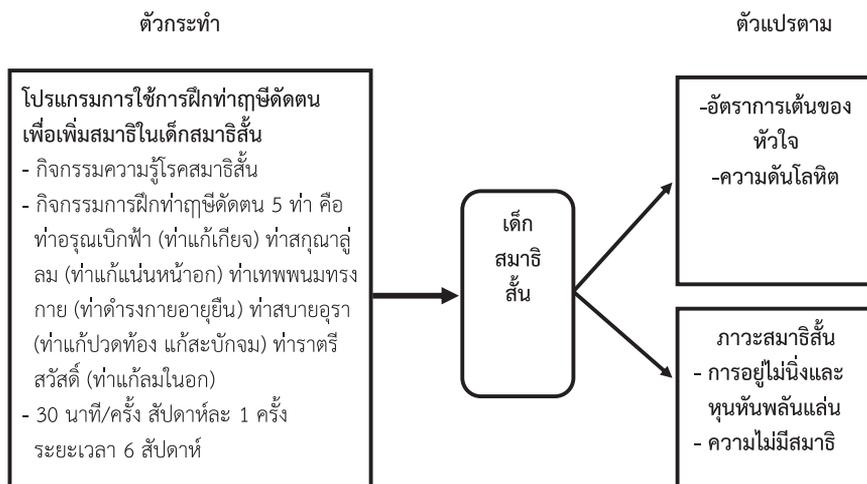
### 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทำฤๅษีตัดตน เพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้น จำนวน 5 ท่า ซึ่งได้ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้เข้าร่วมวิจัย มีความง่ายของท่ามากขึ้น และการ

ตั้งชื่อท่าใหม่ ให้มีความสอดคล้องกับท่าทางของฤๅษีตัดตน และชื่อทั้ง 5 ชื่อมีความคล้องจองกัน เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำได้แก่ ท่าอรุณเบิกฟ้า ดัดแปลงจากท่าแก้มเกี้ยว ท่าสุกษณาลูลม ดัดแปลงจากท่าแก่นหน่อหน้าอก ท่าเทพพนมทรงกาย ดัดแปลงจากท่าดำรงกายอายุยืน ท่าสบายอุรา ดัดแปลงจากท่าแก้ปวดท้อง แก้มสะบักจม ท่าราตรีสวัสดิ์ ดัดแปลงจากท่าแก้ลมในอก เป็นการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวที่ท่าง่าย ทุกคนสามารถทำได้ด้วยตัวเอง มีความต่อเนื่องของท่าจากทำยืนเป็นท่านอน มีการเคลื่อนไหวจากท่าแรกถึงท่าสุดท้ายช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเหนื่อยลง พฤติกรรมค่อย ๆ หนึ่งลง สามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดมีสมาธิมากขึ้น ทำการทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในผู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกุมารแพทย์ ที่มีอายุ 7-8 ปี โดยติดตามภาวะสมาธิสั้น คือ ความไม่มีสมาธิ ความหุนหันพลันแล่น และการอยู่ไม่นิ่ง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ดังกรอบแนวคิดนี้

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 2.1 การพรรณนาเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยาย



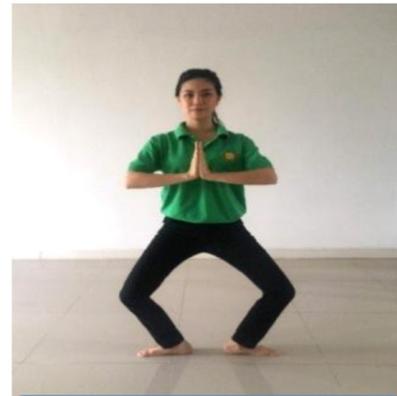
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ท่าอรุณเบิกฟ้า (ท่าแก้มเกี้ยว)



ท่าสกุณาอุลุม (ท่าแก้มแน่นหน้าอก)



ท่าเทพพนมทรงกาย (ท่าดำรงกายอายุยืน)



ท่าสบายอุรา (ท่าแก้มปวดท้อง แก้มสะบักจม)



ท่าราตรีสวัสดิ์ (ท่าแก้มในอก)

ภาพที่ 2 ท่าฤกษ์ดี 5 ท่า ที่ใช้ในโปรแกรม

ลักษณะภาวะสมาธิสั้นที่เปลี่ยนแปลงไป

2.2 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

- ค่าเฉลี่ย (Mean) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ ความไม่มีสมาธิ ความหุนหันพลันแล่นและการอยู่ไม่นิ่ง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ

- ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ ความไม่มีสมาธิ ความหุนหันพลันแล่นและการอยู่ไม่นิ่ง

- ร้อยละ สำหรับวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ

3. วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

3.1 ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3.2 จัดทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาในสถาบันศึกษา โดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนวัดโสมนัสส์ในการติดต่อกับเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาเข้าร่วมการวิจัย

3.3 ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้ผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ เมื่อรับทราบแล้วให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมให้บุตรหลานเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้เข้า

ร่วมวิจัยกรอกใบสมัครเข้าร่วมวิจัย และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (informed consent form) และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกได้จำนวน 4 คน

3.4 การวิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรม ดังนี้

1) ครูประจำชั้นที่ได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำแบบรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น (สำหรับครู) ไปทำการประเมินภาวะสมาธิสั้นของผู้เข้าร่วมวิจัย จากการสังเกตพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับโปรแกรม

2) ก่อนผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกทำบริหารฤๅษีตัดตนครั้งแรก มีการนัดผู้เข้าร่วมวิจัย มาดูวิดีโอเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นของโรคสมาธิสั้น และวิธีการฝึกทำบริหารฤๅษีตัดตน เป็นระยะเวลา 20 นาที ขณะเดียวกันผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น

3) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับชมวิดีโอสาธิตการฝึกทำบริหารฤๅษีตัดตน 1 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มฝึกปฏิบัติทำบริหารฤๅษีตัดตน โดยการปฏิบัติตามท่าทางและคำแนะนำต่าง ๆ จากวิดีโอ ประกอบด้วยทำบริหารฤๅษีตัดตน 5 ท่า โดยมีการแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติท่าทางต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ใช้ระยะเวลาการฝึกทำบริหารฤๅษีตัดตนครบทั้ง 5 ท่า เรียกว่า 1 รอบ รอบละประมาณ 15 นาที ทำจำนวน 2 รอบ รวมเวลาทั้งหมดครั้งละ 30 นาที ในขณะที่การฝึกทำบริหารฤๅษีตัดตน จะทำการสังเกตและบันทึกข้อมูลภาวะสมาธิสั้นของผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกปฏิบัติทำฤๅษี

ตัดตนแล้ว ให้ครูประจำชั้นทำการสังเกตพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกวัน เป็นเวลา 7 วัน แล้วบันทึกข้อมูลภาวะสมาธิสั้นของผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบรวบรวมข้อมูลภาวะสมาธิสั้น (สำหรับครู) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

## ผลการศึกษา

### 1. ผลการศึกษาภาวะสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขณะทำกิจกรรมดูวิดีโอความรู้เบื้องต้นโรคสมาธิสั้น 10 นาที และการฝึกทำฤๅษีตัดตน 15 นาที การวิจัยครั้งนี้ได้สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ผลการสังเกตมีดังนี้

1) ความหุนหันพลันแล่นและการอยู่นิ่ง

พฤติกรรมของกลุ่มทดลองที่สามารถสังเกตได้ คือ กลุ่มทดลองมีความสนใจประมาณ 3 นาทีแรก หลังจากนั้นเริ่มมองรอบห้อง มือเท้าขยุกขยิกขยับตัวบ่อยครั้ง เช่น เอามือป้ายหน้า ป้ายปาก ดึงกางเกง มีการเล่าเรื่องของตนเองที่เกี่ยวข้องกับตัวละครในวิดีโอเป็นระยะ และพูดแทรกผู้สอนทุก ๆ 4-5 นาที เดินไปเดินมาบ่อยครั้ง ไปที่โต๊ะตัวเองบ้าง เดินไปสะกิดเพื่อนคนอื่นบ้าง

2) ความไม่มีสมาธิ

พฤติกรรมของกลุ่มทดลองที่สามารถสังเกตได้ ส่วนใหญ่มีสมาธิต่อการทำทำฤๅษีตัดตนประมาณ 3 นาที เหม่อลอย หรือสายตามองไปที่เพื่อนบ่อย ขอพักบ่อยผู้สอนจึงหยุดกิจกรรมก่อนเวลา 10 นาที

### 2. ผลการศึกษาภาวะสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

1) ความหุนหันพลันแล่นและการอยู่นิ่ง

สัปดาห์ที่ 1 อยู่นิ่งมากขึ้น มือเท้าขยุกขยิก น้อยลง ท่าราตรีสวัสดิ์จะมีพฤติกรรมมือเท้าขยุกขยิก ตลอดเวลาไม่มีการพูดแทรก สามารถอยู่กับที่ของตัว เองมากขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน มีเดินไปเดินมาบ้าง มักเอามือปาดหน้า จับแกงเบือบ่อยครั้ง ในกิจกรรมทำสมาธิ มือและขาจะขยุกขยิกตลอดเวลาไม่สามารถอยู่นิ่งได้เกิน 10 วินาที หลังตาได้ไม่เกิน 5 วินาทีที่กัสมิตา

สัปดาห์ที่ 3 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก พฤติกรรมที่ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงคือ มือเท้าขยุกขยิก เอามือปาดหน้า เช็ดปาด ดึงแกงเบือ ทุก ๆ 5 วินาที ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ สามารถควบคุมตัวเองได้ การทำสมาธิจะขยุกขยิกตลอดเวลา นิ่งได้ไม่เกิน 1 นาที

สัปดาห์ที่ 4 พฤติกรรมโดยรวมส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากขึ้น แต่ยังคงมีพฤติกรรมเอามือปาดหน้า เกาขา ดึงแกงเบือ แต่ระยะเวลาจะห่างขึ้นเป็นทุก ๆ 15-20 วินาที การทำสมาธิเริ่มแรกยังไม่นิ่งเท่าไร จะขยับแขนขาตลอดเวลา แต่ผ่านไป 2 นาที เริ่มนิ่งมากขึ้น มือเท้าขยุกขยิกน้อยลง ประมาณ ทุก ๆ 15-20 วินาที นิ่งได้ใน 30 นาทีสุดท้าย

สัปดาห์ที่ 5 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก เมื่อเริ่มเข้ากิจกรรม 5 นาทีแรก มือปาดหน้า เกาขา ทุก ๆ 20-25 วินาที แต่ตามองวิดีโอและทำตามตลอด ช่วงกลางกิจกรรมจะอยู่นิ่งได้นานกว่าช่วงต้น และช่วงท้ายกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก มือเท้าขยุกขยิกน้อยลง ขณะทำสมาธิสามารถอยู่นิ่งได้ถึง 2-3 นาที หลังจากนั้นจะเริ่มมือเท้าขยุกขยิก และขยับแขนขาใน 1 นาทีสุดท้ายมากขึ้นเกือบทุก ๆ 5 วินาที

## 2) ความไม่มีสมาธิ

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองสามารถทำอะไรได้นานขึ้นเพียงเล็กน้อย มีความตั้งใจดี แต่มีบ้างที่สายตาวอกแว่ไปรอบ ๆ ห้องทุก ๆ 3-5 นาที สามารถทำตามคำสั่งได้ดีขึ้น บางคนยังทำตามไม่ได้ทั้งหมด ในนาที่ที่ 10 จะมีพฤติกรรมวอกแว่ถี่ขึ้น ไม่มีความตั้งใจในการร่วมกิจกรรม มองออกนอกหน้าต่างบ้าง คู้กับเพื่อนบ้าง มีช่วงที่ขอยุติพักหลังเริ่มกิจกรรมได้ 15 นาที ไปเข้าห้องน้ำบ้าง ขอยุติเฉย ๆ บ้างเพราะเหนื่อย ก่อนจบกิจกรรม 5 นาที มีอาการตาลอย ๆ 1 คน คล้ายคนเคลิ้มจะหลับ แต่เมื่อสอบถามว่าว่างหรือไม่ ตอบว่าไม่มีอาการว่าง ตอบคำถามได้จะฉานดี เก็บของเข้าที่ ดีหลังจบกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 มีสายตาวอกแว่บ่อยครั้ง สนใจ แต่เพื่อนว่าเพื่อนทำหรือไม่ทำ และคอยเตือนแต่เพื่อนจนตนเองไม่มีสมาธิในการร่วมกิจกรรม แต่ตั้งใจทำท่าฤๅษีดัดตนดี บางคนมีสมาธิกับสิ่งที่ทำน้อยกว่า สัปดาห์แรก หลุดสมาธิบ่อยครั้งเกือบทุก ๆ 2-3 นาที ชอบเหม่อลอย ประมาณ 5-7 วินาที/ครั้ง

สัปดาห์ที่ 3 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก ตั้งใจทำดี มีสมาธิจดจ่อกับการทำท่าฤๅษีดัดตน มีอาการตาลอย ๆ บ้าง สามารถทำตามวิดีโอได้ทุกขั้นตอน แต่จะวอกแว่ เหม่อลอยมองรอบห้องบ้าง ทำบ้างไม่ทำบ้าง หยุดทำกิจกรรมทุก ๆ 5-10 นาที ขณะทำสมาธิจะลืมนตาทุก ๆ 30-60 วินาที มักลืมนตาบ่อยครั้ง ต้องคอยดูตลอด

สัปดาห์ที่ 4 วอกแว่น้อยลงกว่าสัปดาห์ก่อนมาก สามารถทำกิจกรรมได้โดยไม่มีการพักจนจบกิจกรรม แว่สายตามาที่ผู้จัดกิจกรรมเป็นบางครั้ง การทำสมาธิเริ่มแรกยังไม่มีความนิ่งเท่าไร ลืมนตาทุก ๆ 5-10 วินาที แต่ผ่านไป 2 นาที เริ่มมีสมาธิมากขึ้น และทำสมาธิได้ใน 30 นาทีสุดท้าย

สัปดาห์ที่ 5 พฤติกรรมเปลี่ยนไปในทิศทางบวก เมื่อเริ่มเข้ากิจกรรม 5 นาทีแรก บางคนทำตามแต่สายตามองเพื่อนคนอื่นทุก ๆ 40-50 วินาที หลังจากนั้นมีความสนใจในการทำกิจกรรมดี หลุดสมาธิมองเพื่อนคนอื่นน้อยลง ไม่เกิน 2 วินาทีก็กลับเข้าสู่กิจกรรม ตลอดกิจกรรมที่เหลือ 20 นาที หลุดไม่เกิน 10 ครั้ง การทำสมาธิ 5 นาที เฉลี่ยทุก ๆ 1-2 นาที แต่บางคนยังขยับตัวทุก ๆ 25 วินาที

สัปดาห์ที่ 6 มีความตั้งใจทำดี มองเพื่อนคนอื่น 3-4 ครั้ง แต่ก็มองไม่เกิน 2 วินาที มีเหม่อลอยเปลี่ยนท่าซำบั้ง ขณะทำสมาธิ สามารถทำสมาธิติดต่อกันถึง 2-3 นาที และใน 1 นาทีสุดท้ายจะหลุดสมาธิเกือบ

ทุก ๆ 5 วินาที

จากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการ สรุปได้ว่า ความหุนหันพลันแล่นและการอยู่ไม่นิ่งของกลุ่มทดลองนั้นลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพูดแทรก พูดมากของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเหล่านี้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามบางพฤติกรรม เช่น มือเท้าขยุกขยิก การเอามือปิดหน้า เซ็ดปาก ขยับแขนขา มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย ส่วนความไม่มีสมาธินั้นก็ลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันแต่ลดลงเพียงเล็กน้อย เช่น สามารถทำอะไรได้นานขึ้น และไม่มีการทำของหาย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
systolic	107	112	101	98	100	97	102	98
diastolic	70	63	64	59	66	63	57	60

ตารางที่ 2 เปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ความดันโลหิต	เปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิต (ร้อยละ)			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
systolic	4.67	2.97	3.00	3.92
diastolic	10.00	7.81	4.55	5.26

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
ก่อนร่วมกิจกรรม	94	95	96	96
หลังร่วมกิจกรรม	88	97	93	95
เปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)	6.38	2.11	3.13	1.04

### 3. ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

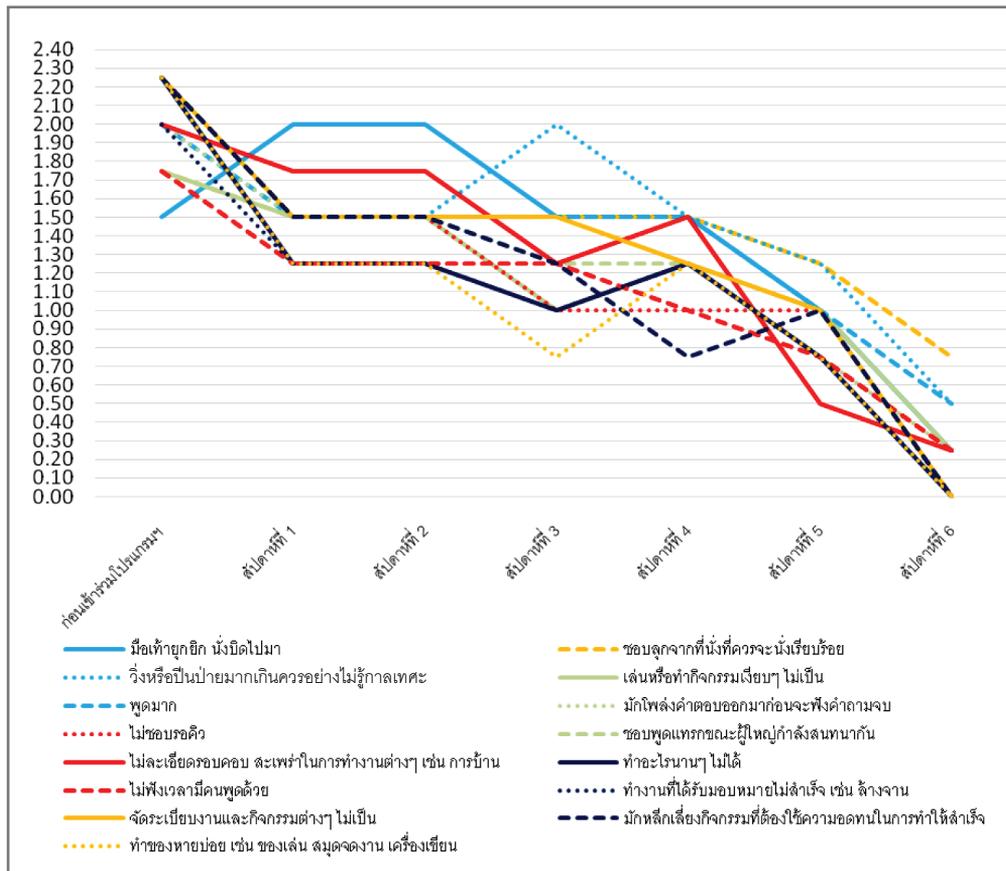
สรุปจากตารางแสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำฤๅษีดัดตนและกิจกรรมทำสมาธิในท่านอน รวมเวลา กิจกรรมทั้งหมด 30 นาที/ครั้ง ในทุก ๆ สัปดาห์

### 4. ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

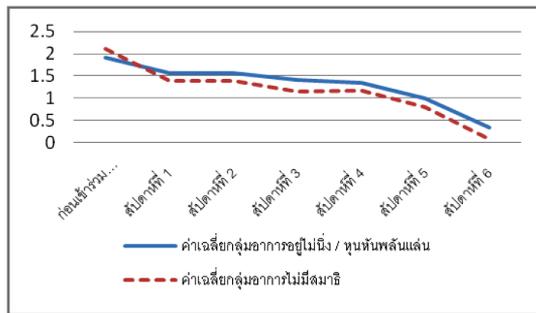
สรุปจากตารางแสดงค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจลดลง หลังจากเข้า

ร่วมกิจกรรมทำฤๅษีดัดตนและกิจกรรมทำสมาธิในท่านอน รวมเวลา กิจกรรมทั้งหมด 30 นาที/ครั้ง ในทุก ๆ สัปดาห์ แต่ในสัปดาห์ที่ 2 อัตราการเต้นของหัวใจไม่ลด เนื่องจากมีผู้เข้าร่วมโปรแกรม 1 คนที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งตลอดเวลา ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

จากการศึกษาผลการเพิ่มสมาธิโดยใช้การฝึกทำฤๅษีดัดตน จำนวน 5 ท่า เพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้น การวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้น โดยให้คุณครูเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ทำการประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวโน้มของพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นก่อนและระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม



ภาพที่ 4 แนวโน้มภาวะสมาธิสั้นในแต่ละกลุ่มอาการ

และ 4)

จากภาพที่ 3 และ 4 สรุปได้ว่า พฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นในกลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และกลุ่มอาการไม่มีสมาธิลดลงอย่างต่อเนื่อง ในทุก ๆ พฤติกรรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการแพทย์แผนไทยประยุกต์โดยใช้การฝึกทำฤๅษีตัดตน เพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้น เป็นเวลา 6 สัปดาห์

## อภิปรายผล

### 1. ผลของภาวะสมาธิสั้น

จากผลการวิจัยผลของการเพิ่มสมาธิโดยใช้การฝึกทำฤๅษีตัดตน เพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้น สามารถทำให้เด็กสมาธิสั้นมีสมาธิมากขึ้น คือกลุ่มอาการหุนหันพลันแล่นและอยู่ไม่นิ่ง และกลุ่มอาการไม่มีสมาธิลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นการนำการฝึกทำฤๅษีตัดตน เป็นวิธีการบริหารร่างกายที่เป็นภูมิปัญญาไทย มาประยุกต์ใช้ด้วยกันจำนวน 5 ท่า ซึ่งการวิจัยได้ดัดแปลง เพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้เข้าร่วมวิจัย มีความง่ายของท่ามากขึ้น มีความต่อเนื่องของท่าจากทำยืนเป็นทำนอน มีการเคลื่อนไหวจากท่าแรกถึงท่าสุดท้ายช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อให้ผู้เข้า

ร่วมวิจัยมีอาการที่เย็นลง พฤติกรรมค่อย ๆ นิ่งลง สามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดมีสมาธิมากขึ้น และการตั้งชื่อท่าใหม่ ให้มีความสอดคล้องกับท่าทางของฤๅษีตัดตน และชื่อทั้ง 5 ชื่อ มีความคล้องจองกัน เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำมากยิ่งขึ้น รวมถึงระยะเวลาในการอยู่หนึ่งค้างไว้ในแต่ละท่าให้สั้นลง เพื่อให้ไม่เกิดความกดดันหรือบีบบังคับผู้เข้าร่วมวิจัยมากเกินไปในการทำกิจกรรม แต่ยังคงการฝึกการหายใจเข้า-ออก ขณะทำท่าฤๅษีตัดตนอยู่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงมีสติอยู่กับท่าที่กำลังปฏิบัติ ในขณะที่กำลังจะเปลี่ยนรอบของท่า จะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพัก 10 วินาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ขั้นตอนของการฝึกทำฤๅษีตัดตนนั้นมีรายละเอียดมาก สามารถทำให้รู้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัย มีความตั้งใจฟัง มีความอดทนต่อการทำกิจกรรมได้มากขึ้นเพียงใด จึงสามารถทำท่าฤๅษีตัดตนแต่ละท่าได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนทุกขั้นตอน เริ่มแรกของการฝึกทำฤๅษีตัดตนเริ่มจากท่าอรุณเบิกฟ้า เป็นท่าที่มีการเคลื่อนไหวมากโดยการเหยียดแขนไปในทิศต่าง ๆ ท่าต่อไปคือ ท่าสุภณาสูลูม เป็นท่าที่ใช้ร่างกายหลายส่วนมากขึ้นตั้งแต่คอ ออก แขน ขา ท่าเทพพนมทรงกาย เป็นการฝึกการทรงตัว ซึ่งต้องมีสมาธิเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมกับกล้ามเนื้อขาที่แข็งแรงจึงจะสามารถทรงตัวอยู่ได้ ท่าที่สี่คือ ท่าสบายอุรา เป็นท่าเตรียมเพื่อเข้าสู่การมีสมาธิมากขึ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง เคลื่อนไหวเพียงแค่ส่วนบนเท่านั้นคือ แขน ออก และคอ และท่าสุดท้ายท่าราตรีสวัสดิ์มีการเคลื่อนไหวเพียงส่วนเดียวคือ ข้อไหล่ และจะมีการทำสมาธิต่ออีก 5 นาที ซึ่งท่าราตรีสวัสดิ์เป็นท่าที่มีการเคลื่อนไหวช้าที่สุด และส่วนของร่างกายเคลื่อนไหวน้อยที่สุด รายละเอียดของขั้นตอนในการทำน้อยที่สุด ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถควบคุมตัวเองให้อยู่หนึ่งได้มากกว่า

ในช่วงเริ่มต้นของกิจกรรม จึงสามารถปฏิบัติสมาธิ โดยการนอนนิ่ง ๆ ได้ดีขึ้น นอนนิ่งได้นานมากกว่า ตอนก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดการออกแบบโครงการแหล่งเรียนรู้และพัฒนาสมาธิเด็กของอาจารย์ โดยคำนึงถึงการวางผังตามลำดับของลักษณะกิจกรรมการบำบัดที่เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น คือ Adventure Zone (พื้นที่สำหรับเคลื่อนไหวออกแรง) Relax zone (พื้นที่สำหรับฝึกผ่อนคลาย) Learning Zone (พื้นที่สำหรับฝึกเรียนรู้) ตามลำดับเพื่อเป็นการลดพลังงานในตัวเด็กส่งผลให้เด็กเกิดสภาวะสมาธิพร้อมเรียนรู้มากขึ้น<sup>[13]</sup> การฝึกทำฤๅษีตัดตนถือเป็นการปฏิบัติสมาธิแบบเคลื่อนไหว ทำให้กิจกรรมเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้นมีความน่าสนใจมากกว่าการทำสมาธิแบบไม่เคลื่อนไหว จากการสังเกต พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความสนใจและมีสมาธิกับกิจกรรมฝึกทำฤๅษีตัดตนได้ดีกว่ากิจกรรมฝึกสมาธิในท่านอน สามารถทำตามเงื่อนไขหรือขั้นตอนของกิจกรรมฝึกทำฤๅษีตัดตนได้ถูกต้องมากกว่า พฤติกรรมของภาวะสมาธิสั้นน้อยกว่าการฝึกสมาธิในท่านอน เช่น มือเท้าขยุกขยิก เดินไปมาโดยไม่มีสาเหตุ เป็นต้น

จากการศึกษาของนนทิศา และคณะ พบว่าหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่ได้รับการสนับสนุน จากบุคคลภายนอกหรือหน่วยงานอื่น ๆ เท่าที่ควร หน่วยงานต่าง ๆ มีปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของเวลาในการจัด โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ ขาดอุปกรณ์ และสื่อที่ใช้จัดโปรแกรมควรได้รับการสนับสนุนมากขึ้น<sup>[14]</sup> ซึ่งโปรแกรมการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยใช้การฝึกทำฤๅษีตัดตน เพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กสมาธิสั้น เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาเพียงแค่ 30 นาที/ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น และไม่ถี่เกินไป สามารถหาช่วงเวลาให้เด็กทำได้โดยง่าย

ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน และไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพื่อดำเนินกิจกรรม ต่างจากการวิจัยของยูวดี และคณะ ที่มีการออกแบบชุดอุปกรณ์การระบายสี สำหรับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งใช้อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมหลายชิ้น ต้องมีการฝึกอย่างต่อเนื่องและบ่อย ๆ เพื่อให้ชุดอุปกรณ์การระบายสีมีผลทำให้เด็กสมาธิสั้นเกิดความสุข สามารถจินตนาการถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกของตนเองออกมาได้ และมีสมาธิจดจ่ออยู่หนึ่งได้นานมากขึ้น<sup>[15]</sup> เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับโปรแกรมไปแล้ว 3 สัปดาห์ จะมีสมาธิมากขึ้น อาการอยู่ไม่นิ่งลดลงอย่างชัดเจน สังเกตได้จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มือเท้าขยุกขยิกน้อยลง พุดน้อยลง พุดแทรกน้อยลง ฟังผู้อื่นพุดมากขึ้น วอกแวกน้อยลง เป็นต้น ซึ่งใช้ระยะเวลาน้อยกว่าจากการศึกษาของธนาธิษฏ์ และระวีวรรณ ได้สร้างกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้หุ่นสายเสมาผสมผสานกับทฤษฎี แรงจูงใจของเฮอริชเบอร์ก เพื่อส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมที่นิ่งขึ้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 12 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที<sup>[16]</sup>

## 2. ผลของค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ

มีการเปลี่ยนแปลงลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรม แต่ในสัปดาห์ที่ 2 อัตราการเต้นของหัวใจไม่ลด เนื่องจากมีผู้เข้าร่วมโปรแกรม 1 คนที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งตลอดเวลา ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หรืออาจเป็นไปตามผลการใช้โปรแกรมออกกำลังกายแบบกายบริหารทำฤๅษีตัดตนต่อการลดความดันโลหิต และเพิ่มสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สมรรถภาพทางกายด้านความดัน

โลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรขณะพักของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายเนื่องจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการกำหนดลมหายใจออกน้อย ในระหว่างการฝึกปฏิบัติท่าฤๅษีดัดตน<sup>17)</sup>

### 3. การเปรียบเทียบผลจากการฝึกฤๅษีดัดตนกับการทำสมาธิแบบ TM

เมื่อเปรียบเทียบกับการทำสมาธิแบบ TM แล้ว การฝึกฤๅษีดัดตนจะใช้เวลาฝึกต่อครั้งนานกว่า 15-20 นาที แต่การทำสมาธิแบบ TM ใช้ความถี่ในการฝึกมากกว่า โดยทำการฝึก 2 ครั้ง/วัน ครั้งละ 10-15 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือน จึงจะส่งผลให้มีสมาธิมากขึ้น พฤติกรรมเป็นปกติมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทักษะในการจัดการดีขึ้น ช่วยลดภาวะเครียดและความกังวล และยังมีผลต่อการทำงาน ของสมองอีกด้วย<sup>[18-19]</sup> แต่ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มี การศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกฤๅษีดัดตนต่อการทำงาน ของสมอง จึงควรมีการศึกษาต่อไป

### ข้อสรุป

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องการยินยอมให้ เข้าร่วมโครงการจากผู้ปกครองในหลายโรงเรียนที่มี เด็กพิเศษ มีเพียงโรงเรียนวัดโสมนัสเพียงโรงเรียน เดียวที่คุณครูและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ยินยอมให้ทำการศึกษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการ ฝึกท่าฤๅษีดัดตนจำนวน 5 ท่า รวมระยะเวลาทั้งหมด 30 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ มี ผลทำให้อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และไม่มี สมาธิลดลง ซึ่งผลจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก สสมาธิสั้นจากผลการวิจัยสอดคล้องกับครูผู้ดูแล แต่ ผลจากการวัดค่าความดันโลหิต และค่าอัตราการเต้น

ของหัวใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีเปอร์เซ็นต์ การเปลี่ยนแปลงยังไม่ชัดเจน ซึ่งการศึกษาควรใช้เวลา ในการศึกษาให้นานขึ้น และมีความถี่ในการฝึกให้มากขึ้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อให้มีผลความต่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น และควรใช้ สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสามารถนำไปสรุปผลการศึกษาอ้างอิงถึงประชากรได้

การจัดโปรแกรมการใช้การฝึกท่าฤๅษีดัดตนในครั้งต่อไป ควรมีการประเมินผลจากผู้ เข้าร่วมวิจัย และผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมวิจัย ด้าน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย และความพึงพอใจในโปรแกรม รวมถึงการตรวจวัด ค่าคลื่นสมอง เพื่อให้ผลการศึกษามีความชัดเจน และมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ควรมีการจัดสภาพ แวดล้อมที่ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก และให้มี บรรยากาศที่เหมาะสมกับลักษณะของเด็กสมาธิสั้น เช่น การจัดให้มีห้องจัดกิจกรรมสำหรับผู้เข้าร่วม วิจัยโดยเฉพาะ ไม่ให้มีนักเรียนคนอื่นที่ไม่ได้อยู่ใน โปรแกรม อยู่ในห้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีอุปกรณ์ อื่น ๆ ที่ดึงดูดความสนใจผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นต้น เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะมีการตอบสนองต่อสิ่งรอบ ตัวได้ง่าย และควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มี ขนาดใหญ่ขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน วัดโสมนัส จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในการอนุญาต ให้เป็นสถานที่สำหรับดำเนินการทดลองการวิจัย คุณครูจิตติมา ดวงแก้ว และครูพี่เลี้ยง ที่คอยอำนวยความสะดวก และประสานงานผู้ปกครองและนักเรียน และขอขอบคุณนักเรียนกลุ่มตัวอย่างของโรงเรียนวัด โสมนัสทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

## References

1. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2012;57(4):373-86.
2. Visanuyothin T, Wachiradilok P, Buranasuksakul T, Pavasuthipaisit C, Arunruang P. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013; 21(2):66-75. (in Thai)
3. Limsuwan N. Attention deficit hyperactivity disorder [internet]. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2015 [cited 2017 December] Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/child/09042014-1854> (in Thai)
4. Shire. Epidemiology [internet]. ADHD institute an educational platform developed and funded by shire; 2017 [cited 2017 October] Available from: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>.
5. Pornnoppadol C. How to handle hyperactive kids [internet]. Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2011 [cited 2017 October] Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=909> (in Thai)
6. Faculty of Science and Technology [internet]. Faculty of Science and Technology; 2016 [cited 2019 March] Available from: [http://www.science.cmru.ac.th/sciblog\\_v2/blfile/102\\_ss190315044207.pdf](http://www.science.cmru.ac.th/sciblog_v2/blfile/102_ss190315044207.pdf) (in Thai)
7. Pornnoppadol C. Learn how to help your child with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) [internet]. Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2011 [cited 2017 October] Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=396> (in Thai)
8. Khajehpiri Z, Mahmoudi-Gharaei J, Faghihi T, Karimzadeh I, Khalili H, Mohammadi M. Adverse reactions of Methylphenidate in children with attention deficit-hyperactivity disorder: Report from a referral center. *J Res Pharm Pract*. 2014; 3(4), 130-136. doi:10.4103/2279-042X.145389.
9. Deewiset K. The hermits art of contorting Thai traditional medicine (tha *Ruesi dadton*). 1st ed. Bangkok: Printing Mill Office, War Veterans Organization of Thailand; 1994. 399 p. (in Thai)
10. Burapha P. *Ruesi dadton* Thai massage Traditional of Wat Pho. Bangkok: Hi-tech Printing; 2013. 256 p. (in Thai)
11. Pityaratstian N, Boornasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014; 59(2), 97-110. (in Thai)
12. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill, Inc.; 1973.
13. Saithong A. Children concentration development and learning center. (thesis) Bangkok: Faculty of Architecture, Kasetsart University; 2015 (in Thai)
14. Wangkran N. An evaluative analytical study of learning enhancement programs for students with attention deficit hyperactive disorder at the elementary level of agencies in Bangkok. (thesis) Faculty of Education. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai)
15. Phontharaphong Y, Siripithakul A, Ruengsommat M, Tongsupon M. The design of the painting device for introducing the development and training the concentration for attention deficit disorder children. Faculty of Architecture and Design. Bangkok: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon; 2011. (in Thai)
16. Wirasakarun T, Wanwichai R. Title behavior modification for children with ADHD aged five to six years with Semathai Marionettes at Charoenpong Kindergarten Bangkok. *Veridian E-Journal, Silpakorn Unviersity* [internet]. 2018 Jan-Apr [cited 2018 Sep 22]; 11(1): [14 screen]. Available from: <https://tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/118563/90910> (in Thai)
17. Phonyiemsan K, Noonthong K, Bongbut N, Kwangnork P, Keawkwao P. Effect of Leu-Si-Dud-Ton exercise program to decrease blood pressure level and increase physical fitness among elderly with hypertension [thesis]. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla; 2012. (in Thai)
18. Grosswald SJ, Stixrud AWR, Travis F, Bateh MA. Use of the transcendental meditation technique to reduce symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) by reducing stress and anxiety: an exploratory study. *Current Issues in Education*. 2008;10(2):1-11.
19. Travis F, Grosswald S, Stixrud W. ADHD, brain functioning, and transcendental meditation practice. *Mind & Body, The Journal of Psychiatry*. 2011;2(1):73-81.