

## ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น

อรรณณ จันทรณ์\*<sup>\*</sup>

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น ตัวอย่างเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นที่เรียนในโรงเรียนวัดอภัยการาม ทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 9-12 ปี หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบจับคู่และสุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ สัปดาห์ละ 5 วันติดต่อกันเป็นเวลา 16 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนตามปกติ พฤติกรรมและสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมและสมาธิ (ฉบับผู้ปกครองและครู) ผลการวิจัยพบว่าระดับพฤติกรรมและสมาธิของกลุ่มทดลอง ทั้งที่ประเมินโดยผู้ปกครองและครู ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  ผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการสามารถช่วยให้พฤติกรรมและสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นดีขึ้น ซึ่งสามารถใช้เป็นการบำบัดทางเลือกได้อีกแนวทางหนึ่ง

คำสำคัญ : โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การฝึกสร้างจินตนาการ สมาธิ เด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

# Effect of Anapanasati Meditation Training and Autogenic Training on Attention Levels of Children with Risk for Attention Deficit

Aurawan Janmanee

## Abstract

The objective of this research was to ascertain the effects of an Anapanasati Meditation Training and autogenic training program on behavior and attention of children with risk for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at aiyikaram School. The sample group consisted of 40 boys with risk for attention deficit hyperactivity disorder, age 9-12, selected by matched pairs. Simple random sampling was used for the experimental and control groups, which consisted of 20 pairs. The experimental group participated in an Anapanasati Meditation Training and autogenic training program for every days on Monday to Friday per week during 16 consecutive weeks, whereas the control group received regular study. Behavior and attention of children with risk for attention deficit hyperactivity disorder assess by behavioral and attention scale questionnaires (the parent's and the teacher's versions).

The study revealed that: There were statistically significant differences at the  $p < 0.001$  level between the mean scores of changes in the behavioral and attention scales of students according to the assessment by both the parents and the teachers in the experimental and control groups. The results of this study indicate that an Anapanasati Meditation Training and the autogenic training program together can improve the behavior and attention of children with risk for ADHD and can be used as an alternative treatment.

**Keywords :** An Anapanasati Meditation Training Program Autogenic Training, Behavior Attention Children With risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เป็นปัญหาหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกด้านลบ ปัญหาทางพฤติกรรมเบี่ยงเบนก้าวร้าว ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ การแสดงออกไม่คงที่ มีปัญหาด้านสังคม ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพราะควบคุมตนเองไม่ได้ ระวังอารมณ์ไม่อยู่ มีเด็กสมาธิสั้นเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ งานวิจัยชี้ว่าขณะนี้เด็กเป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 5-6 นั้นหมายความว่าในห้องเรียนที่มีเด็ก 50 คน จะมีเด็กสมาธิสั้นอยู่อย่างน้อย 2-3 คน (Holmberg & Hjern, 2009)

ข้อมูลสถิติกระทรวงศึกษาธิการระบุว่าในปีการศึกษา 2551 มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่เรียนอยู่ในสังกัดทั่วประเทศ 6,278,107 คน เป็นนักเรียนที่มีสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ประมาณ ร้อยละ 5-10 หรือประมาณ 3 ถึง 6 แสนคน (ข้อมูลสถิติกระทรวงศึกษาธิการ, 2551) ความอดทน ทำอะไรไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย (Sadiq, 2007) ส่วนมากต้องรักษาด้วยยาและฝึกเด็กให้มีความสามารถควบคุมตนเอง (Rader, McCauley & Callen, 2009) ปัญหาเหล่านี้มักส่งผลกระทบต่อในระยะยาวถึงแม้ว่าเด็กส่วนหนึ่งอาการจะหายไปเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น แต่พบว่าร้อยละ 50 ของเด็กกลุ่มนี้จะมีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Hodgkins, Arnold, Shaw, Caci, Kahle & Gwoods, 2012) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมพบว่าร้อยละ 15-75 มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น ลักขโมย ค้ายาเสพติด เป็นต้น (Sadiq, 2007)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งมีหลายด้าน เช่น การให้ความช่วยเหลือโดยการบำบัดทางยา สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ได้ผลไม่เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ และพบผลข้างเคียงได้บ่อย โดยพบว่ากลุ่มอาการบกพร่องด้านสมาธิดีขึ้นจากเดิมร้อยละ 39.3-75.7 สำหรับผลข้างเคียงของยาพบปัญหาอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่ายมากที่สุดร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ เบื่ออาหารร้อยละ 34 และปวดศีรษะร้อยละ 23.2 (รินสุข งามอาจสกุลมั้น, 2551) การให้ความช่วยเหลือโดยการปรับพฤติกรรมอาจไม่ประสบความสำเร็จเสมอไป พบว่าร้อยละ 50 ของพ่อแม่เด็กเหล่านี้ไม่สามารถดำเนินการปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีประสิทธิภาพ (Sadiq, 2007) การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งอย่างมีประสิทธิภาพควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การฝึกเด็กให้มีความสามารถในการควบคุมตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการฝึกให้เด็กมีความคิดจิตนาการเพื่อให้จิตสงบนิ่ง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น โดยการฝึกสมาธิอานาปานสติเพื่อให้จิตสงบ เป็นรูปแบบหนึ่งของการฝึกสมาธิที่มีหลักการที่สำคัญในการกำหนด

ลมหายใจเข้า-ออก คือ การมีสติระลึกถึงเฉพาะลมหายใจเข้า-ออก เพื่อไม่ให้จิตคิดฟุ้งไปในเรื่องต่าง ๆ มีผลทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง หัวใจเต้นช้าลงและมีความดันโลหิตลดลงส่งผลให้ระดับแลคเตทในเลือดลดลง ร่างกายหลังสารเอ็นโดฟินออกมามากขึ้นซึ่งจะช่วยสร้างอารมณ์รู้สึกเป็นสุข จิตสงบมีสมาธิและการฝึกสร้างจินตนาการ (Autogenic training) ช่วยให้จิตมีสมาธิและสงบนิ่งนำไปสู่การทำให้ตนเองสงบทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังนำไปสู่การลดความวิตกกังวล การจัดระบบความคิดเกี่ยวกับปัญหาที่ชัดเจนขึ้น และการหยั่งรู้ตัวตนใหม่ (Yurdakul, Holttum & Bowden, 2009) การฝึกการสร้างจินตนาการใช้ได้ดีในเด็กและวัยรุ่น โดยทำการศึกษาการฝึกการสร้างจินตนาการในเด็กอายุ 6-15 ปี ที่อาการไม่รุนแรง เทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าหลังฝึก อาการแสดงทางคลินิกต่าง ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Goldbeck & Schmid, 2003)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการมาศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสมาธิและพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นระดับประถมศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เพื่อประยุกต์ใช้เป็นทางเลือกในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสมาธิและพฤติกรรมการแสดงออกในเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังผ่านการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ

## สมมติฐานการวิจัย

ระดับสมาธิและพฤติกรรมการแสดงออกในเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังผ่านการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการแตกต่างกัน

## กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคสมาธิสั้นนั้นเกิดจากการทำงานที่ไม่ปกติของระบบประสาทชีววิทยาภายในร่างกาย อันได้แก่สมองส่วนหน้า (Frontal Lobe of Cerebral Hemisphere) ทำงานน้อยกว่าปกติ ซึ่งสมองส่วนนี้เป็นสมองส่วนที่ควบคุมความคิด การเกิดสมาธิ การจัดระเบียบและการทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ นีโอฮิวแมนนิซึม (Neo-Humanism) (Sarkar, 1896) ที่นำศาสตร์ทางตะวันออกกับความทันสมัยแบบตะวันตกมาผสมผสานเข้าด้วยกัน

ได้อธิบายโครงสร้างทางจิตของมนุษย์ที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือจิตสำนึก จิตใต้สำนึก จิตเหนือสำนึก เป็นแหล่งของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การหยั่งรู้ จิตเหนือสำนึกของมนุษย์จะทำงานเมื่อมนุษย์อยู่ในสภาวะการผ่อนคลายที่ลึกลับ (เกียรตวรรณ อมาตยกุล, 2530) เนื่องจากสมองของมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์ประสาทนับล้าน ๆ เซลล์ เซลล์เหล่านี้ก่อให้เกิดคลื่นกระแสแม่เหล็กไฟฟ้าซึ่งเรียกว่า “คลื่นสมอง” ซึ่งคลื่นนี้แปรผันตามสภาวะจิตใจของเรา คลื่นสมองที่เกิดในสภาพของจิตใจที่สงบและมีความตื่นตัวอยู่เสมอ การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการฝึกสร้างจินตนาการมาประยุกต์ใช้กับเด็กสมาธิสั้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นมีความสงบทางจิตใจ มีความคิดสร้างสรรค์ เกิดสมาธิ จิตใจเป็นหนึ่งเดียว ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่วอกแวก ถือเป็นการเตรียมความพร้อมให้เขาเรียนหนังสือได้อย่างสบายใจ จิตสงบนิ่งและเป็นหนึ่งเดียว เมื่อจิตสงบจะทำให้เด็กเหล่านี้เกิดการเรียนรู้ได้นานขึ้น

การศึกษาวิจัยได้นำการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการมาประยุกต์ใช้ในเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มสมาธิในเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินของ ชาญวิทย์ พรนภดล (2552) “การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี” มีทั้งหมด 2 ฉบับ คือ ฉบับผู้ปกครอง ฉบับครู-อาจารย์ อาจารย์ประจำชั้นที่เคยสอนเด็กสมาธิสั้นอยู่ไม่น้อยมาอย่างน้อย 4 เดือนหรือ 1 ภาคการศึกษาได้ตอบแบบสอบถามการพัฒนาการของเด็กวัยเรียนในระดับประถมต้นในช่วงชั้น (ป.1- ป.3) ในภาวะปกติ ความสนใจและสมาธิของเด็กในวัยนี้มีขีดจำกัดอยู่แล้วสาเหตุก็เนื่องมาจาก พัฒนาการทางด้านสมอง อารมณ์ สังคม และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่เหมือนเด็กประถมปลายในช่วงชั้น (ป.4-ป.6) ส่วนใหญ่ที่สามารถควบคุมตัวเองได้ดี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546, 1) ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเด็กสมาธิสั้นระดับประถมปลายเพื่อเข้ากลุ่มทดลองครั้งนี้

## คำถามการวิจัย

ระดับสมาธิและพฤติกรรมการแสดงออกในเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังผ่านการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการแตกต่างกันหรือไม่

## วิธีการดำเนินการวิจัย

ตัวอย่างเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 10-12 ปี นักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนวัดอภัยการาม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จำนวนตัวอย่าง 40 คนได้มาจากการเปิดตารางการคำนวณสำเร็จรูปของ Kraemer & Thiemaun (1985) ซึ่งมีค่านัยสำคัญที่ .05 ได้ระบุค่าอำนาจ

ในการวิเคราะห์ (Power analysis) และค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) มาเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นจะได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power analysis) ที่ระดับ 0.80 ค่าแอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) ที่ระดับ 0.34 ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกตัวอย่างที่มีระดับสมาธิสั้นเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria) จำนวน 40 คน จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย และระดับชั้นเรียน จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองที่ผ่านการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการจำนวน 20 คน โดยกลุ่มทดลอง 20 คน มีการแบ่งเป็น 4 กลุ่มกลุ่มละ 5 คน เพื่อให้เหมาะสมกับการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการและความเป็นไปได้ในการวิจัย ทั้งสองกลุ่มจะมีการประเมินระดับพฤติกรรมและสมาธิทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินเด็กสมาธิสั้นสำหรับเด็กโต อายุ 6-12 ปี โดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชาญวิทย์ พรนภดล (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2552)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** แบบประเมินระดับสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินของ ชาญวิทย์ พรนภดล (2552) “การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี” มีทั้งหมด 2 ฉบับ คือ ฉบับผู้ปกครอง ฉบับครู-อาจารย์ อาจารย์ประจำชั้นที่เคยสอนเด็กสมาธิสั้นอยู่ไม่น้อยมาอย่างน้อย 4 เดือนหรือ 1 ภาคการศึกษาได้ตอบแบบสอบถาม โดยเหตุผลที่ใช้เครื่องมือนี้คือ เป็นแบบประเมินในเรื่องของสมาธิสั้นอยู่ไม่น้อยโดยเฉพาะและใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย ข้อความแสดงถึงเด็กที่มีสมาธิสั้นอยู่ไม่น้อยที่แสดงออกจำนวนฉบับละ 30 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scales)

### ส่วนที่ 2 โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น

1) โปรแกรมการฝึกสร้างจินตนาการ (autogenic training) นั่งหรือนอนกับเก้าอี้ที่จัดไว้ในท่าที่สบาย ปล่อยแขนตามสบาย สัมผัสตนเองตั้งแต่ศีรษะ คอ ไหล่ ท่อนอก ท่อนหลัง สะโพก ต้นขา น่อง และเท้า ถ้ายังไม่สบาย ให้ขยับอยู่ในท่าที่สบาย เมื่ออยู่ในท่าที่สบายค่อย ๆ หลับตา หายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ แล้วหายใจออก ทุกครั้งที่หายใจออกให้นึกถึงคำว่าผ่อนคลาย....ผ่อนคลาย (มรยาท รุจิวิชญ์, 2548) จินตนาการมองเห็นตัวเองอยู่ในสวนดอกไม้ที่สวยงามและร่มรื่นแห่งหนึ่ง ท้องฟ้าสีฟ้าแจ่มใส มีสนามหญ้าสีเขียวขจี มีดอกไม้หลากสีนานาชนิดที่ดูชื่นชอบ สีส้มพู สีเหลือง

สีแดง สีม่วง สีส้ม เต็มไปหมด มองเห็นลำธารที่มีน้ำใสไหลเอื่อย ๆ รู้สึกถึงสายลมที่พัดมาสัมผัสผิวกายเบา ๆ นำความสดชื่น และเย็นสบายมาให้ มองไปรอบ ๆ บริเวณนั้น มองเห็นสถานที่ที่หนึ่งดูสงบ ร่มเย็น น่านอนพัก จึงค่อย ๆ เดินไปยังสถานที่ตรงนั้น เมื่อไปถึงค่อย ๆ ทอดตัวลงนั่ง....และค่อย ๆ เอนตัวลงนอน...หลับตา รู้สึกถึงความสงบสบาย และผ่อนคลาย...ขอให้อยู่กับความสงบสบายและผ่อนคลาย...สักครู่ หลังจากนั้นเปลี่ยนความคิดและจินตนาการเชิงสร้างสรรค์เป็นการนำความสนใจกลับมาสู่สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวในขณะนี้ รับรู้ได้ถึงความสุข ความสงบ และความผ่อนคลาย....ที่ติดตัวมา ขอให้นับในใจ 1 ถึง 5 แล้วสุดท้ายใจเข้าลึก ๆ...ช้า ๆ...คุณรู้สึกสบายและสดชื่นขึ้นแล้วค่อย ๆ ลืมตา

2) โปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติ อานาปานสติสมาธิ หมายถึง การใช้ลมหายใจ เป็นอารมณ์ในการทำสมาธิ ได้แก่ การระลึกรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกที่บริเวณปลายจมูก ตรงจุดที่ลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

#### **ขั้นเตรียมตัวก่อนทำสมาธิ**

1. นั่งในท่าที่สบาย ให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้พัก
2. ละทิ้งความกังวลใด ๆ ชั่วขณะ
3. สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ

#### **ขั้นตอนในการฝึกอานาปานสติสมาธิ**

1. นั่งหลับตา
2. ละอารมณ์ต่าง ๆ ออกไปชั่วขณะ
3. มีเจตนาที่จะความชั่วออกไปจากจิตใจของเรา เพราะเรามีความเชื่อด้วยเหตุด้วยผลว่า เหตุดี - ผลดีก็ตามมา เหตุชั่ว - ผลชั่วก็ตามมา

4. พยายามที่จะสร้างสติในการระลึกรู้ลมหายใจ เข้า-ออก ที่บริเวณปลายจมูก ที่จุดของลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น อาจใช้การภาวนาช่วยคือหายใจเข้า ภาวนา “พุท” หายใจออก ภาวนา “โธ”

5. พยายามรักษาสติ คือ การระลึกรู้ธรรมชาติของลมหายใจ เข้า-ออก ที่จุดลมกระทบอยู่ตลอดเวลา

การทำสมาธิ ต้องทำให้สม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน หลังจากกลุ่มทดลองได้ฟังเทปบันทึกเสียงเสร็จสิ้น ใช้ระยะเวลาในการฝึกทั้งสิ้น 15 นาทีต่อครั้ง



### วิธีการทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสมาธิอานาปานสติและการฝึกสร้างจินตนาการทั้งหมด 120 ครั้ง/สัปดาห์ละ 5 ครั้งใน 16 สัปดาห์ ที่ห้องสมุด โรงเรียนวัดอภัยการามโดยการฝึกสมาธิอานาปานสติและการฝึกสร้างจินตนาการผ่านเทปบันทึกเสียงทุกวัน ใช้ระยะเวลาในการฝึกทั้งสิ้น 15-20 นาที/ครั้ง ในระหว่างการนัดหมายแต่ละครั้ง กลุ่มทดลองต้องทำการฝึกสมาธิอานาปานสติและการฝึกการสร้างจินตนาการผ่านเทปบันทึกเสียงที่บ้านทุกวันเสาร์และอาทิตย์ วันละ 15-20 นาที/ครั้ง โดยผู้วิจัยได้แจกเทปบันทึกเสียงให้กับกลุ่มทดลองทุกคนพร้อมทั้งทำการอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ปกครองก่อนทำการฝึกที่บ้านและแจกสมุดคนละเล่มให้ผู้ปกครองเพื่อจดบันทึกเวลาทุกครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนตามปกติ แต่จะไม่ได้รับการฝึกสมาธิอานาปานสติและการฝึกสร้างจินตนาการเมื่อครบ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินระดับพฤติกรรมและสมาธิหลังการทดลอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้สมุดบันทึกข้อมูลกับครูประจำชั้นและเทปบันทึกเสียงการทำสมาธิแบบอานาปานสติและเทปการสร้างจินตนาการฝึกทำที่โรงเรียนทุกวันและให้นำกลับบ้านคนละชุดเพื่อไปฝึกที่บ้านกับผู้ปกครองในวันเสาร์และอาทิตย์ ในเวลาเดียวกันและให้บันทึกไว้ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 เดือน ผู้วิจัยทำการประเมินระดับสมาธิหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกสมาธิอานาปานสติและการฝึกสร้างจินตนาการเพื่อให้เกิดสมาธิ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบประเมินระดับสมาธิ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง ซึ่งศึกษาผลการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2556 - เดือน พฤษภาคม 2557

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิประโยชน์และเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ความถูกต้องและเท่าเทียมกันของตัวอย่าง ข้อมูลของตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยตัวอย่างจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2556 หนังสืออนุมัติเลขที่ SN 2556/5 และผ่านการขออนุญาตทำการศึกษาในพื้นที่



### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของตัวอย่างนำเสนอในอัตราส่วนร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนระดับสมาธิกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการฝึกสมาธิอานาปานสติ ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการรักษาตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสมาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกสมาธิอานาปานสติ ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการโดยใช้ (Independent t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การใช้โปรแกรมผลของการฝึกสมาธิอานาปานสติ ร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสมาธิของเด็กที่มีความสมาธิสั้น ให้แสดงออกทางด้านพฤติกรรมและสมาธิที่ดีขึ้น ผู้วิจัยสามารถตอบสมมติฐานการวิจัยดังแสดงในตาราง 1

**ตาราง 1** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมและสมาธิ ก่อนและหลังได้รับการฝึกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

| ตัวอย่าง            | กลุ่มทดลอง  |      |       |                  | กลุ่มควบคุม |      |       |                  |
|---------------------|-------------|------|-------|------------------|-------------|------|-------|------------------|
|                     | $\bar{X}_1$ | SD1  | D1    | SD <sub>D1</sub> | $\bar{X}_2$ | SD2  | D2    | SD <sub>D2</sub> |
| ประเมินโดยผู้ปกครอง |             |      |       |                  |             |      |       |                  |
| ก่อน                | 73.34       | 8.50 | 28.37 | 9.63             | 72.37       | 8.62 | 13.09 | 6.32             |
| หลัง                | 44.97       | 4.74 |       |                  | 59.28       | 7.26 |       |                  |
| ประเมินโดยครู       |             |      |       |                  |             |      |       |                  |
| ก่อน                | 72.40       | 7.70 | 25.02 | 8.10             | 71.80       | 7.13 | 11.21 | 6.52             |
| หลัง                | 47.38       | 3.14 |       |                  | 60.59       | 6.17 |       |                  |

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมและสมาธิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมผลการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมและสมาธิซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองและครู เท่ากับ 73.34 และ 72.40 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.50 และ 7.70 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมและสมาธิซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองและครู เท่ากับ 72.37 และ 71.80 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.62 และ 7.13 ตามลำดับ

ภายหลังผ่านโปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ การเปรียบเทียบคะแนนระดับพฤติกรรมและสมาธิประเมินโดยผู้ปกครองและประเมินโดยครูของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการรักษาตามปกติ ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมและสมาธิ ในกลุ่มทดลองประเมินโดยผู้ปกครองและครู ลดลงเหลือเท่ากับ 44.97 และ 47.38 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.74 และ 3.14 ตามลำดับ และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมและสมาธิก่อนและหลังการทดลองประเมินโดยผู้ปกครองและครูเท่ากับ 28.37 และ 25.02 ตามลำดับ โดยมีผลต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.63 และ 8.10 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกแต่ได้รับการการรักษาตามปกติ หลังจาก 16 สัปดาห์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมและสมาธิประเมินโดยผู้ปกครองและครู ลดลงเพียงเล็กน้อยเท่ากับ 59.28 และ 60.59 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.26 และ 6.17 ตามลำดับ และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมและสมาธิก่อนและหลังการทดลองประเมินโดยผู้ปกครองและครู เท่ากับ 13.09 และ 11.21 ตามลำดับ โดยมีผลต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.32 และ 6.52 ตามลำดับ

**ตาราง 2** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมและสมาธิของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

| ตัวแปรที่ศึกษา      | กลุ่มทดลอง |                  | กลุ่มควบคุม |                  | df    | t    |
|---------------------|------------|------------------|-------------|------------------|-------|------|
|                     | D1         | SD <sub>D1</sub> | D2          | SD <sub>D2</sub> |       |      |
| ประเมินโดยผู้ปกครอง | 28.37      | 9.63             | 13.09       | 6.32             | 60.19 | 5.50 |
| ประเมินโดยครู       | 25.02      | 8.10             | 11.21       | 6.52             | 46.20 | 3.44 |

\*\*\* p < .001

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมและสมาธิ ก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า  $p < .001$  ทั้งที่ถูกระเมินโดยผู้ปกครองและครู (ค่า  $t = 5.50$  และ  $3.44$  ตามลำดับ)

## การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับสมาธิในเด็กสมาธิสั้นจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมและสมาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิ อานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาผลของการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น พบว่าระดับพฤติกรรมและสมาธิในเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังผ่านการฝึกสมาธิอานาปานสติและการฝึกสร้างจินตนาการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนถึงประสิทธิผลของการใช้ทั้งการฝึกสมาธิอานาปานและการฝึกสร้างจินตนาการเข้าด้วยกัน ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมและสมาธิจากเดิมก่อนการทดลอง ที่จัดอยู่ในระดับพฤติกรรมและสมาธิที่เป็นปัญหา ค่อย ๆ เปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมและสมาธิดีขึ้นตามลำดับ ระดับพฤติกรรมและสมาธิที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ สามารถอธิบายได้จากการศึกษาตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส เป็นแนวทางการศึกษาสำหรับคนรุ่นใหม่ที่จะช่วยนำอัจฉริยภาพที่แฝงเร้นในตัวเด็กทุกคนให้ปรากฏออกมาให้ได้มากที่สุดเนื่องจากคนเราส่วนใหญ่ใช้ความสามารถที่อยู่ในตัวเองน้อย การศึกษาสำหรับคนรุ่นใหม่จะพัฒนาเด็กให้เป็นคนที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตสำนึก จิตใต้สำนึก และจิตเหนือสำนึกไปพร้อม ๆ กัน Sarkar (อ้างใน เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2532, 5-8)

การใช้โปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ เพื่อให้เกิดสมาธิกับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการไปตามขั้นตอน โดยก่อนการฝึกโปรแกรมทุกครั้งผู้วิจัยจะดำเนินการฝึกสร้างจินตนาการให้กับกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการเริ่มต้น การสร้างความผ่อนคลายเพื่อให้เกิดสมาธิให้กับกลุ่มทดลอง การฝึกสร้างจินตนาการทำให้เกิดการผ่อนคลายและมีสมาธิที่สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวันวิสา กาญจนศรีกุล (2547) ที่ศึกษาการพัฒนาสมาธิและจินตนาการสำหรับเด็กสมาธิสั้น ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบสมาธิและจินตนาการของเด็กที่มีสมาธิสั้นก่อนและหลัง โดยการใช้กิจกรรมพัฒนาสมาธิและจินตนาการ โดยการใช้ข้อมูลจากการใช้กิจกรรมการฝึกสมาธิและจินตนาการเป็นหลักพบว่าหลังการทดลองเด็กสมาธิสั้นมีสมาธิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธัญญา ต้นสกุล (2552) ได้ศึกษาผลของการใช้ความเร็วจังหวะของเสียงดนตรีประกอบในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ที่มีต่อการรู้และความคงทนในการจำคำศัพท์ภาษาอังกฤษ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ที่มีสมาธิบกพร่องและพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง เปรียบเทียบการรู้คำศัพท์ และความคงทนในการจำคำศัพท์ภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ที่มีสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ที่เรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบสอนเนื้อหาที่มีความเร็วจังหวะของเสียงดนตรีประกอบแตกต่างกัน ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนที่มีอาการสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา จำนวน 26 คน โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง จัดนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองโดยใช้การจับคู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 13 คน โดยกลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่เรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบสอนเนื้อหา ที่มีจังหวะของเสียงดนตรีประกอบช้า กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบสอนเนื้อหาที่มีจังหวะของเสียงดนตรีประกอบเร็ว ซึ่งตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนจากการทำแบบวัดการรู้คำศัพท์ก่อนเรียนไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า t ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ที่มีสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง เมื่อเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่มีความเร็วจังหวะของเสียงดนตรีประกอบแตกต่างกัน มีการรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษและความคงทนในการจำคำศัพท์ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการมาใช้ร่วมกันตั้งแต่ขั้นตอนการเริ่มต้นของกลุ่มทดลอง เนื่องจากมีงานวิจัยหลายชิ้น พบว่าโปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติสามารถช่วยเพิ่มระดับสมาธิในเด็กสมาธิสั้นได้ (Thornton, 2002)

ดังนั้น การนำโปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ จะทำให้สามารถเพิ่มระดับสมาธิในเด็กสมาธิสั้นและพฤติกรรมที่นิ่งได้นานมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ระดับสมาธิของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการแตกต่างกัน นอกจากนี้ระดับค่าความถี่ของคลื่นสมองของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นเช่นกัน

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การใช้โปรแกรมการฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสมาธิของเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้น ให้แสดงออกทางด้านพฤติกรรมและสมาธิที่ดีขึ้น นับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำไปปรับใช้ในการบำบัดรักษา

ผู้ป่วยสมาธิสั้น ร่วมกับการบำบัดรักษาในรูปแบบอื่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพชีวิตและสามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยได้ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าการฝึกสร้างจินตนาการร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการสามารถทำให้เด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นมีระดับคะแนนสมาธิเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารในหน่วยงานรวมถึงเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญถึงสมาธิเด็กในวัยเรียนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการตรวจประเมินภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วย

1.2 โรงเรียนควรส่งเสริมให้ครูได้ใช้โปรแกรมการฝึกสร้างจินตนาการเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสมาธิและพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างกว้างขวางมากขึ้น

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 การใช้โปรแกรมการฝึกสมาธิอาณานิพานสติร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการนั้นควรเพิ่มจำนวนครั้งและระยะเวลาในการฝึกสร้างสมาธิเป็น 6 ถึง 12 เดือน ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลหลังทดลองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดกระบวนการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นและเพื่อดูว่าเด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นที่เป็นตัวอย่างมีสมาธิดีขึ้นอย่างถาวรตลอดไปหรือไม่

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณความกรุณาของพลตรีหญิง ดร. อรพันธ์ หาญยุทธ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ที่ให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการและคณาจารย์โรงเรียนวัดอภัยการามทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือทั้งเรื่องสถานที่ อำนวยความสะดวกในขณะทดลองวิจัยและให้ความช่วยเหลือเป็นผู้ช่วยในการดูแลเด็กนักเรียนแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนตัวอย่างเด็กนักเรียนที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นและผู้ปกครองรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินกองทุนของมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ประจำปีงบประมาณ 2556 ประเภททุนวิจัยอาจารย์

## เอกสารอ้างอิง

- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2530). *นีโออีวแมนนิส: ทางเลือกสุดท้ายของคนรุ่นใหม่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2552). “การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 13-18 ปี” สำนักวิจัยแห่งชาติ.
- มรรยาท รุจิวิชญ์. (2548). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รินสุข องอาจสกุลม้น. (2551). *การใช้ยา Methyphenidate รักษาโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์: ศึกษาผลข้างเคียงและขนาดการรักษา*. กรุงเทพฯ.
- ศรีรัญญา ดันสกุล. (2552). “ผลของการใช้ความเร็วจังหวะของเสียงดนตรีประกอบในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ที่มีต่อการรู้และความคงทนในการจำคำศัพท์ภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ที่มีสมาธิบกพร่อง และพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง”. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- Holmberg, K., Sundelin, C., Hjerm, A. (2009). Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): can high-risk children be identified in first grade? *Child Care Health Dev.* doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01382.x. [Epub ahead of print]
- Hodgkins, P., Arnold, E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Gwoods A. et al. (2012). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatry*.
- Goldbeck, L., Schmid, K., (2003). Effectiveness of Autogenic Relaxation Training on Children and Adolescents With Behavioral and Emotional Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1046-1054.
- Kraemer, H. C. and Thiemann, S., (1985). *How Many Subjects? Statistical Power Analysis in Research*, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Thornton, E., (2002). The improvement/rehabilitation of auditory memory functioning with EEG biofeedback. *Center for Health Psychology Neurorehabilitation*, 17(1), 69-80.

- Rader, R., McCauley, L., & Callen, E.C. (2009). Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Family Physician*, 79(8), 657-665.
- Sadiq, A. J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and integrative approaches. *Pediatric Annal*, 36(8), 508-15
- Sarkar P.R. (1896). *Parent's guide to attention deficit disorders*. New York: C.Everett Koap.
- Yurdakul, L., Holttum, S., & Bowden, A. (2009). Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: a grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy*, 82(4), 403-419.